

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 715

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 18 november 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 4 november 2020 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Diertens, Van Esch, Hijink, Kröger, Kuzu, Lodders, Ploumen en Veldman,

alsmede de heer Van Dissel en de heer Kuipers.

Aanvang 9.31 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen, hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing over de update van het coronavirus. Ik heet hartelijk welkom de heer Ernst Kuipers. Hij is inmiddels aangeschoven bij ons en hij is voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Zeer van harte welkom. De heer Jaap van Dissel van het RIVM zal later aansluiten voor het tweede blok. Hartelijk welkom aan de Kamerleden en hartelijk welkom aan de mensen thuis die deze briefing op afstand volgen. Ik heb een bericht van verhindering ontvangen van de vertegenwoordiger van de fractie van de ChristenUnie. Zij kunnen helaas niet in de zaal aanwezig zijn, maar ze zullen deze briefing op digitale wijze volgen.

Ik stel voor om van start te gaan met het eerste blok. We kennen inmiddels de afspraken die we daarover hebben gemaakt. Ik geef de heer Kuipers de gelegenheid voor zijn presentatie, en daarna heeft u allen één vraag, tenzij u de vraag bewaart voor het tweede blok, met de heer Van Dissel. Mag ik de heer Kuipers het woord geven voor zijn presentatie? Gaat uw gang.

De heer Kuipers:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik heb precies dezelfde titel als de voorgaande keren: Ziekenhuiszorg onder druk. Dat is namelijk, zoals u weet, onveranderd de situatie. Wat ik wil laten zien, is de ontwikkeling in termen van verdere bezetting in de klinieken en de ic's in de afgelopen dagen. Dat doe ik allereerst aan de hand van de plaatjes die ik ook de voorgaande keren heb laten zien, en dan uiteindelijk sta ik stil bij aantallen verplaatsingen, waar naartoe, en vervolgens kom ik bij de prognoses, met alle onzekerheden die daarin zitten.

Ik begin met dit plaatje, dat ik de voorgaande twee keer dat ik hier was, ook heb laten zien. Toen in een situatie mid-oktober, met op de kliniek op dat moment de aantallen patiënten zoals weergegeven in het lichtblauwe bolletje, bij de datum van mid-oktober. De vorige keer dat ik hier zat, een week geleden, zei ik «we zien nog steeds diezelfde trend», toen met een rode stip. Ondertussen zitten we bij de paarse stip, met gisteren een aantal van ruim 2.000 opgenomen klinische patiënten. Als je door je ooghaan kijkt, is er een vertraging van de toename. Als je ic en kliniek bij elkaar optelt, zagen we vanaf eind september iedere week een overall stijging van de bezetting in de ziekenhuizen met 30% tot 45% per week. In de vorige week steeg dat met 13%. 13% van een ondertussen hoger getal is nog steeds een forse toename. De aantallen patiënten die zich per dag presenteren, zijn daarmee nog steeds groot. Dan moet u denken in een orde van grootte van 250 tot 300+ nieuwe patiënten per dag, kliniek en ic bij elkaar.

Op dit plaatje ziet u dit weergegeven in een curve, met een afvlakkende toename van het aantal patiënten. Het blauwe balkje is het daadwerkelijke aantal in bezetting per dag. Toen ik hier een week geleden was, liepen we net voor op de curve. In de dagen daarna vlakke het eigenlijk af, was er een aantal dagen heel weinig toename en vanaf het weekeinde is het weer wat meer. Daar kunnen we geen enkele conclusie aan onttrekken, dat zijn zoals ik het meestal noem dagkoersen. Het overall beeld is: er is een

geleidelijke vertraging, een afvlakkende toename. Als je dat met heel veel onzekerheid probeert te extrapoleren, ook op basis van het beloop dat we in de afgelopen weken sinds de maatregelen van half oktober in termen van het aantal besmettingen hebben gezien, dan ging het aantal besmettingen in eerste instantie nog verder omhoog en daalde het zoals u weet in de afgelopen dagen. Dat omhooggaan in de eerste periode betekent ook dat de ziekenhuisbezetting naar verwachting nog wel even verder door zal stijgen. Dat ziet u hier in de curve, met een breed betrouwbaarheidsinterval.

Precies hetzelfde doen we voor de ic. Dit is het plaatje wat ik de voorgaande twee keren heb laten zien, toen met een lichtblauw en een rood bolletje. Nu zitten we bij dat paarse bolletje. Gisteren 609 opgenomen ic-patiënten. Daarmee zaten we nog steeds op een curve die eigenlijk helemaal de oorspronkelijke lijn volgde. Maar opnieuw, als je door je ooghaan kijkt, zeg je: nou, dat rode bolletje zat er echt boven en dat zitten we niet meer, dus mogelijk is daar sprake van een afvlakking in de toename; het stijgt minder snel. Hier dan datzelfde op dezelfde wijze weergegeven: de bezetting per dag, met ook hier een curve die voorspelt dat we nog iets verder doorstijgen en dan een heel breed betrouwbaarheidsinterval in termen van hoe snel je dan daalt. Daar kom ik nog op terug.

Dat leidt er ondertussen toe dat op de ic's, mede door het afzeggen van ok's en andere zaken, het aantal reguliere patiënten afneemt. In oranje ziet u hier de bezetting, al vanaf langere tijd, van de ic van non-covidpatiënten of reguliere patiënten. Dat vertoont een grillig patroon. U moet zich voorstellen: veel van die patiënten liggen er bijvoorbeeld na een operatie. Stelt u zich voor: een grote operatie voor kanker, een openhartoperatie et cetera. Veel van die patiënten liggen er dan kort: 24 uur, 48 uur. Dat vertaalt zich dan in zo'n grillige curve, waarbij in het begin van de week de bezetting stijgt, gedurende de week wat hoger blijft, in het weekeinde weer daalt en op maandag weer stijgt. Dat ziet u hier in de curve. De overall trend buigt ondertussen af, terwijl de covid ook wat grillig, maar eigenlijk gewoon geleidelijk doorstijgt. Voor de overall bezetting, die ik zonet in dat oranje balkje heb laten zien, moet u ze uiteraard bij elkaar optellen, en dan gaat de bezetting steeds verder omhoog.

Je kunt dat ook uitrekenen. Dan zien we dat in de periode van 1 september tot 31 oktober het aantal opnames wat we met de reguliere covid-zorg achterlopen – dat zie u daarnaast in kleine letters weergegeven – 1.000 is. Dat zijn grote aantallen patiënten, omdat ze er altijd kort liggen, in tegenstelling tot covid-patiënten, die zoals u weet er twee weken of langer liggen. Deze heb ik eerder laten zien in termen van wat dat dan betekent voor afschaling van zorg. Dan gaat het in dit geval met name om de klinische patiënten. Dan moet u zich voorstellen: spreekuren draaien zo veel mogelijk door, wat tegenwoordig voor een belangrijk deel ook wel online gebeurt. Dagbehandelingen, zoals voor chemotherapie en veel andere dingen, gaan door. Maar de klinische zorg, waarvoor normaal gesproken maar een heel klein deel van de patiënten in het ziekenhuis komt – het grootste deel komt voor een poliklinische behandeling of voor een dagbehandeling – is een klein stukje. In precies dat stukje zit heel veel zorg die eigenlijk een behoorlijke mate van urgentie heeft. Daar zitten de covid-patiënten nu op dezelfde bedden. En ook de doorstroom, bijvoorbeeld naar de vvt, ligt op dezelfde bedden. Ook daar zit een barrière. Dus we hebben veel meer patiënten in de ziekenhuizen die klaar zijn om door te stromen naar een verpleeg- of verzorgingstehuis, maar omdat het daar ook druk is, stagneert dat. Dan krijg je dus een dubbele ophoping: meer instroom en een bemoeilijkte uitstroom.

Dan kun je in de huidige dingen een vertaling maken dat je met ongeveer 2.000 klinische bedden bij optimale spreiding in de orde van 35% overall afschaling van de klinische zorg zit. Ik heb eerder al laten zien wanneer je alleen nog acute zorg biedt, maar in het hoogste deel van de scenario's

die we nu zien is de curve zodanig afgebogen dat we daarvan wegblijven voor de komende periode.

Wat we vanuit het coördinatiecentrum met de ROAZ-regio's doen, is dat we spreiden. Ik zal straks wat aantallen laten zien. Dat doen we ook met voorspellingen voor regio's. Dit is zo'n plaatje, een heel druk plaatje. Dit was het beeld van gisteren, dus links ziet u 24 uur vooruit per regio het aantal klinische bedden wat benodigd is bij een optimale spreiding over alle regio's, naar rato van de beschikbare bedden. Het middelste plaatje laat de situatie na 48 uur zien, en het rechtse plaatje over zeven dagen. De verwachting is dat in de komende week het aantal klinische bedden wat benodigd is nog steeds verder moet toenemen. Dat past natuurlijk bij de voorspelling dat die curve nog steeds licht verder stijgt. U ziet ook een beetje per regio dat het dan echt wel om forse aantallen gaat: 200 en meer. De regio's verschillen natuurlijk qua grootte en bevolking, en daarmee ook in aantallen ziekenhuizen. We doen het allemaal naar rato, maar het zijn forse aantallen.

Dat vertaalt zich ook in het aantal verplaatsingen. Zoals u weet, zit de grootste belasting oorspronkelijk in de ziekenhuizen in de regio's Amsterdam, Leiden, Den Haag en Rotterdam, wat later is uitgebreid naar het midden van het land, Utrecht en Brabant. Uit die regio's wordt met name verplaatst naar elders, zal ik zo meteen laten zien, en dan gaat het in deze tweede golf om dit soort aantallen per week. Dat begon in de eerste week met een beperkt aantal, het stijgt langzaam door en in de afgelopen week zat het op meer dan 250 verplaatsingen tussen regio's, nog los van de verplaatsingen binnen regio's. Dan moet u al snel denken aan vergelijkbare aantallen. Dat betekent dat we of vandaag of morgen, afhankelijk van hoeveel mensen er vandaag verplaatst worden, de 1.000ste patiënt tussen de regio's zullen verplaatsen in deze tweede golf. Het gaat echt om grote aantallen. U ziet het weer weergegeven voor ic's en klinieken. Week 45 is uiteraard vrij laag, omdat het beeld tot en met maandagavond is weergegeven.

Dit zijn de uitzendende en ontvangende regio's. Links voor ic, rechts voor klinieken. De lichte kleur geeft weer wat uitgeplaatst is en de donkere kleur wat ontvangen is van elders. Dan ziet u dat er sommige regio's zijn, zoals Zuidwest-Nederland, Rotterdam-Rijnmond, Zuid-Holland Zuid en Zeeland, die alleen maar uitplaatsen. Maar een aantal regio's ontvangt en stuurt uit. Dat is de dynamiek van telkens kijken waar een bed beschikbaar is.

Als we dan heel even vooruitkijken, opnieuw met veel onzekerheid, zien we dat de belangrijkste boodschap is dat we een stijgende lijn zien. Dit was een predictie van even eerder, ondertussen zitten we in het paarse bolletje, net boven en net rechts van de piek. Het stijgt nog even door. Eerder dachten we dat het afzwakte, maar vervolgens steeg het toch weer verder. Als je iets later en iets hoger zit, moet je de curves die «geplot» zijn om omlaag te gaan, eigenlijk vanaf een hoger niveau en vanaf een later moment door trekken. De belangrijkste conclusie van deze dia is dat, als we bijvoorbeeld rekenen met een R-waarde van 0,9 – die is hier weergegeven met een spreiding tussen de 0,98 en 0,95 – het heel lang duurt voordat je weer op het niveau zit waarbij de reguliere zorg volledig kan worden hervat. Dat is hier weergegeven met die oranje verticale lijn en een boompje erboven, dat het eind van het jaar en het vakantie seizoen weergeeft. Daar ga je dan nog ruimschoots doorheen. Hetzelfde kun je uiteraard voor de ic doen, en dan krijg je dit soort plaatjes.

Als je dat vooruitplot, is hier een beloop van een curve weergegeven. We blijven bij een R-waarde van 0,9 en zien hoe de covid-ic-belasting in de komende periode, als je heel lang op die R van 0,9 blijft, afneemt. Op de x-as ziet u de termijn daarop, uiteraard met de aanname dat je die hele periode bij die R van 0,9 blijft. Je kunt de non-covid-ic dan weer meer gebruiken en je kunt de uitgestelde zorg in groen dan ook weer oppakken. Een hele hoop aannames voor de lange termijn, maar het gaat niet eens

zozeer om de exacte waarden, maar om het beeld dat zo iets sowieso lang duurt, omdat we ondertussen op een hoog niveau zitten en omdat het gewoon niet mogelijk is om met bijvoorbeeld een R-waarde van 0,3 een heel snelle slag omlaag te maken. Wat wel kan, is met de set aanvullende maatregelen die gisteren is afgekondigd het eerste deel van de curve een verdere duw omlaag geven. Vanaf dat moment kom je dan sneller beneden bepaalde niveaus.

De voorzitter:

Hartelijk dank voor uw presentatie, meneer Kuipers. Ik stel voor om de leden de gelegenheid te geven om vragen te stellen. Ik begin bij mevrouw Agema, maar ik begrijp dat zij overslaat. Haar vraag houden we voor het tweede blok. Dan mevrouw Van den Berg namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Meneer Kuipers, dank voor de presentatie. Ik wil graag nog wat nadere toelichting op het feit dat de ziekenhuizen nu een stop hebben omdat de doorstroom naar de verpleeghuizen niet goed gaat, terwijl ik aan de andere kant heb begrepen dat er door covid, vanwege overlijdens, juist extra plek zou zijn in verpleeghuizen. Kan dat nader worden toegelicht?

De heer Kuipers:

Het is belangrijk om daarbij aan te geven dat dit echt per regio verschilt, net zoals de instroom van patiënten per regio verschilt. Dit betekent automatisch dat de uitval van personeel, ook omdat zij in quarantaine zitten, ook verschilt. Het gemiddelde ziekteverzuim in de vvt-sector is beduidend hoger dan normaal, maar ook dat verschilt. Als ik alleen kijk naar de ziekenhuizen in Rotterdam-Rijnmond, lagen er gisteren meer dan 100 patiënten in Rotterdamse ziekenhuizen te wachten op uitplaatsing naar een vvt. Maar daar is de plek niet. Men doet daar van alles aan door het oproepen van extra personeel en andere ondersteunende diensten en door covidpatiënten zo veel mogelijk te concentreren. De instroom in de verpleeghuizen gaat ook omlaag doordat een deel van de instroom van patiënten die daar normaal komen, bijvoorbeeld voor tijdelijke verzorging na een operatie, naar beneden gaat of al gestopt is. Er zijn dus allerlei factoren, maar er is wel degelijk een opstopping.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Hijink, maar ook hij bewaart zijn vraag voor het volgende blok. Dan mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Dank u, voorzitter. We kregen vanochtend het nieuws dat er onder andere vanuit Duitsland onderzoek is waaruit blijkt dat er meer coronadoden en heftigere gevallen van corona zijn door een slechte luchtkwaliteit. Daar lopen nu meerdere onderzoeken naar, maar de bewijzen worden steeds sterker. Ik ben benieuwd of u in een regio als Rotterdam, waar veel besmettingen zijn, ziet dat daar relatief gezien veel meer ic-opnames en meer doden zijn ten opzichte van andere regio's. Valt daar vanuit uw blik al iets over te zeggen?

De heer Kuipers:

Het antwoord is: nee, dat zien we niet. Het is belangrijk om dit op een gegeven moment nog verder te finetunen aan de hand van alle specifieke data, dus ik houd een slag om de arm. We zien wel geleidelijk – dat heeft nog een effect op al deze curves – een steeds verdere omslag naar meer besmettingen onder ouderen. De heer Van Dissel zal daar ongetwijfeld

ook wat over zeggen, want veel van de data komen van het RIVM. Maar zoals u weet, was oorspronkelijk, in augustus, september, 90% van de nieuwe besmettingen bij mensen onder de 60. Ondertussen gaat dat richting 20% boven de 60. Dat vertaalt zich in een steeds verdere omslag van de verhouding tussen bijvoorbeeld de klinische en de ic-opgenomen patiënten en ook in het langzaam verlengen van de gemiddelde ic-opnameduur.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Diertens namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ook heel hartelijk dank voor de presentatie. Ik ben heel blij met de vooruitblik die u geeft, want die geeft ons overzicht over wat we kunnen verwachten. Ik kan me voorstellen dat logistiek, het verplaatsen en alle mensen die daarbij betrokken zijn, ook een probleem zou kunnen zijn. Ik zie niet terug in de statistieken, maar hoor dat wel veel in de krant, dat er ook veel zorgmedewerkers besmet worden en dat dit een probleem is. Kunt u daar wat over vertellen?

De heer Kuipers:

Ja, dat klopt. Eerst als aanvulling: die predictie heeft, zoals ik net al zei, heel veel onzekerheden. Een curve als deze maak je op basis van een aanname dat die R de hele tijd 0,9 blijft, niet verder naar beneden gaat en niet verder omhooggaat. Het is echt bedoeld om ten minste te laten zien dat als de curve omgebogen is, het niet per 1 december klaar is. Het duurt gewoon lang. Vervolgens kun je daar allerlei verschillende aannames op plotten en dan krijg je verschillende getallen. Dat als eerste.

De tweede: de besmettingen onder zorgmedewerkers zijn nadrukkelijk aanwezig, nog los van contacten, quarantaine et cetera. Op veel plekken wordt dat gemonitord. In sommige ziekenhuizen wordt er bij positieve mensen ook een verdere typering gedaan van de virusstam waar iemand mee geïnfecteerd is, om telkens te proberen te achterhalen waar de betreffende medewerker dit heeft opgelopen. Was het door het zorgen voor een patiënt met covid? Was het door contact met collega's? Of was het, zoals ook bij andere burgers, thuis, op het sportveld of ergens anders?

Laten we kijken naar veel van de getallen die er nu zijn. Ik kan het het meest met zekerheid zeggen over het eigen centrum. We zien dat besmettingen, ook van zorgmedewerkers, eigenlijk vrijwel optreden zoals bij iedere burger, buiten het huis, op straat, of in een thuissituatie of anders, en niet doordat men bijvoorbeeld voor covidpatiënten zorgde. Dan zie je dat de stam van de opgenomen patiënten verschilt van de stam waarmee een zorgmedewerker geïnfecteerd is. We zien wel dat, ook als je nadrukkelijk een steeds strakkere triage doet aan de voordeur, er bij ziekenhuizen aan de voorkant toch altijd nog mensen komen, bijvoorbeeld voor een spreekuurspraak, terwijl ze klachten hebben en dat eerder niet gerapporteerd hebben. Daar zitten ziekenhuizen dus steeds strakker op. Ze doen aan de voorkant een uitgebreide uitvraag om ook die laatste 1% mensen er nog uit te vangen. Dat geldt ook voor bezoekers van bijvoorbeeld opgenomen klinische patiënten, omdat er gewoon risico's zijn dat patiënten die voor iets heel anders opgenomen zijn, op een gegeven moment toch nog besmet raken.

De voorzitter:

Dank u wel.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Mijn vraag was eigenlijk ook: welke consequenties heeft dat voor de manier van behandelen? Ik kan me voorstellen dat we het over bedden hebben, over personeel en capaciteit. U gaat nu uit van een aantal statistieken die uitgaan van de capaciteit die u heeft. Welke invloed heeft het gebrek aan personeel op den duur hierop?

De heer **Kuipers**:

Excuus, zo had ik hem niet... Verlies aan personeel heeft een grote impact. De zorg, zeker de klinische zorg, is arbeidsintensief. Je moet gewoon 24/7 roosters rond hebben voor ieder bed. Eén medewerker per bed volstaat niet. Als je een significante uitval van personeel hebt, verlies je aan bedden capaciteit. Laten we even kijken naar het overall ziekteverzuim in de ziekenhuizen in de afgelopen periode. Al snel lag dat 2% boven op wat het normaal is. Dat betekent dat je dan ook 2% van je bedden verliest. Het gaat al snel om grote aantallen. Dat verschilt dan vervolgens heel erg per afdeling en per huis, en ook nog weer een beetje per sector. In de afgelopen periode was het ziekteverzuim in de vvt nog wat hoger. Dat is een deel van het probleem, de reden waarom die patiënten dan niet door kunnen stromen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Veldman namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

Opnieuw cijfers zoals we ze ook vorige week zagen. Het personeel in de ziekenhuizen is natuurlijk de grote uitdaging. De bedden zullen er zijn, maar het personeel niet. Nu hebben de zelfstandige klinieken in Nederland, net als in het voorjaar, opnieuw het aanbod gedaan om patiënten over te nemen. Mijn indruk – ik weet niet of de heer Kuipers dat kan bevestigen – is dat ziekenhuizen daar niet per se om staan te springen, misschien vanuit het gevoel van: dan raken we de patiënt kwijt. Ik heb de heer Kuipers een paar weken geleden ook gevraagd hoe het staat met de samenwerking tussen de ziekenhuizen en de zelfstandige klinieken. We zijn nu een paar weken verder. Kan de heer Kuipers een update geven? Hoe is de stroom van patiënten tussen de ziekenhuizen en de zelfstandige klinieken?

De heer **Kuipers**:

Om te beginnen, en dat zal uit al deze plaatjes duidelijk zijn: we hebben alle capaciteit gewoon nodig die we kunnen gebruiken, echt allereerst vanuit het perspectief van de patiënt, niet vanuit het perspectief van een ziekenhuis of de zelfstandige behandelkliniek. Het gaat hier om het perspectief van de patiënt. Voor een patiënt zal het, als het bijvoorbeeld gaat om een operatieve of een andere ingreep, niet uitmaken of dat gebeurt in het ziekenhuis of in de zelfstandige behandelkliniek, mits het veilig en tijdig gebeurt. Op die manier moeten we er ook naar kijken. Er wordt per regio zeer nadrukkelijk besproken wat die zelfstandige behandelklinieken optimaal kunnen doen, hetzij door het personeel van die zelfstandige behandelklinieken in te zetten in het ziekenhuis, hetzij door de capaciteit op de locatie te gebruiken om er operaties naar te verplaatsen.

Aan beide zitten bepaalde kanttekeningen. De hoeveelheid verpleegkundig geschoold personeel in de zelfstandige behandelklinieken is bijvoorbeeld beperkt. Er zijn wel heel veel klinieken, maar de hoeveelheid personeel is beperkt. En andersom: de capaciteit die de zelfstandige behandelklinieken hebben, leent zich voor een deel van de ingrepen die in de ziekenhuizen plaatsvinden en nu uitgesteld worden, maar lang niet voor alles en ook niet voor alles wat het meest urgent is. Het is dus echt een beetje een mix per regio. Daar wordt ook per kliniek naar gekeken.

De afspraak is dan wel: zet die capaciteit dan wel in voor wat echt urgent is. Ik weet dat een specifieke discussie van afgelopen week erover ging dat er door een behandelcentrum geadverteerd wordt met «je kunt bij ons nog wel komen voor een kijkoperatie van je knie als er een verdenking is dat er iets met de meniscus aan de hand is». Dat wil je graag laten doen, maar dat is nu niet de meest urgente zorg. Het antwoord is dus: er wordt per regio gekeken. In het ene geval wordt gevraagd om inzet van het personeel van een zelfstandige behandelkliniek in het ziekenhuis; in het andere geval wordt gevraagd om gewoon de ok-capaciteit te gebruiken om patiënten die wel urgent zijn, dan ook te behandelen. Dat vraagt van de zelfstandige behandelklinieken dat ze wat niet urgent is, even parkeren.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Kröger, namens de fractie van de GroenLinks. U laat het ook voor het tweede blok? Ja. Dat geldt ook voor mevrouw Ploumen. Dat betekent dat we aan het einde van het eerste blok zijn. Maar ik zie dat de heer Hijink een vraag heeft.

De heer Hijink (SP):

Ik heb een puntje van orde, voorzitter. Wij zitten al zo ongeveer de hele nacht te wachten op de brief van het kabinet en het OMT-advies. Nou gaan we straks met de heer Van Dissel praten. Om ons werk goed te kunnen doen, vind ik het belangrijk dat wij het OMT-advies hebben, omdat daar dingen in kunnen staan waar ik de heer Van Dissel straks over wil bevragen. Nu we toch snel klaar zijn, zou ik zeggen: schors een kwartiertje, dan kan het ministerie het OMT-advies in ieder geval vast sturen. Dan hebben wij dat voordat het gesprek straks met Van Dissel verdergaat.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik ga eerst de heer Kuipers hartelijk dank zeggen voor zijn presentatie en het beantwoorden van de vragen. Hartelijk dank. Dan het verzoek van de heer Hijink. Wij moeten deze bijeenkomst inderdaad schorsen, want de heer Van Dissel kan hier pas om 10.15 uur zijn. Dat gaan we zo dus doen. Wij zullen uw verzoek doorgeleiden, maar ik heb daar natuurlijk zelf geen invloed op. Het verzoek zal ik doorgeleiden, in de hoop dat de brief en het OMT-advies deze kant op komen. Ah, ze zijn binnen, hoor ik net, dus u wordt op uw wenken bediend. We schorsen deze bijeenkomst tot 10.15 uur. Dan is de heer Van Dissel er en dan starten we met het tweede blok. Ik zie dat mevrouw Van den Berg nog een vraag heeft.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Volgens mij is de brief inderdaad net binnengekomen. Zou het mogelijk zijn om tot 10.30 uur te schorsen? Dan kunnen we de brief in ieder geval even een beetje scannen. Maar ik zie dat de collega's daar minder enthousiast over zijn.

De voorzitter:

We hebben een strakke planning, dus ik zou toch willen voorstellen om nu heel snel de brief te gaan scannen en dan om 10.15 uur door te gaan.

De vergadering wordt van 09.58 uur tot 10.15 uur geschorst.

De voorzitter:

Inmiddels is bij ons aangeschoven de heer Jaap van Dissel. Hij is directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Hartelijk welkom, zeg ik tegen de heer Van Dissel. Ik weet niet of u het bijgehouden heeft, maar het is vandaag de twintigste keer dat u bij ons aan tafel zit, dus een zeer hartelijk welkom. In het eerste blok zijn we bijgepraat door de heer

Ernst Kuipers. Dus ik wil u nu graag de gelegenheid geven om uw presentatie te doen, waarna het blokje met vragen van Kamerleden volgt. Meneer Van Dissel, ik geef u graag de gelegenheid voor uw presentatie. Gaat uw gang.

De heer **Van Dissel**:

Dank u wel. Ik geef u weer een update over de epidemiologie van COVID-19 in Nederland, waarbij ik zal ingaan op een aantal scenario's die zijn doorgerekend, en op waar we nu staan.

De bekende eerste slide die even het overzicht geeft. Het enige wat verandert, is het totale aantal wereldwijd. U ziet dat daar weer enkele miljoenen bij gekomen zijn. En ook het aantal gevallen wat komt te overlijden is natuurlijk weer toegenomen. We moeten ons steeds herinneren dat dit waarschijnlijk maar een fractie is van wat er uiteindelijk rondgaat, omdat natuurlijk lang niet alle landen in dezelfde mate proberen alle gevallen te bevestigen.

Dan de getallen voor Nederland. U ziet hier de oplopende getallen sedert juli, en ingetekend de laatste week, met de gele blokjes. Daarvoor de blauwe blokjes, even om het verschil aan te geven. Het kaartje toont de verspreiding van de gevallen over Nederland over de laatste twee weken, opgeteld. Dan ziet u de verschillende gebieden waar meer activiteit van het virus is, met name in Twente, in de randstedelijke regio in het Westen, en deels in Brabant. Tevens toont deze sheet de leeftijdscohorten die vooral betrokken zijn. U ziet in de rode cirkels de cohorten die nog steeds het meest bijdragen: toch vooral de jongeren, maar inmiddels ook de groep tussen de 50 en 60 jaar. Het laat ook zien dat er bij de ouderen ook sprake is van een toename, zij het relatief minder dan in de jongere groepen. Wij denken dat dat in belangrijke mate te maken heeft met enige mate van zelfisolatie. Ik heb onder de grafiek de afvlakking in de toename percentueel uitgeschreven, wat is gebaseerd op zondagen, dus niet helemaal bijgewerkt tot vandaag. Als je dat zou doen en je zou steeds naar de dinsdagen kijken, dan zou je inmiddels een afname van 5% over de vorige dinsdag tot deze dinsdag zien. Maar u ziet dat aanvankelijk de toename nog 60% was, gevolgd door 38%, 18% en 9%. Dat was dus een duidelijke afvlakking. Over het weekeinde is dat eigenlijk overgegaan in een dalende trend.

Maar die dalende trend die ik hier toon, is natuurlijk voor gemiddeld Nederland. Het is belangrijk te realiseren dat de verschillende regio's in Nederland daar toch belangrijk in verschillen. Dat heeft een aantal consequenties waar ik zo op terugkom. Hier zit u per veiligheidsregio de gevallen. Er zijn een aantal die laag zijn. Als voorbeeld noem ik Groningen, dat een relatief milde piek heeft gehad en waar al een evidente daling gaande is gedurende eigenlijk al meer dan een week. Maar u ziet met rood aangegeven dat er ook regio's zijn waar dat eigenlijk nog niet bereikt is. Waarom is dat belangrijk? Omdat dit de kwetsbaarheid toont van verschillende regio's voor het geval er nu misschien een gevoel ontstaat van: nou, we zien de aantallen dalen, dus het je houden aan afgesproken maatregelen is minder belangrijk. Als dat gevoel ook in regio's zou zijn waarin van een afvlakking eigenlijk nauwelijks sprake is, dan heeft u daarmee een bulk klaarstaan die bij een stijgende R-waarde meteen weer kan leiden tot een belangrijke toename van het aantal gevallen.

Nederland is dus kwetsbaar als je inzoomt op het regionaal niveau, ten gevolge van deze verschillen in aantallen en in dynamiek van het beloop. In sommige provincies is de dynamiek duidelijk: daar is al enige tijd een afvlakking en een afname gaande, maar er zijn een aantal regio's echt kwetsbaar – daar zou je criteria voor kunnen opstellen – in de zin dat ze bij een gevoel van versoepeling vanwege de grote bulk aan infecties die er nog is meteen een groot volume zouden kunnen toevoegen als de R daar boven de 1 komt. Ik denk dat dat een belangrijk aandachtspunt is, hoop ik.

Je kunt de getallen ook in incidentiecijfers omzetten, wat betekent dat we ze dan normeren naar aantal inwoners. Dus hier ziet u eigenlijk dezelfde getallen weergegeven, maar dan genormeerd op 100.000 inwoners. Dat geeft overall hetzelfde beeld. Hier heeft u misschien het idee dat alle lijnen dalen, maar dat komt omdat de afgelopen dagen nog moeten worden bijgevuld, dus daar moet je eigenlijk niet naar kijken. Als u opnieuw naar Groningen kijkt, ziet u daar al enige tijd een dalende trend, terwijl bijvoorbeeld de al eerder genoemde regio Rotterdam die trend nog niet toont.

Dan iets over de testen. We hebben vorige week al gezegd dat we dachten dat we wellicht een kanteling zouden zien in het percentage positieve testen. Het goede nieuws is dat dit zich heeft voortgezet. Dat kunt u inmiddels zien in de grafiek rechtsonder, die het percentage positieven toont vanaf het begin van de uitbraak, toen we natuurlijk nog veel minder konden testen. Vervolgens ziet u de fase waarin het heel rustig was en de toename die we recent gezien hebben. Ik zal zo nog even de getallen voor de regio's laten zien, maar die toename liep toch behoorlijk op, tot zo'n 20%. Daarna zien we toch eigenlijk systematisch dat het percentage positieve testen weer is afgenomen. Dat beschouwen wij als een gunstig teken en dat gaat samen met de afname die we over de afgelopen dagen hebben gezien van het totale aantal in Nederland. Het toont opnieuw de heterogeniteit in Nederland voor wat betreft het doen van testen. Dat staat in het kaartje linksonder. Het kaartje rechtsboven geeft het aantal positief getesten weer. We zien dat het aantal positieve testen bijvoorbeeld in de regio Rotterdam-Rijnmond toch nog steeds erg hoog ligt, rond de 20%. Dit is wellicht een beetje psychedelische grafiek, maar de dikke gele lijn toont u gemiddeld Nederland. Wat dit laat zien over enkele weken is het aantal testen dat verricht is in de verschillende regio's, met aan de rechterzijde het percentage positieve testen. Ik laat dit zien om twee fenomenen nog even toe te lichten waarover we het hier ook wel eerder hebben gehad. Het is misschien het beste toe te lichten aan de hand van de provincie Zeeland, dat is op de linker grafiek de onderste blauwe lijn. Daar ziet u namelijk evident een soort zaagtand, en dat is het effect van het weekend. Dus in het weekend wordt minder getest. Dat is een trend die je door heel Nederland ziet, maar bijvoorbeeld de bovenste lijn aan de linkerzijde is Amsterdam, en daar ziet u dat effect veel minder terug. Het tweede wat de linker grafiek toont, is dat de testen een lange tijd toenamen en nu duidelijk een afvlakking tonen, eigenlijk sedert een week. De rechter grafiek toont dat aanvankelijk het percentage positieve testen toenam, maar dat er gemiddeld de afgelopen week een afname optrad. Dat is eigenlijk hetzelfde effect als ik u net liet zien. Als je inzoomt op de verschillende provincies, dan zie je daar toch nog belangrijke verschillen en die verschillen reflecteren de verschillen in aantallen die ik zojuist heb toegelicht.

Dan hebben we een aantal indicatoren die ons afgeleid op een wat hoger abstractieniveau een indicatie geven hoe het gaat met de uitbraak. Een daarvan is het reproductiegetal, het aantal personen dat ziek wordt ten gevolge van één ander geval, dus in feite het aantal secundaire besmettingen per geval. Daarvan ziet u hier het beloop. In dit geval is het vanaf juni, juli weergegeven. Het toont de toename die we de afgelopen tijd gezien hebben in de GGD-meldingen. De afvlakking ziet u helemaal op de top rood omcirkeld. Dat leidt tot een R-getal dat u aan de onderzijde ziet. Voor dat R-getal zijn we afhankelijk van personen die op dat moment ziek worden en dat al of niet kunnen doorgeven. Dat kunnen we alleen maar terugkijkend met ongeveer twee weken vertraging vaststellen. U ziet hier dat rond de 15de – in dit geval is dat het R-getal van 16 oktober – dus op het moment dat de laatste maatregelen ingingen, het R-getal nog duidelijk boven de 1 was. Er is in de brief van het OMT nog een R-getal uitgerekend voor 18 oktober. Dat was 1,07. Dat toonde dus een iets verdere daling. Maar de belangrijke boodschap is dat u ziet – en dat was anders dan in

maart, achteraf gezien, want we kunnen alleen maar terugkijken – dat je op het moment dat je maatregelen laat ingaan, direct een effect verwacht op het aantal secundaire besmettingen, omdat je ervan uitgaat dat iedereen zich op dat moment aan die maatregelen houdt. Dat is wat we hebben kunnen zien in maart en u ziet nu dat dit nu nadrukkelijk niet optreedt, of in ieder geval niet zo instantaan.

De twee rode pijltjes geven de momenten aan van de laatste twee persconferenties waarbij maatregelen zijn afgekondigd. De eerste was op 28 september. U ziet dat de R, die op dat moment wat stijgende was, wel een duidelijke neiging tot daling had, maar voor de duidelijkheid – dat is ook uit dit grafiekje af te lezen – niet door de 1 geweest is. Dat kun je in retrospect vaststellen en dan zie je tevens dat op het moment dat de tweede set maatregelen inging, die R-waarde nog steeds boven de 1 lag. Het feit dat we nu een afname zien in het aantal meldingen bij de GGD duidt erop dat we nu wel mogen verwachten dat we met die R-waarde door de 1 zijn gegaan, maar hoeveel is dan wel de vraag. Anders zou je immers geen afname zien.

Nu kun je die R-waarde niet alleen vaststellen op basis van de meldingen in Osiris, maar ook bijvoorbeeld op basis van ziekenhuisopnames en in dit geval ic-opnames. De ic-opnames zijn een vrij hard getal. Het enige nadeel is dat we niet bij elke individuele ic-opname kunnen navragen wanneer de eerste ziekte dag was van de patiënt. Daarom is er een model ontwikkeld om dat te kunnen schatten. Dat heeft een bepaalde spreiding. Die ziet u weergegeven in de rode lijn voor de blauwe balkjes, en die blauwe balkjes zijn de actuele opnamegetallen. Nou, ook daarvan kunnen we een R-waarde berekenen. U ziet dat die R-waarde afgemeten aan de ic-opnames voor het moment van het afkondigen van de maatregelen ongeveer ook rond de 1 lag, zij het ietsje lager, rond de 1,03.

De verschillen tussen de regio's, die ik al benoemde voor wat betreft aantallen en ook de mate van afvlakking en teruggang van het aantal bij de GGD gemelde besmettingen, zien wij uiteindelijk ook terug in het reproductiegetal – dat verwacht je natuurlijk ook wel – in dit geval per veiligheidsregio. Dat is niet gekwantificeerd op de exacte waarde van dat reproductiegetal, want als je het op kleinere aantallen doet, zit daar altijd ook enige spreiding in. Maar er is wel weergegeven of het significant boven de 1 is, of het boven de 1 is maar misschien door de 1 heen gaat wat betreft het betrouwbaarheidsinterval, of dat het evident onder de 1 is. Dan ziet u dat er enige afname over Nederland is en dat er dus een zekere kanteling is in het reproductiegetal, maar dat het eigenlijk over heel Nederland genomen, nog niet significant onder de 1 is en dat er ook gebieden zijn waarin het nog significant boven de 1 is.

Dan de schatting van de totale aantallen besmettelijke personen. Dat is dus een prevalentie maat, want iemand is meerdere dagen besmettelijk. We nemen aan dat zich dat uitstrekt van ongeveer twee dagen voordat iemand klachten krijgt, tot in ieder geval vier tot vijf dagen daarna. Op grond daarvan en op grond van het voorkomen van antistoffen onder de bevolking, waardoor we weten hoeveel personen, al of niet ernstig, ziek geweest, de infectie hebben doorgemaakt, kunnen we dit soort berekeningen doen. U ziet dat we een piek hebben gehad in maart en dat we momenteel weer in een piek zitten. Die pieken komen qua grootte redelijk overeen. Naar schatting – maar nogmaals: het is een grove schatting – gaat het om 150.000 tot 160.000, met een brede spreiding.

Ik laat u deze grafiek ook zien om het volgende effect, dat hier met pijltjes staat weergegeven – ik kan daar straks misschien nog even op terugkomen – namelijk dat de steilte, de hoogte van de grafiek natuurlijk één ding is, maar de breedte van de basis een ander. Dat bepaalt hoeveel personen uiteindelijk wel of niet besmet zijn geraakt. U ziet hier dat de stijging en de daling in maart aanzienlijk sneller zijn verlopen dan de stijging en mogelijk ook de daling nu, wat dus effect heeft op het totale

volume zieken. Daardoor zal het indirect ook effect hebben op het aantal opnames dat eruit voortkomt. We zullen dat straks zien.

Dan kom ik bij de laatste getallen met betrekking tot de belasting in de zorg, althans de belasting afgemeten sec aan de opnames. U ziet dat de piek van het aantal personen dat is opgenomen op verpleegafdelingen van ziekenhuizen, lager ligt dan in de eerste golf. Maar, en daar kom ik zo op terug, door de bredere basis kan het effect van de totale zorgbelasting, ofschoon die misschien tot minder piekbelasting leidt, natuurlijk nog aanzienlijk zijn.

In de onderste grafiek geldt hetzelfde voor de ic-afdelingen. U ziet dat de ic-afdelingen eigenlijk nog wat meer achterblijven dan de verpleegafdelingen. Dat komt waarschijnlijk ook door een aantal nieuwe therapieën die inmiddels worden gegeven. Die voorkomen waarschijnlijk toch dat een deel van de patiënten die wel ziekenhuisbehoefig zijn, in de zin dat ze zuurstofbehandeling krijgen en eventueel middelen om de ontstekingsreactie te remmen, niet meer zieker worden tijdens de opname en niet naar de ic hoeven. Dat is een van de interpretaties.

Wat er ook doorheen speelt, zijn de verschillen in leeftijdsopbouw, waardoor nu misschien wat meer jongeren eerder op de verpleegafdeling geholpen kunnen worden en uiteindelijk niet beademd hoeven worden. Er zijn ook wat nieuwe beademingstechnieken, die niet invasief zijn. Met andere woorden, je hebt geen beademingstube nodig, terwijl je toch hoge hoeveelheden zuurstof kan geven. Ook dat is iets wat die balans kan beïnvloeden.

Aan de rechterzijde ziet u dat er in de verpleeghuizen toch alweer een forse belasting optreedt. Een kwart van de verpleeghuizen kent inmiddels covidgevallen. In verpleeghuizen hebben we natuurlijk met een hele andere situatie dan in het ziekenhuis te maken. In een verpleeghuis wordt iemand niet zozeer opgenomen, maar heb je te maken met iemand die er al is. Wat het anders maakt dan in het ziekenhuis, is dat het risico van verdere verspreiding in het verpleeghuis aanzienlijk is. Dat betekent dus dat wanneer een verpleeghuis een besmetting heeft, het bij die besmetting kan blijven, maar er natuurlijk ook enige kans is dat zo'n besmetting zich verder verspreidt en dat zo'n heel verpleeghuis of een belangrijk deel van de patiënten besmet gaat worden. Dat is een wat andere dynamiek dan in het ziekenhuis. Wat dat betreft ziet u dat we bij de bewoners – cliënten of patiënten, al naar gelang hoe u ze wilt definiëren – van verpleeghuizen en wooncentra de eerste golf toch weer gaan benaderen.

Tot slot de cijfers van het CBS met betrekking tot de bijgewerkte sterftegevallen, afgezet in de gele balk tegen het gemiddelde en wat je op dit moment eigenlijk zou verwachten. U ziet de piek die samenviel met de eerste uitbraak, de eerste golf, en u ziet dat de tweede golf inmiddels ook weer leidt tot een sterftegetal dat ligt boven de te verwachten sterfte, die is samengesteld uit de afgelopen jaren. Dat geldt met name weer voor de groep ouderen, maar opvallend genoeg zien we dat het vanaf 55 al iets boven de norm uitkomt.

In retrospectief hebben we dus de reden van interventies. Ik zal nog even iets meer zeggen over wat we kunnen bijhouden over het effect van de interventies die er geweest zijn. We hebben de maatregelen van 28 september gehad. Daarvan kunnen we met zekerheid stellen, ook op grond van het R-getal dat ik u net heb laten zien, dat die niet het gewenste effect hebben gehad. Dat betekent overigens niet dat het niks gedaan heeft, zoals ik ook zal tonen, maar in ieder geval heeft het niet het gewenste effect gehad. De maatregelen van 15 oktober – daar kom ik zo op terug – waren natuurlijk intensiever. Wat ik u modelmatig zal laten zien, is dat die maatregelen van 15 oktober wel het gewenste effect zouden hebben, waar natuurlijk een bandbreedte in zit die met name bepaald wordt door het gedrag, hoe goed men zich daaraan wil conformeren. Dat kunnen we aan een aantal zaken aflezen, onder andere de mobiliteit.

Daarvoor hebben we afgeleide parameters van Apple trends en Google mobility. Aan de linkerzijde ziet u Apple, aan de rechterzijde Google. Als we ons alleen even concentreren op de grafieken van Apple, dan ziet u dat het op en neer gaat rond de gemiddelde as. In maart was er, als gevolg van de interventies en ongetwijfeld de perceptie van de ernst van het virus en het gedrag, een sterke daling in het gebruik van het openbaar vervoer en de auto. U ziet dat dat in de loop van de tijd weer opgekomen is. Inmiddels is het, met het opkomen van de getallen, weer wat gedaald. Maar het moge duidelijk zijn dat waar de paarse grafiek nu eindigt – u ziet dat het wat afvlakt; dat is waarschijnlijk het effect van het stoppen van de herfstvakantie, waardoor men toch weer wat mobieler is geworden – de trend zich niet heeft voortgezet. We blijven hangen rond het effect van ongeveer afgelopen juni. Dat zie je ook bij andere parameters die inzicht geven of men op het werk aanwezig is, of men meer thuis is, of men gebruikmaakt van het openbaar vervoer et cetera. Alle mobiliteitsindicatoren geven aan dat er veranderingen zijn, maar dat die veranderingen minder intensief zijn dan ze in maart waren. De veranderingen verlopen ook wat grilliger. Ze tonen dat herfstvakantie-effect waarin het zelfs wat afvlakt, terwijl je natuurlijk had gehoopt dat het door was gedaald. Dit zijn ook getallen die we vanuit ov-incheck terugkrijgen en vanuit de lussen onder het asfalt. De interpretatie, mede dankzij de gegevens van de gedragsunit van het RIVM, die samen met de GGD'en enquêteert naar het gedrag, geeft aan dat de mate van compliance aan maatregelen minder is dan in maart.

Dan de prognoses. Ik laat u prognoses zien van de opname op verpleegafdelingen en de opname op ic-afdelingen en in verpleeghuizen. U ziet hier de beddenbezetting in ziekenhuizen, inclusief ic, tijdens de eerste golf en de tweede golf. Het gaat om de grafiek aan de rechterzijde. De rode lijn vertoont het verloop, gemodelleerd, als er geen maatregelen waren genomen na de zomerperiode. Dan ziet u een sterk stijgende lijn die buiten de grafiek valt, maar waarvan we weten dat de piek ongeveer drie, vier keer hoger was dan de piek in maart. U ziet de blauwe lijn. Dat is de lijn zonder de aanpassingen in oktober. U ziet daar het verschil tussen opnames en beddenbezetting. Dat is het verschil ten gevolge van de maatregelen in september. De groene lijn is de lijn waarvan wij anticiperen dat dat de nu gevolgde lijn is. Dat gaat ervan uit dat de afgesproken maatregelen hun effect hebben zoals dat tot nu toe is geweest. U ziet dat de opnames in de linkergrafiek achterblijven, maar daar hebben we altijd het probleem van narapportage. Aan de linkerzijde ziet u meer actueel de opnameaantallen per dag. U moet naar de ronde opnamen kijken. Die driehoekjes komen uit Osiris en die tonen aanzienlijk meer narapportage dan de NICE-data, die dagelijks worden opgevraagd.

De boodschap van deze grafiek is dat we aan de actuele getallen nog niet goed kunnen vaststellen of we meer in de blauwe of meer in de groene lijn zitten. De voorspelde piek in beddenbezetting is eind eerste, tweede week van november. Je zou dus eigenlijk vrij snel moeten zien dat het aantal ic-opnames afneemt. Als we dit proberen te duiden, ziet u dat we nog onvoldoende zeker zijn dat we de groene grafiek gaan volgen en niet ergens ertussenin of op de blauwe grafiek terechtkomen. De reden daarvoor is domweg dat de punten in het betrouwbaarheidsinterval van beide grafieken vallen.

Eigenlijk hetzelfde verhaal geldt voor de ic-afdelingen. Ook daar de fit vanaf maart. U ziet dat dat veel beter fit, die getallen zijn veel zekerder. Dat is doorgetrokken tot de laatste getallen. Die ziet u aan de rechterzijde, met de actuele opnamegetallen per dag weergegeven met de punten. Ook daar hoop je uiteraard dat het de groene lijn volgt. U ziet dat dat heel goed zou kunnen, maar dat de punten tot nu toe onvoldoende duiding geven of het toch niet uitkomt op een lijn tussen blauw en groen, of zelfs op blauw. Daar hebben we domweg nog een week voor nodig. Ik kom er zo op terug of het verstandig was om af te wachten of niet.

Verpleeghuizen tonen een beetje hetzelfde beeld. Ook daar zien we de toename. Dat is overigens iets wat samen met Universiteit Wageningen wordt gedaan, omdat het nog in ontwikkeling is. Maar ook voor verpleeghuizen hopen we nauwkeuriger voorspellingen – althans: trends – te kunnen duiden, uiteraard ervan uitgaande dat er dan wel een reactie is op de ingestelde maatregelen. Dus ook daar de toename en het punt van kanteling dat nog net niet bereikt is.

Als ik u dan een aantal conclusies mag geven zoals het OMT die stelt met betrekking tot wat er momenteel speelt. We zijn vandaag natuurlijk weer twee dagen verder, maar dit was even het beeld. Landelijk gezien was de groei in het aantal gevallen gestopt, we zien dat het getal zelfs wat afgenomen is. Over de afgelopen dagen – het getal van vandaag volgt natuurlijk nog, maar in ieder geval gisteren – hebben we gelukkig gezien dat die trend zich voortzet. Als je kijkt van dinsdag tot dinsdag tot dinsdag zie je inderdaad dat er afgelopen week landelijk – 5% was. Dat is natuurlijk gunstig. Wat daarbij zorgen baart en, denk ik, ook aangeeft dat het toch een kwetsbare daling is, is het regionale beeld. Daar zien we duidelijk verschillen. In enkele regio's is de daling misschien ingezet, maar zeker niet zo enthousiast als in andere regio's. Ik heb u al uitgelegd dat als je een bulk besmettelijke personen hebt en de R-waarde in zo'n regio zou van net onder de 1 weer naar duidelijk boven de 1 gaan omdat men de perceptie krijgt dat het wel goed is, dat gebied natuurlijk zeer kwetsbaar is voor heropleving. Dit zal nauwlettend gevolgd worden, maar maakt dat het overall beeld voor Nederland dus wel zeer gemengd is. Dat wil ik toch overbrengen.

Dan hebben we een aantal indirecte parameters die met name wat vertellen over de mobiliteit. Deze duiden op een afname, maar niet zo'n enthousiaste afname als in maart, zeker niet tot het niveau van toen. We denken dat daar nog steeds belangrijke winst te behalen is. Dat is ook wat we aangeven in onze OMT-brief: we denken dat het een belangrijke winst kan opleveren als daar harder op wordt ingezet.

Het reproductiegetal was twee weken terug dus nog boven de 1. Dat is iets wat zonder meer zorgen baarde toen dat we dat hoorden, want dat getal wil je op een moment na afkondiging van de maatregelen natuurlijk min of meer direct duidelijk onder de 1 hebben. Dat was het zeker niet, zoals u ziet: 0,88. Wat ons betreft geeft het beloop in ziekenhuis- en ic-opnames, waar de piek immers nog niet bereikt is, geen definitief uitsluitsel over het effect van het oktoberpakket, dus of we de groene lijn gaan volgen of ergens tussen de groene lijn en de blauwe lijn zitten. Het is domweg te vroeg om dat vandaag of morgen te zeggen, daar hebben we meer dagen voor nodig. Maar als je dat zou afwachten en uiteindelijk blijkt het duidelijk niet de groene lijn te volgen, bouw je natuurlijk weer meer gevallen op, ook wat betreft de zorgbelasting. Er komt een punt waarop je daar extra op moet ingrijpen, wat in ieder geval gedaan is.

Tegelijkertijd zien we dat de zorg onder druk staat. Dat heeft mede te maken met het feit dat de reguliere zorg zo lang mogelijk intact wordt gehouden en heeft ook te maken met het feit dat veel zorgmedewerkers ook covid krijgen en kunnen krijgen. Maar ik wil wel benadrukken – ik neem aan dat collega Kuiper dat ook heeft gezegd – dat de zorg niet alleen onder druk staat in ziekenhuizen en op ic-afdelingen, maar ook met name in verpleeghuizen, waar natuurlijk niet de luxe is, bij wijze van spreken, dat je de reguliere zorg kunt afschalen, immers iedereen ligt daar terwijl ze ook te maken hebben met zieke medewerkers. Dat geldt ook domweg in de wijkverpleging. De zorg staat dus in de volle breedte onder druk. Het laatste wat ik daar nog aan wil toevoegen, is dat we ons moeten realiseren dat die piekzorgbelasting nu duidelijk lager lijkt uit te vallen dan in de eerste golf. Dat is evident. Die pieken zitten daar nog belangrijk onder. Maar omdat het trager oploopt en we misschien niet zo'n hele snelle afname gaan zien, domweg ook omdat het urgentiegevoel misschien wat minder hoog is, moeten we er rekening mee houden dat de

uiteindelijke totale belasting in volume van patiënten hoger zal zijn dan in de eerste piek. U ziet hier een aantal berekeningen die we hebben gemaakt waaruit blijkt dat het tussen de 25% tot 80% hoger kan liggen dan in de eerste piek. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat dat acuut een extra probleem hoeft te geven. Maar het geeft wel aan dat als je de reguliere zorg door wil doen, je daarbij ook een behoorlijke belasting te verwerken hebt.

Samenvattend zeggen wij het volgende. We denken dat je die kanteling zeker moet stellen. Je moet zorgen dat je in alle regio's evident aan het dalen bent. Daar zijn we zoals u ziet momenteel eigenlijk onvoldoende zeker van. Een tweede aspect is dat je door het nemen van extra maatregelen de afname kan versnellen, wat tijd geeft om uiteindelijk exact te schatten op welke R-waarde we nu met het oktoberpakket uitkomen. Dat is immers iets wat je na twee weken terug kunt bepalen. Dan kunnen we het over twee weken na een versnellingsfase terugrekenen voor deze periode.

Ik wilde u nog even weer meenemen in die aanscherping. Ik ga er iets sneller doorheen, want ik heb vorige week eigenlijk dezelfde slides getoond. Nog even de systematiek. We hebben een beloop; dat was die groene lijn. Rood was zonder aanscherping; dat laten we even voor wat het is. Het gaat met name om de twee weken aanscherping in de vorm van een aantal pakketten die onder andere de essentiële zaken van het maartpakket bevatten. U ziet dan dat niet zozeer die piek werd beïnvloed, maar wel de snelheid van dalen en dat het maartpakket in zijn totaliteit, waarbij achteraf gezien ook de scholen dicht waren, de snelste daling geeft ten opzichte van als het bij het oktoberpakket was gebeven. Dat is ten gevolge van een aanscherping van twee weken. Nogmaals, dat was niet zozeer het verschil op de piek zoals u hier nog apart ziet aangegeven, maar wel het verschil op de snelheid van dalen. Die snelheid van dalen noem ik dan even proportioneel aan de mate van maatregelen. Dat is logisch. Hoe meer je doet, hoe sneller je verwacht dat die daling inzet, met hier als uiterste het maartpakket met scholen dicht.

Dat vertaalde zich in schattingen van de R-waarde. Dat heb ik, dacht ik, ook vorige week nog laten zien. Ik wil wel weer benadrukken dat dit schattingen zijn, maar u ziet hier ongeveer de effecten weergegeven. Je kan natuurlijk ook op het maartpakket simuleren dat je nog meer doet. Dan moet u meer denken aan een lockdown zoals ze in sommige landen doen: dat je echt het huis niet meer uit mag behalve voor levensmiddelen. Dat kan je met verschillende percentages doen; dan gaat het natuurlijk nog wat sneller. Waar dat toe leidt, toon ik u hier: verschillende curves die eigenlijk allemaal voor zich en voor het pakket weergeven hoe het beloop in gevallen zou zijn naar de toekomst. Dan ziet u dat je toch tot half december nog wel fors bezig bent. In dit geval is de rode dot gezet door de signaalwaarde van tien ic-opnames per dag ten gevolge van twee weken strengere maatregelen op het pakket van nu, met na twee weken terugkeer naar exact het pakket van nu. Dat leidt tot deze grafieken. Als ik dat op een wat andere wijze uitzet, wat misschien wat plezieriger te volgen is, dan ziet u hier het effect uitgezet tegen de tijd, waardoor je door deze verschillende indicatoren komt. Uitgaande van bijvoorbeeld de gebruikte indicator van tien ic-opnames per dag – die is vaak gebruikt – ziet u dat als je het oktoberpakket voortzet onder de aanname – ik zeg het er nog maar een keer bij – dat dat pakket het effect heeft zoals we dat hebben ingeschat, je inderdaad ongeveer zo vlak voor Kerstmis uitkomt, terwijl u de schatter naar links ziet gaan als je die aanscherpingen doet. Met andere woorden, je gaat naar voren toe en met het meest strenge pakket zou je zelfs begin december uitkomen. U weet dat daar uiteindelijk niet voor gekozen is, dus dan zit je intermediair. Maar dit geeft ongeveer weer wat je daarvan kan verwachten.

Dit is voor twee weken gesimuleerd. Je kan het natuurlijk ook voor andere periodes simuleren. Maar die heb ik maar even weggelaten, want daar is

uiteindelijk niet voor gekozen door het kabinet. Ik geef aan de onderzijde nog even weer: als je een situatie wilt hebben van drie ic-opnames per dag – dan zit je weer veel meer in de richting van de rustige zomerperiode – dan zie je dat je zelfs nog ongeveer een maand langer nodig hebt. Ik wil wel benadrukken dat de vraag is of je weer tot dit punt moet wachten met het eventueel introduceren van versoepelingen. Want u begrijpt natuurlijk: als je dat zou doen, ben je alweer twee, drie weken verder voordat zo'n versoepeling weer een eventueel negatief effect zou kunnen hebben. Je moet nadenken over wanneer je versoepelingen of afschalingen, hoe je het wilt noemen, meest tijdig kan doen. Dat geldt ook nog voor de tien ic-opnames per dag, maar dat is toch wel een punt dat je zeker bereikt wilt hebben.

Wat de scenario's betreft heb ik hopelijk laten zien dat het in onze modellering geen effect heeft op de piekbelasting, maar wel op de snelheid van afname. Snelheid van afname betekent niet alleen dat je hopelijk eerder maatregelen zal kunnen afbouwen. Nogmaals, je moet na die twee weken wel terug naar het pakket dat we vandaag hebben. Maar daarna zijn versoepelingen mogelijk. Het heeft effect, niet alleen op de bekorting van die periode, maar natuurlijk ook op de opnames, omdat je het volume onder de curve beïnvloedt. Dat maak je kleiner, dus dat betekent ook dat de totale zorgbelasting nadrukkelijk een gunstig effect kan verwachten van de aanscherping, ook tijdelijk, van maatregelen. Het heeft effect op de beddenbezetting en daarmee dus ook op de totale zorgbelasting.

Ik wil wel benadrukken – het is het helemaal niet des OMT's om daar verder een mening over te hebben – dat dit natuurlijk op de juiste wijze moet worden gewogen in een complexe weging ten opzichte van de nadelen van de maatregelen. Ik heb hier maar enkele mogelijke argumenten genoemd. Het kunnen er meer zijn, maar voor de duidelijkheid, dat is iets wat in het OMT niet wordt meegenomen.

Ik wilde het hierbij laten. Er waren vragen over vaccinatie, begreep ik. Ik heb dia's toegevoegd, maar misschien kunnen we dat doen als dat gevraagd wordt. In ieder geval zit de informatie erbij.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan stel ik voor om nu eerst de vragenronde te doen. Dan kunnen we altijd kijken of er een specifieke vraag over gesteld wordt. Ik wil de heer Van Dissel hartelijk dankzeggen voor zijn presentatie en de toelichting op de verschillende plaatjes die we hebben gezien. Voor de mensen thuis zijn de presentaties weer terug te vinden op de website van de Tweede Kamer. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Agema voor haar vragen. Mevrouw Agema spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de heer Van Dissel voor zijn presentatie en ik dank de heer Kuipers natuurlijk ook voor zijn presentatie. Het beeld dat hij schetste was nogal zorgelijk. Hij zei dat tegen alle voorspellingen in het aantal ziekenhuisopnamen en ic-opnamen doorstijgt. Hij wees ons erop dat dat zorgt voor een langdurige afschaling van de reguliere zorg. En hij wees ons er ook op dat dat zorgt voor een langdurig doorgaan van het maatregelenpakket.

Als het gaat om het maatregelenpakket, dan komen we natuurlijk uit bij de heer Van Dissel en zijn adviezen aan het kabinet. Als we kijken wat er nu op tafel ligt, zoals een avondklok of het sluiten van zwembaden, dan is het aan ons, aan de Tweede Kamer om te beoordelen of dat soort maatregelen proportioneel zijn. We moeten ons ook een beeld kunnen vormen of dat soort maatregelen effectief zijn. Neem een avondklok. Het gaat qua proportionaliteit heel erg ver om mensen hun vrijheid te ontnemen. Of neem een zwembad. Dan denk ik: wat voegt het nog toe als daar

desinfecterende middelen worden gebruikt om het water te reinigen? Wij moeten daar meer van weten, omdat wij een oordeel moeten vormen over of dat soort maatregelen de effectiviteit kunnen hebben waardoor die ziekenhuisopnames niet blijven doorstijgen.

Ik zou graag de heer Van Dissel over het volgende horen. Het is misschien aan de Kamer om de proportionaliteit te beoordelen, maar wat is nou de effectiviteit van maatregelen zoals een avondklok boven op bijvoorbeeld het sluiten van de horeca, wat al is gebeurd?

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Dit is een essentiële vraag. Dat wil ik benadrukken. Want wat doen wij? Ik denk dat uw vraag daar heel erg aan raakt. Als OMT kunnen we niet inschatten wat er uiteindelijk besloten wordt noch wat personen, de bevolking, doen met bepaalde maatregelen. Daar zitten nou eenmaal grijze gebieden in. Wat u van het OMT kunt verwachten en wat we hopelijk ook doen, is dat we een situatie proberen te duiden. We proberen op grond van werkzaamheid, waarvan we natuurlijk geleerd hebben in de fase vanaf maart, maatregelen te suggereren die tot een bepaald effect kunnen leiden. Dat is wat steeds gebeurd is.

Wat bijvoorbeeld september betreft kunt u achteraf zeggen: nou, dat is dus te weinig gebleken. Daar ben ik het helemaal mee eens. Dat is te weinig gebleken. Maar wat hebben wij in september geadviseerd? We hebben in september naar het volgende gekeken. Wanneer hadden we een situatie dat de R onder de 1 was? Welke maatregelen werden toen genomen? Dat was ook in de periode dat men zich daaraan moest conformeren. Die maatregelen hebben wij als advies doorgegeven. Als iedereen exact weer hetzelfde had gedaan als in juni – daar gingen die maatregelen van september over – zou dat naar onze verwachting betekenen dat die R-waarde voldoende gedaald was. Wat blijkt? Blijkbaar schatte men toen de urgentie van die maatregelen anders in dan in juni. Dat is iets wat wij natuurlijk niet op voorhand al kunnen inschatten. Zo geldt dat ook voor alle andere maatregelen die wij nemen. Ik zeg het misschien indirect, maar wat ik in wezen ondersteun, is dat er een inschatting moet zijn van wat er met onze maatregelen gaat gebeuren. Dat betekent dat sommigen belangen anders stellen en andere afwegingen maken. We zien nu bijvoorbeeld dat er toch veel verkeer blijft en dat de oproep om thuis te werken minder gevolg heeft gekregen dan eerder. Dat zijn dingen die wij niet kunnen voorspellen. Uiteindelijk moet u bij een besluit de vraag meenemen of u verwacht dat op dezelfde advisering op dezelfde wijze gereageerd wordt. Dat is één punt.

Het tweede is dat u helemaal gelijk heeft als u van ons verwacht dat wij zo duidelijk mogelijk zeggen wat je kunt verwachten van bepaalde maatregelen. De avondklok, die u noemt, is daar een mooi voorbeeld van. Zoals u zich kunt herinneren, hebben wij die avondklok in eerdere OMT-brieven al een keer geopperd, maar dat was in een periode dat de horeca open was en om 22.00 uur dicht moest. Toen hadden wij het gevoel dat de toevoeging van een avondklok een daadwerkelijk uitrekenbaar effect op de R zou hebben, omdat die avondklok dan voorkomt dat men daarna elders misschien toch nog dingen samen doet. Een avondklok toevoegen aan een situatie waarin de horeca dicht is, heeft natuurlijk een ander gewicht. Dan moet je weer anders wegen wat je daarvan kan verwachten. Wij kunnen dat niet helemaal voorspellen. Wij hebben geen tabellen die zeggen: een avondklok heeft 0,05 effect op de R-waarde. Zo is het natuurlijk ook niet. We verwachten dat de avondklok nu misschien nog wat kan toevoegen aan het urgentiegevoel, dat blijkbaar toch gedaald is ten opzichte van eerdere periodes, waardoor maatregelen uit een eerdere periode niet meer dat gegarandeerde effect hebben waarop we hadden

gehoopt. Dus daar zit een grijs gebied tussen dat – ik kan het niet anders zeggen – u eigenlijk moet invullen. Wij kunnen niet a priori al vele malen strenger adviseren omdat we in ons achterhoofd denken dat maar de helft wordt opgevolgd. Zo kan het natuurlijk ook niet zijn. Dan zou u niet de juiste adviezen van ons krijgen. De adviezen die wij geven, zijn gebaseerd op onze duiding van de situatie. Je probeert die steeds zo helder mogelijk voor het voetlicht te brengen.

Verder, als wij interventies toevoegen waarvan wij weten wat de effecten waren in de periode vanaf maart, en als die grofweg hetzelfde effect zouden hebben, dan kan ik het effect simuleren. Dat is eigenlijk wat we doen. Maar de interpretatie en ook het wegen van de proportionaliteit zijn absoluut aan u.

Mevrouw **Agema** (PVV):

We kunnen zo'n zware maatregel als een avondklok, die zo'n groot effect heeft op de bewegingsvrijheid van mensen, toch niet nemen omdat u daarmee een urgentiegevoel zou willen opwekken? Het maatregelenpakket dat genomen wordt, is een pakket waarmee je probeert een zo groot mogelijke bulk aan besmettingen te voorkomen. We hebben het hier natuurlijk al eerder over gehad en ik heb hier al eerder vragen over gesteld aan de heer Van Dissel. Bijvoorbeeld ten aanzien van ventilatie gaat het maatregelenpakket niet verder dan voldoen aan de ventilatie-richtlijn uit het Bouwbesluit, maar afgelopen week gaf bijvoorbeeld dr. Neira van de Wereldgezondheidsorganisatie aan dat je een heel groot effect kunt verwachten van het opkrikken naar zes keer per uur de lucht verversen. In het huidige maatregelenpakket zijn de scholen en de klassen open, gaan mensen nog naar de kerk en wonen er nog mensen samen in de verpleeghuizen. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is dus de volgende. Als je nou zou gaan op die toer van die luchtverversing – en dan niet op basis van het Bouwbesluit, maar echt een hele grote klap erbovenop – bereik je dan niet heel veel meer mensen, op school, in de kerk en in de verpleeghuizen? En kunnen we op die manier niet een heel veel groter effect sorteren dan bijvoorbeeld met een avondklok?

De heer **Van Dissel**:

Ik wil toch weer even een stapje terug doen, want u noemt weer een specifiek voorbeeld. Dat is prima en daar wil ik graag wat over zeggen, maar waar gaat het uiteindelijk om? Het gaat er uiteindelijk om dat wij met z'n allen – en dan bedoel ik letterlijk «allen» – onze verantwoordelijkheid nemen. Dat is één punt. Het tweede punt waar het om gaat, is dat we met z'n allen het virusprobleem als een eigen probleem ervaren. Als wij ons niet allemaal eigenaar voelen van dit probleem, zullen we altijd blijven kijken in de zin van: waar komt de oplossing vandaan? Dan ben je natuurlijk misschien ook al snel geneigd – dit is gewoon een empirische waarneming – om te denken: o, dan moet de overheid het voor me regelen, want dan hoef ik mezelf niet te veranderen en dan wordt het voor me geregeld. Dit is een beetje een klassiek probleem, dat ik in de spreekkamer ook geregeld tegenkom. Iemand komt met klachten; het kan zijn dat hij te veel rookt en het benauwd heeft, dat hij te veel drinkt en het aan de lever heeft of dat hij te veel fastfood neemt en een suikerprobleem krijgt. Dan wil men geholpen worden, maar zonder te hoeven veranderen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee, dit is echt een drogredenering.

De heer **Van Dissel**:

Nee.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb heel concreet gevraagd naar het voorstel van de Wereldgezondheidsorganisatie, zoals dat afgelopen week nog is gedaan, om die luchtverversing op te schroeven naar zes keer per uur. Dat is echt iets heel anders dan...

De heer Van Dissel:

Maakt u zich geen zorgen; ik kom op uw voorbeeld terug, maar ik wil u meegeven dat wij, zolang wij ons niet allemaal eigenaar voelen van dit probleem, blijkbaar onvoldoende bereid zijn om ons aan een aantal toch redelijk simpele regels te houden die bewezen effect hebben. Ik bedoel: we hebben in maart de uitbraak teruggebracht met in wezen de 1,5 meter, «vermijd drukte» en «als je ziek bent, blijf thuis». Dat zijn allemaal logische maatregelen die nog steeds gelden. Wij zeggen – daarmee kom ik terug op uw specifieke voorbeelden – dat je door middel van technische oplossingen natuurlijk wellicht een soort ruimte kunt creëren, waardoor je minder naar die basis terug moet, maar als we met z'n allen naar de basis teruggaan en als we ertoe bereid zijn om dat te doen, ook om onze kwetsbaren beter te beschermen en om de zorg te ontlasten, dan weten we precies wat we moeten doen. Dan kunnen er natuurlijk best toevoegingen zijn, want we weten dat als de luchtverversing vele malen hoger is, het risico uiteraard wel wat zal worden teruggebracht. Maar de essentie is dat je gewoon op 1,5 meter moet blijven en dat we weten dat dat de bulk van de infecties gewoon wegneemt. Natuurlijk is het zo dat mondkapjes misschien wat doen; we gebruiken ze tenslotte in ziekenhuizen. Maar de essentie is dat je bij klachten thuisblijft. Dan kom je niet in de situatie dat het kritisch wordt. Dat wil ik vanuit mijn optiek benadrukken. Natuurlijk zijn er allerlei technische dingen die het grijze gebied in een bepaalde richting duwen, maar uiteindelijk komt het erop neer of wij vinden dat het covidprobleem van ons allemaal is. Zijn we in dat geval bereid om voor degenen die daar het meest de consequenties van moeten dragen – de kwetsbaren, de ouderen – offers te brengen? Dat is het natuurlijk, ook op het gebied van vrijheid. Ik heb het niet over uw avondklok. Wij zeggen in onze OMT-brief: onderzoek nou of dat een toegevoegde waarde kan hebben. Het staat er precies zoals het er zou moeten staan. We denken dat het effect heeft op de urgentie: dit virus gaat iedereen aan.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van den Berg van het CDA voor haar vraag.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Meneer Van Dissel, weer hartelijk dank voor de presentatie. Ik wil het graag hebben over de organisatie van de testen. Van het begin af aan is gezegd: het is belangrijk om het virus goed te kunnen monitoren. Als ik het me goed herinner, zei meneer Van Dissel vorige week: op dit moment laat slechts 42% van de mensen met klachten zich testen; het cijfer is overigens wel gestegen. Meneer Kuipers gaf vanmorgen aan dat er mensen met covidklachten die zich niet hebben laten testen op spreekuur komen vanwege andere ziektes. In het OMT-advies staat dat sneltesten minder betrouwbaar zijn bij mensen met lage virusdoses. Een paar keer wordt gezegd: we hebben daar geen zicht op. Ik had dus eigenlijk allang een OMT-advies verwacht over hoe we moeten omgaan met al die commerciële aanbieders, waarvan sommige betrouwbaarder zijn en andere compleet onbetrouwbaar, inclusief een advies over de testorganisatie.

De heer Van Dissel:

Eigenlijk denk ik dat we dat proberen te geven in de brief. We zeggen niet zozeer hoe de organisatie moet worden ingericht. Dat is niet aan ons, dat

is echt aan het beleid. Wat wij wel kunnen doen – dat kunt u terugvinden in een aantal OMT-brieven – is kaders en randvoorwaarden schetsen bij hoe zo'n organisatie eruit zou moeten zien vanuit het oogpunt van onze achtergrond, namelijk medisch-biologische advisering. We hebben aangegeven welke kwaliteiten zo'n organisatie zou moeten leveren. Ik geef een voorbeeld om het wat praktischer te maken. Wij vinden het bijvoorbeeld essentieel dat wij als organisatie die moet beoordelen hoe de situatie met covid in Nederland is, inzicht krijgen in hoeveel testen er gedaan worden op andere plekken dan in de GGD-teststraten, bijvoorbeeld in de particuliere sfeer of in de bedrijfs sfeer, en hoeveel er daarvan positief waren. Nou, dat is gewoon een opmerking, maar wat ons betreft wel een belangrijke. Die moet zich uiteindelijk vertalen in hoe de organisatie rond de testen gekozen wordt.

U heeft onder andere kunnen lezen dat gezegd is dat BIG-geregistreerde artsen betrokken moeten zijn bij de organisatie van testen buiten de teststraten van de GGD. Aangezien artsen een meldingsplicht hebben voor A-ziekten, maakt dat hopelijk dat dit probleem daarmee getackeld is. Het is een belangrijk punt, want in de OMT-brief merken wij ook op dat wij in de huidige daling een zekere onzekerheid voelen omdat we nu nog niet honderd procent zeker zijn dat al die gevallen van sneltesten of andere testen buiten de GGD-teststraten, voldoende worden doorgegeven. Ik heb begrepen dat ernaar wordt gestreefd om dat zo snel mogelijk volledig te hebben en dat er borgen worden ingebouwd, maar het is even een voorbeeld van hoe ik denk dat het OMT moet adviseren met betrekking tot de organisatie. Voor de typen sneltesten die wij hebben kunnen beoordelen – dat moet ik erbij zeggen – hebben we een soort groot schema opgesteld met allerlei situaties. Dat is overigens ook meegestuurd met een vorige brief van het OMT. Dat schema geeft inzicht in de context waarin wij denken dat bepaalde testen geëigend zijn. Dus wanneer doe je nou een sneltest en wanneer doe je die per se niet? Dat hangt af van de context waarin je de sneltest of de test doet. Is het een zorgmedewerker of niet? Heeft die klachten, en zo ja, hoelang al? Al dat soort dingen wordt daarin benoemd. Ik denk dat juist dat type blauwdruk, dat heel erg op inhoud ingaat, in feite de randvoorwaarden schetst en dat de organisatie uiteindelijk moet zorgen dat die ook worden gerealiseerd.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Hijink. De heer Hijink spreekt namens de fractie van de SP. U mag twee vragen stellen.

De heer Hijink (SP):

Ik dank de heer Van Dissel wederom voor zijn komst. Mijn vraag gaat over de verschillende scenario's die voorliggen. Het pakket dat we nu hebben gezien, lijkt toch vooral gericht op het primaire doel om de zorg niet verder te belasten, om die te ontlasten. Dat is een beetje in tegenspraak met een uitspraak van de Tweede Kamer dat niet louter moet worden gestuurd op de overbelasting in de zorg, maar dat het terugbrengen van het aantal besmettingen het doel van de hele strategie moet zijn. Er liggen nu verschillende scenario's en verschillende pakketten om voor twee weken of langer maatregelen te nemen om dat R-getal veel verder omlaag te duwen. Welke andere effecten, los van ic-opnames en andere ziekenhuisopnames, zou je kunnen bereiken met het nemen van bepaalde maatregelen?

Ik heb daar de vorige keer ook naar gevraagd. Ik vind het jammer dat wij iedere keer alleen kunnen kijken naar ic-opnames en ziekenhuisopnames, terwijl ik ook heel benieuwd ben wat het effect van een ander pakket is op de totale sterfte die we kunnen verwachten als gevolg van covid. Wat is bijvoorbeeld het effect op de besmettingen in de verpleeghuizen? Kunnen we daar meer zicht op krijgen? Een kortstondig pakket van extra maatre-

gelen doet immers niet alleen iets in de ziekenhuizen. Het doet ook breder iets met de volksgezondheid en uiteindelijk ook met de sterfte.

De heer **Van Dissel**:

Dat heb ik dan misschien niet of onvoldoende benadrukt, maar we zien heel duidelijk dat bijvoorbeeld de belasting in de verpleeghuiszorg, maar ook in de wijkzorg eigenlijk heel erg synchroon loopt met de totale druk in de bevolking. Als wij de totale aantallen bevestigde gevallen ook mede als eindpunt hebben – en dat hebben we – dan vormt dat dus ook een goede afspiegeling van de zorg in de domeinen buiten de ziekenhuiszorg die u heeft genoemd. Ik denk dat dat heel redelijk synchroon loopt. We zien dat verpleeghuizen uiteindelijk zo'n 2%, 2,5% krijgen van wat er in totaal speelt. Het aantal bevestigde gevallen in de bevolking kun je daar dus ongeveer uit aflezen. Als je dat getal neemt, rekening houdend met wat onzekerheden die we net noemden over teststraten en met de onzekerheden over het aantal mensen met klachten die zich daadwerkelijk laten testen – daarover krijgen we wat informatie vanuit de gedragsunit; voor de duidelijkheid, dat is nog steeds lang geen 100% – dan kan je uiteindelijk ook de dingen invullen die u noemde. U zegt dat het breder moet worden bekeken dan de zorg alleen. Voor de andere zaken, zoals de maatschappelijke en de economische gevolgen daarvan, zal u natuurlijk bij andere personen moeten aankloppen, want dat is niet iets wat wij meenemen. Wij geven scenario's. Die kunnen wij schatten op basis van de parameters die wij meten. Dat betreft toch vooral de zorgparameters. Maar nogmaals, ik denk dat u verpleeghuizen en dergelijke daar wel onder kunt rekenen, want hun belasting staat in een bepaalde verhouding tot het aantal gevallen dat er in totaal is.

De heer **Hijink** (SP):

Ik vind het moeilijk om nou precies... Laat ik het concreter maken. Wij moeten als Kamer vanmiddag in het debat bepalen of dit pakket goed genoeg is om het aantal besmettingen op korte termijn terug te brengen tot een niveau waarop je het weer kunt beheersen met bron- en contactonderzoek, quarantaine en het isoleren van individuele gevallen. Volgens mij zijn we nog lang niet op dat punt. Tot we daar zijn, gaan we in de volle breedte grote effecten zien, ook als het gaat om sterfte. Maar ik mis wel de sterftcijfers in de analyse. Ook als het gaat om begrip en communicatie rondom maatregelen die worden voorgesteld, denk ik dat het heel veel meer impact zal hebben als wij inzichtelijk krijgen wat de sterftcijfers zijn bij bepaalde scenario's. Dan zien we niet alleen wat er in het ziekenhuis gebeurt, want heel veel mensen sterven buiten het ziekenhuis aan het virus. Waarom krijgen wij dat zicht niet? Waarom krijgen wij niet meer zicht op de verschillende pakketten die er zijn geweest, op welke scenario's er liggen en op de effecten bijvoorbeeld op sterfte? Ik zou die informatie graag willen hebben, omdat ik denk dat het meer begrip kan opleveren voor maatregelen die worden genomen.

De heer **Van Dissel**:

U noemt specifiek sterftcijfers. Die hebben we steeds meegenomen in de presentaties, maar dat is natuurlijk achteraf. Ik vraag me af of we die goed kunnen voorspellen, of dat überhaupt mogelijk is. De reden die ik noem, is dat er, als je wat breder kijkt dan Nederland, grote verschillen zijn tussen Europese landen in sterftcijfers. We hebben ons het hoofd gebroken over wat daar nou exact de reden van is. Je hoopt daar namelijk van te leren met betrekking tot maatregelen. Wat bijvoorbeeld als een mogelijke verklaring vanuit Noorwegen en Zweden is geopperd, vanuit het Public Health Institute, is dat het te maken heeft met de mate van kwetsbaarheid van de personen die in verpleeghuizen aanwezig zijn. Die mate van kwetsbaarheid – voor de duidelijkheid: in hun ogen, want we hebben dat in Nederland nog niet gecontroleerd – of in ieder geval de sterfte varieert

nogal met hoeveel een voorafgaande griepseizoensuitbraak heeft geleid tot overlijdens. Daar kun je je op zich wat bij voorstellen. Ik heb u ook in de sterftcijfers die ik vandaag liet zien, laten zien dat de griepseizoensuitbraak van twee jaar terug destijds een heel forse – sterker nog: exact dezelfde – uitwerking heeft gehad wat betreft sterfte als de coviduitbraak in maart. Zij hebben de hypothese dat de mate waarin dat speelde in het voorafgaande jaar invloed heeft gehad op de covidsterfte in het land nu. Dat zal verder onderzocht moeten worden, maar op zich is het wel plausibel dat zoiets een rol meespeelt.

Met andere woorden, de sterfte is heel moeilijk van tevoren te voorspellen als je niet alle factoren kent die dat mede bepalen. Als een voorafgaande milde griepuitbraak, die leidde tot minder overlijdens, waardoor er misschien nog meer kwetsbaren zijn, daarbij bijvoorbeeld een rol speelt – en dit zal slechts één van de factoren zijn – kunt u zich voorstellen dat dat moeilijk te voorspellen is. Daar zitten zo veel factoren in, dat ik denk dat dit nauwelijks met een redelijke betrouwbaarheidsinterval te doen is, terwijl ic- en ziekenhuisopnames – dat ben ik met u eens – hardere getallen zijn. Daar zit minder spreiding in en die maken dat makkelijker. Sterfte is denk ik een heel ingewikkelde om als eindpunt te nemen, hoe graag je dat ook zou willen.

De voorzitter:

Dan geef ik het woord aan mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Ik wil nogmaals ingaan op het vanochtend gepubliceerde onderzoek van het Max Planck Instituut uit Duitsland, waaraan professor Lelieveld verbonden is. Daarin wordt aangegeven dat bijna 20% van de Nederlandse coronasterftegevallen aan de slechte luchtkwaliteit in Nederland geweten kan worden. Dat zijn ongeveer 2.200 doden. Meerdere onderzoeken, ook een onderzoek uit Birmingham, laten dat zien. Professor Lelieveld roept op tot politieke actie op dit punt. Ik heb het gevoel dat we in Nederland aan het wachten zijn op het in het voorjaar al aangekondigde onderzoek van het RIVM dat nu bezig is. Ik ben benieuwd of u een duiding kunt geven aan het onderzoek dat nu in Duitsland is gepubliceerd. Ik ben ook benieuwd hoe het staat met de Nederlandse variant van het RIVM-onderzoek en in hoeverre we daar snel resultaten van zouden kunnen verwachten.

De heer Van Dissel:

U benoemt een interessant punt. U verwijst naar de mogelijke associatie tussen luchtkwaliteit en covidgevallen. Een van de dingen die daarbij mogelijk onderliggend zouden kunnen zijn – want je probeert dan te kijken of dat ook biologisch plausibel gemaakt kan worden, zodat je daar ook gericht onderzoek naar kan doen – zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat enige mate van ontsteking of prikkeling die ten gevolge van luchtverontreiniging zou kunnen optreden, misschien invloed heeft op de receptoren waar het virus op aangrijpt. Dat is een van de potentiële verklaringen. Er zijn er veel meer. Je kan je ook voorstellen dat dat de mate van ontstekingsactiviteit beïnvloedt. We weten inmiddels dat die heel belangrijk is, met name bij ernstige covidgevallen. Er wordt dus gezocht naar een plausibele verklaring waarom er zo'n relatie zou kunnen zijn. Maar u heeft gelijk: die relatie is epidemiologisch. Dat is dan een associatie en nog niet een causaal verband. Dit is dus een interessant punt, waarover het laatste volgens mij nog niet is gezegd. Maar er zijn natuurlijk wel aanwijzingen voor. Dat zou betekenen dat de mate van luchtverontreiniging en misschien ook de mate waarin men daarvan last heeft, enige invloed hebben op hoe covid zich in Nederland heeft gemanifesteerd.

U geeft zelf al aan dat we dat momenteel ook zelf onderzoeken. Hoever dat onderzoek precies is, moet ik echt voor u navragen, want anders zeg ik hier nu wat en dan kan ik dat straks niet waarmaken. Daar kom ik dus graag op terug. Ik zal dat navragen, maar er wordt nadrukkelijk breder naar gekeken dan in de initiële analyse vanuit Birmingham, die zoals u weet ook op publieke Nederlandse gegevens was gebaseerd. Ik hoop dat hier snel duidelijkheid over is.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Diertens namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw Diertens (D66):

Dank u wel, voorzitter. Dank weer voor deze presentatie. We hebben net de brief even kunnen scannen. Heel kort samengevat zegt u eigenlijk dat we acties moeten nemen op het gebied van mobiliteit en gedrag en u noemt dan bijvoorbeeld de omgevingen waar, voor zover u dat kan overzien, een besmettingsrisico is. Ik mis in deze brief een onderbouwing van het sluiten van de cultuursector: de musea, de bibliotheken, de theaters. Ik mis de cijfers waarop deze maatregel gebaseerd is. Is die gebaseerd op mobiliteit of op gedrag, of omdat aangetoond is dat er in die omgeving meer besmettingen zijn?

De heer Van Dissel:

U vraagt naar een heel specifiek onderdeel. U heeft in de OMT-brief kunnen zien dat we het hebben over «een aantal van de doorstroomlocaties», dus niet per se alle. Maar we moeten natuurlijk beseffen dat het op een gegeven moment niet meer mogelijk is om van elke individuele activiteit exact uit te rekenen wat het effect is. In z'n algemeenheid kan je stellen dat het ten aanzien van plekken waar mensen samenkomen – dat zijn die doorstroomlocaties zeker – niet zozeer de locatie zelf hoeft te zijn, omdat een heleboel dingen daar vaak goed geregeld zijn, maar dat het ook gaat om het proces van ernaartoe komen, iemand ontmoeten bij de ingang en al dat soort dingen. Er is dus een zekere grofstoffelijkheid in de maatregelen die genomen moeten worden en die uiteindelijk allemaal gebaseerd zijn op deze gedachte: ontmoet een individu een individu, ontmoet een individu een groep of ontmoet een groep een groep en hoe is de mobiliteit? Is die gericht boven de regio of is die alleen maar lokaal? Volgens mij heb ik twee briefings terug dat afwegingskader hier getoond. Als u dat hierop legt, kom je uiteindelijk ook bij dit soort locaties uit. Dan krijg je natuurlijk altijd – dit geldt ook voor andere onderdelen – het argument: we hebben het goed geregeld; waarom worden we getroffen? Dat gevoel kan ik me ongelofelijk goed voorstellen. Dat moet ook heel frustrerend zijn. Maar uiteindelijk gaat het erom dat we de contacten moeten terugbrengen en dat we, als er contacten zijn, de impact daarvan moeten terugbrengen door het lokaal te houden en het op individuen en niet op groepen te houden. Dat is uiteindelijk de achtergrond waartegen dit soort maatregelen worden geadviseerd.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Veldman namens de fractie van de VVD.

De heer Veldman (VVD):

Voorzitter, dank. U zei het net al bij de start: het is de twintigste keer dat de heer Van Dissel hier in ons midden aanwezig is. Als ik daarop terugkijk, dan zie ik een aantal rode draden. In het voorjaar hebben we vaker van de heer Van Dissel gehoord: wij sturen in de mist en door in de achteruitkijkspiegel te kijken. Voor een groot deel moest dat in het voorjaar met het uiteindelijk veel te weinig kunnen testen. Nu zitten we in een fase waarin

er meer dan ooit getest wordt, en misschien wordt het nog wel veel meer met alle sneltesten die er al zijn en die er nog aankomen. Misschien komen er uiteindelijk wel thuistesten.

Op de vraag van mevrouw Van den Berg hoe we daarop het zicht gaan behouden, zei de heer Van Dissel onder andere: het is een van de redenen waarom we willen dat een BIG-geregistreerde arts bij zo'n teststraat aanwezig is, want die heeft de verplichting om een besmetting met een type A-ziekte door te geven. Dat is waar, maar dat is een beetje de klassieke inrichting van hoe we met dit soort infectieziekten omgaan, hoe we met testen omgaan. Dat hebben we gedaan met mazelen- of tbc-uitbraken. Als de ontwikkeling naar thuistesten grootschaliger wordt, hebben we er niet steeds een BIG-geregistreerde arts naast staan. En toch heeft de heer Van Dissel, het RIVM, het OMT, informatie nodig om te kunnen adviseren. Wat heeft de heer Van Dissel nodig als hij kijkt naar dit ontwikkeling om toch grip te houden op de cijfers? Wat is er dan nodig? Wat zou de Kamer aan de Minister moeten vragen om te organiseren om die grip te houden?

De heer Van Dissel:

U verwijst naar wat ik ook zie als een logische volgende stap. Deze testen worden nu al op internet aangeboden. Het kan niet anders dan dat ze ook gebruikt gaan worden. Misschien is dat ook helemaal niet slecht, maar we moeten ons inderdaad zo goed mogelijk voorbereiden. Hoe kunnen we voor elkaar krijgen dat we dergelijke informatie niet missen? Je denkt dan al snel aan potentiële ICT-oplossingen. Je zou je kunnen voorstellen dat iemand, ook al doet hij een thuistest, inlogt op een systeem en een foto van het beeld van de thuistest uploadt. Zeer waarschijnlijk zou dat beeld dan geautomatiseerd kunnen worden ingelezen. Het klinkt misschien wat futuristisch, maar op zich denk ik dat dat best mogelijk is. Wat je uiteindelijk toch het liefst wil, is niet alleen informatie over de positieve, maar ook over de negatieve testen. Ik ben het met u eens: hoe eerder we ons daarop voorbereiden – dit gaat er gewoon aankomen – hoe beter het is. Ik zou dat zeer toejuichen. Je hoopt dat personen die een heleboel weten en innovatief nadenken over het gebruik van ICT, zich hier ook al over buigen en met prachtige oplossingen komen.

Ik ben het met u eens. Ik denk ook dat dit een ontwikkeling is die gaat komen. Dat moeten wij ook niet willen tegenhouden. Sterker nog, misschien is het zelfs heel gunstig, maar je wilt het wel met zorgen omkleden. Je wilt er in ieder geval voor zorgen dat je het zicht hebt op waar wordt getest en hoeveel er daarvan positief en negatief zijn. Je wilt natuurlijk ook dat de link naar de GGD met bron- en contactonderzoek gegarandeerd is.

Ik maak nog één opmerking over testen. U zegt terecht dat we van de mist en de achteruitkijkspiegel nu meer proactief aan de slag gaan. Testen is belangrijk, maar nu we kunnen testen, weten we dat niet alleen testen belangrijk is, maar ook testen in een zo vroeg mogelijk stadium en met een zo gevoelig mogelijke test bij het begin van klachten. We kunnen meer, maar de nadruk verschuift daarmee naar andere dingen, waardoor je er nog meer van kunt profiteren. Dat wilde ik nog maar gezegd hebben. Dus testen is belangrijk, maar nou moeten we ervoor zorgen dat we bij klachten zo snel mogelijk testen, dat we uiteindelijk in het bron- en contactonderzoek het virus voor zijn en niet, zoals tot nu toe het geval is, dat we eigenlijk moeten constateren dat ongeveer drie kwart van de personen die positief gaat worden, ook alweer klachten heeft als we het bron- en contactonderzoek opstarten. Want dan lopen we er eindeloos achteraan. Dat wou ik nog even toevoegen. Nogmaals, ik zie het als een zeer gunstige ontwikkeling, maar we moeten een en ander voorblijven om daar als maatschappij ons voordeel mee te kunnen doen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Kröger namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Dank aan de heer Van Dissel voor de uitgebreide presentatie. Mijn vraag gaat over die private testen waar we op dit moment geen zicht op hebben. In het OMT-advies staat: «Het is een punt van aandacht dat niet te beoordelen is in hoeverre deze cijfers een onderschatting zijn door het gebruik van een toenemend aanbod van commerciële teststraten.» Gegeven het feit dat we op dit moment zo aan het finetunen zijn met twee cijfers achter de komma op de R- en signaalwaarde, vind ik dit een heel zorgelijke zin. In het debat vorige week hebben wij de Minister gevraagd wat dit doet voor de R. Toen werd gezegd: de R berekenen wij op ic- en ziekenhuisopnamen. Maar in de weekrapportage van het RIVM staat: nee, voor de schatting van het reproductiegetal gebruiken we het aantal gemelde covidgevallen per dag in Nederland. Dus het is cruciaal dat we daar zicht op hebben. Heeft het RIVM een beeld van hoeveel commerciële tests er nu dan zijn en hoe groot het risico is dat, als wij twee cijfers achter de komma aan een knopje zitten te draaien, er een heel groot aantal testen is waar we geen zicht op hebben?

De heer **Van Dissel**:

Een paar punten in het antwoord. A. Ik deel uw zorg. Wij willen daar graag zicht op krijgen. Dat is duidelijk. Het tweede is: u heeft gelijk dat de R-waarde, ook de eerste die ik u liet zien, gebaseerd is op de door de GGD gemelde gevallen in het Osirismeldsysteem. Dat is prachtig, maar u geeft terecht aan dat het een onvoldoende volledig beeld geeft als daar te veel buiten gaat vallen, om wat voor reden dan ook. Daar heeft u gelijk in. Vandaar ook onze opmerking: «Hebben wij daar inzicht in? Nee, dat kunnen wij eigenlijk niet hebben.» Wij kunnen niet nagaan waar allemaal commerciële testen worden aangeboden of waar mensen eventueel via internet testen bestellen. Wij geven aan dat dat een probleem is en dat wij daar wel inzicht in willen, maar wij zijn geen toezichhoudende organisatie die daar wat over kan zeggen. Maar u heeft gelijk in die zin dat wij hopen dat daar zo snel mogelijk helderheid over is en dat wij die informatie zo snel mogelijk krijgen, zoals in het antwoord aan de heer Veldman al gezegd is. Maar voor de duidelijkheid: het RIVM of het OMT weet niet hoeveel er buiten de GGD-teststraat vallen en zal dat ook niet actief gaan onderzoeken. Dat is echt aan het toezicht, want je wil ook weten of de kwaliteit goed is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Kröger, uw tweede vraag.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Ja, mijn tweede vraag gaat eigenlijk over een ander onderwerp. Het blijft wel hangen dat ik denk dat het RIVM een inschatting moet hebben van de betrouwbaarheid van de R op dit moment, maar goed. Mijn tweede vraag gaat eigenlijk over iets anders. Als het doel van het beleid is zo snel mogelijk terug te gaan naar niveau 1 van de routekaart omdat we dan een goed BCO hebben en we de samenleving dan weer zo veel mogelijk in de normale stand hebben, dan is het mij niet duidelijk uit deze presentatie wanneer we op dat niveau komen. Dat komt misschien doordat de verschillende maatregelenpakketten op dit moment niet helemaal corresponderen met de maatregelenpakketten in de routekaart. Daar zitten verschillen tussen. Voor de voorspelbaarheid van het beleid zou het goed zijn om die routekaart te volgen, zodat mensen weten waar ze aan toe zijn. Misschien is mijn vraag dan de volgende. Als wij de routekaart als uitgangspunt nemen en als doel hebben om naar niveau 1

te komen, wat is dan de inschatting van waar in de tijd wij daar terechtkomen?

De voorzitter:

De heer Van Dissel, twee punten.

De heer Van Dissel:

Die R blijft natuurlijk een terugrekening, maar we geven ook de betrouwbaarheid ervan weer. We kijken er op verschillende wijzen naar. Ik heb één wijze extra laten zien. Je kunt het ook aan de hand van ziekenhuisopnames doen. Die R is echt rond de waarde die we geven, maar er zit een betrouwbaarheidsinterval in. Die wordt natuurlijk beïnvloed naarmate we weglopen met allerlei testen die niet gemeld worden. Maar ik denk dat we dat stadium twee weken terug nog niet hadden. Het is een punt van zorg en het moet geregeld worden; laat dat helder zijn.

Dan uw punt met betrekking tot de data. Aan die bolletjes zie je ongeveer in welke mate het opschuift. Als je een maatregelenpakket neemt dat misschien niet helemaal conform de routekaart is, maar ertussenin zit, dan kun je dat interpreteren als dat die waarde ertussenin zal liggen. De vraag wanneer we weer helemaal terug zijn, lijkt simpel maar is complex. Eigenlijk ligt dat tussen beide grafieken in. Als u de tien ic-opnames per dag als punt waar we doorheengaan richting minder, onvoldoende vindt, dan komen we meer in de richting van de onderste tabel. Die geeft aan wat er gebeurt als u door drie per dag gaat. Dat is ongeveer niveau 1. De data staan genoemd in de tabel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Ploumen voor twee vragen namens de Partij van de Arbeid.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Ik zou graag wat nader willen ingaan op de verschillen tussen de regio's. Het kabinet heeft eerder, in de zomer, gezegd dat er verschillende maatregelen genomen zouden kunnen worden, afhankelijk van de hoogte van de besmettingen in verschillende regio's. Uiteindelijk hebben we nu een pakket dat voor het hele land geldt, maar het maakt nogal wat uit of je in de Volmarijnstraat in Rotterdam woont, midden in de stad driehoog, of in het landelijke Lonneker. Maar toch zijn de nu uitgerolde maatregelen generiek. Ik zou de heer Van Dissel daar twee dingen over willen vragen. Hoe ziet de heer Van Dissel de effectiviteit van maatregelen in de verschillende regio's en zou het niet wenselijk zijn om in plaats van een pakket te maken dat steeds zwaarder wordt, een pakket te maken dat anders is qua maatregelen voor de verschillende regio's?

De voorzitter:

Hartelijk dank. De heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

U snijdt opnieuw een belangrijk punt aan. Er zijn grote verschillen in de regio's. Sommige zijn al een tijd in een dalend been, terwijl andere op het afvlakkingspunt verkeren. De vraag is dan heel gerechtigd of je dan wel generieke maatregelen moet nemen. Of moet je je richten op de regio's die blijkbaar achterblijven, om wat voor reden dan ook? Die reden kan valide zijn, maar ze blijven wel achter. Moet je een gebied als het Noorden, waar het toch eigenlijk de goede kant opgaat, wel belasten met extra maatregelen? Ik denk dat het antwoord daarop echt een beleidsinterpretatie is. Ik zal illustreren waarom ik dat denk. Er zijn altijd verschillen tussen een regionale en een centrale aanpak. Een daarvan is de consistentie van communicatie. Als elke regio iets anders gaat doen, kan ik mij

voorstellen dat dat niet meteen voor iedereen verhelderend werkt. Je kunt bijvoorbeeld in de ene regio wonen en in de andere werken. Dat kan gewoon verwarrend zijn. Dat kan een reden zijn waarom je dat bijvoorbeeld niet doet.

Een ander punt dat wel genoemd wordt, is het zogenaamde waterbed-effect. Als je in Rotterdam, een regio die momenteel nog net op de afvlakking zit, strengere dingen zou doen, maar tegelijkertijd niet, zoals in Nederland althans niet is toegepast, het aantal bewegingen beperkt, heb je toch een reële kans dat mensen uit Rotterdam dingen buiten de grenzen van de regio gaan doen, waardoor je daar juist een extra belasting krijgt, terwijl je dan een soort schijneffect binnen Rotterdam zou creëren. Dat speelt, voor de duidelijkheid, ook wel bij de landsgrenzen. In de periode van maart hebben we dat al gehad. Toen gingen bijvoorbeeld in een buurland de kroegen al dicht, terwijl ze in Nederland nog open waren. Dat bleek toen toch aanleiding te geven tot intensivering van het grensverkeer, omdat men dacht: dan gaan we naar Nederland toe om daar gebruik te maken van de drankgelegenheden.

Daarom noem ik het toch beleidsvragen, want uiteindelijk moet je besluiten of je de regionale bestrijding belangrijker vindt dan bijvoorbeeld de consistentie van de boodschap en het tegengaan van zo'n waterbed-effect, want dan moet je wellicht toch weer voorwaarden inbouwen om dat tegen te gaan. We hebben natuurlijk een periode gehad dat we vooral regionaal hoopten te acteren. Dat is toch een beetje het begin geweest van wat we nu zien, met een exponentiële groei. Elk geval dat toen bij wijze van spreken voorkomen was, zou nu honderden gevallen voorkomen. Dat is toch gewoon de realiteit. Dat is niet vingerwijzen; dat is gewoon hoe het met dit virus nou eenmaal gaat. Dat moeten we ons realiseren. Ik denk dus: regionaal zou gewenst zijn. Zeker als er iets heel specifiek speelt, doen we dat natuurlijk ook, want dan reageren we via het bron- en contactonderzoek. Dat is feitelijk ook een manier van inzoomen. Maar als je het per regio doet, krijg je toch altijd meteen te maken met de aanpalende regio's: hoe kunnen die dan zorgen dat ze geen overlast krijgen van iets wat in de regio ernaast speelt? En dan is er nog de communicatie. Ik denk dat dat twee algemene dingen zijn die maken dat de vraag wat nou je generale aanpak wordt, echt een beleidsbesluit is.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen, afrondend.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ja, afrondend. Mijn vraag was ook: vraagt de Volmarijnstraat, driehoog, met drie kinderen in een driekamerappartement ook niet om een andere set maatregelen – ik wil het niet nodeloos gecompliceerd maken – dan Lonneker, waar je misschien in een twee-onder-een-kapwoning woont in een hele rustige straat?

De heer Van Dissel:

Ik denk dat dit inderdaad een belangrijke overweging is geweest: moet je het voor bepaalde wijken niet...? De last komt niet evenredig neer; dat is, denk ik, wat u wilt weergeven. Ik kan me voorstellen dat je als je een mooie achtertuin hebt, anders aankijkt tegen een periode waarin je vooral thuis moet blijven dan wanneer je driehoog in een appartement zit. Zeker als het voor langere tijd gaat spelen – voor die twee weken blijft het natuurlijk ook een punt, maar dan is het misschien toch minder pregnant dan wanneer het echt voor een langere periode zou gelden – zou je hopen dat je daar met flankerend of op enige manier compenserend beleid iets aan zou kunnen doen. Dan kan je natuurlijk van alles verzinnen, bijvoorbeeld zorgen dat die groepen om de zoveel tijd toch een mogelijkheid krijgen om naar buiten te gaan. Daar zijn natuurlijk wel dingen op te verzinnen, maar het probleem onderken ik zeer. Zeker als het langer

speelt, kan het zo belangrijk zijn, dat je dat gewoon apart moet adresseren.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van dit tweede blok. Ik wil de heer Van Dissel zeer hartelijk danken voor zijn komst naar de Kamer, het geven van de presentatie en het beantwoorden van de gestelde vragen. Ik dank de Kamerleden voor hun belangstelling, evenals de mensen die deze briefing thuis of op een andere plek hebben gevolgd. Hartelijk dank voor de belangstelling.

Dit is het einde van deze technische briefing. Vanmiddag zal er een plenair debat plaatsvinden over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Dat staat nu gepland rond de klok van 14.30 uur, maar houdt u daarvoor de agenda van de plenaire zaal in de gaten. Dan rest mij de mensen van de ondersteuning te danken voor hun aanwezigheid en behulpzaamheid. Hartelijk dank.

Sluiting 11.42 uur.