

Vergaderjaar 2020–2021

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 837**

**VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING**

Vastgesteld 24 december 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 9 december 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 dertien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Diertens, Van Esch, Van Haga, Hijink, Kerstens, Kröger, Lodders, Öztürk, Ploumen, Stoffer en Veldman,

alsmede de heer Van Delden, de heer Van Dissel, mevrouw Helder en de heer Kuipers.

Aanvang 9.30 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. Aan tafel is inmiddels aangeschoven de heer Ernst Kuipers, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Hartelijk welkom. Onderweg naar boven is mevrouw Conny Helder. Zij stond nog even in de file, maar zij is bestuurder van de zorgaanbieder tanteLouise en bestuurslid van ActiZ. Ook haar wens ik vanaf deze plek al hartelijk welkom.

Voor het tweede blok zullen aanschuiven de heer Jaap van Dissel, een oude bekende van ons, directeur van het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM, en de heer Jaap van Delden, programmadirecteur vaccinatie COVID-19, ook van het RIVM.

Ik heet de leden hartelijk welkom. Fijn dat u er weer bent. En uiteraard ook hartelijk welkom aan de mensen die deze technische briefing op een andere manier volgen.

## **Blok 1**

Gesprek met:

- de heer Ernst Kuipers, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg
- mevrouw Conny Helder, bestuurder van zorgaanbieder TanteLouise en bestuurslid van ActiZ

**De voorzitter:**

Ik stel voor dat wij gaan beginnen met de presentatie van de heer Kuipers. Dan hoop ik dat mevrouw Helder zo meteen aangeschoven is. Ik zou met de leden in dit blok willen afspreken: een vraag en een korte vervolgvraag. Want in dit blok hebben we tot ongeveer halfelf de tijd. Mag ik het woord geven aan de heer Kuipers? Gaat uw gang.

**De heer Kuipers:**

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik zal dat graag doen. Ik begin met een aantal dia's. Die borduren in eerste instantie even voort op de dia's die ik u twee weken geleden heb laten zien en die ik u meer dan vier weken geleden, namelijk op 4 november, ook al heb laten zien.

Ik begin met het plaatje waarop u het aantal covidpatiënten op de Nederlandse ic's ziet. Voor de eerste golf zijn zij weergegeven in grijs met de x-as onderaan de figuur. Voor de tweede golf zijn zij weergegeven in oranje, met de x-as en data bovenaan de figuur. Om te beginnen: u ziet dat de bezetting in de eerste golf heel rap omhoogging en een veel hoger niveau raakte – dat weet u ook – en dat de tweede golf zich eigenlijk veel langzamer heeft ontwikkeld, maar ook veel langer duurt. De figuur die u ziet, is de lijn die ik eigenlijk al vanaf 4 november heb laten zien. Die toont een daling in aansluiting op het maatregelenpakket van half oktober. Die lijn gaat heel gestaag naar beneden. Kijkt u naar de lijn én naar het oranje kleurtje, dan ziet u dat de daadwerkelijke ic-bezetting al een tijdje net

boven de lijn zit. Het rode cirkeltje dat u ziet, toont de bezetting van gisteren, die net boven de lijn uitkomt.

Precies hetzelfde ziet u op de volgende dia, maar dan ten aanzien van het aantal klinische patiënten, dus het aantal patiënten dat is opgenomen in de ziekenhuizen maar niet in een ic-bed ligt. U ziet dezelfde curve en hetzelfde beeld. Het is dezelfde x-as boven en onder. Kijkt u naar het blauwe gedeelte en dan meer naar het rechtergedeelte daarvan, dan ziet u dat we de afgelopen weken echt enige tijd onder de zwarte curve zaten. U zult zien dat die curve past bij een beloop van ongeveer 8% daling per week. We zaten daar een aantal weken onder, maar helaas gaat het aantal klinische patiënten in de afgelopen dagen weer omhoog. U ziet dat het rode cirkeltje ondertussen weer aan de bovengrens van die lijn zit. De twee lijnen, van deze figuur en van de vorige figuur, passen bij onze eerder predictie, waarbij wij erop rekenen dat op 31 december ongeveer 1.200 patiënten met covid in de Nederlandse ziekenhuizen liggen. Die kant zijn we lang uitgegaan. Helemaal rechtsonder op de dia ziet u overigens ook dat de aantallen ondertussen dicht bij elkaar in de buurt komen. Uitgaande van de huidige trend, zal zeker het aantal klinische patiënten voor het eind van de maand in de tweede golf groter zijn dan in de eerste golf.

Wat de volgende dia – klinische opnames – met het kriebelige lijntje toont, is het driedaagse gemiddelde per dag in de instroom in de kliniek, en wel vanaf 1 november tot en met gisteren. Onderaan de dia ziet u de rode stippellijn: de signaalwaarde. Die is ook opgenomen in het dashboard. Het gaat daarbij om 40 opnames per dag. We gaan er even doorheen: vanaf 1 november – dat is ruim twee weken na de maatregelen van half oktober – zien we een vrij abrupte daling van de instroom. Die zat op dat moment tussen de 250 en de 300 per dag, maar ging vlot omlaag, met een golf. Maar eigenlijk stabiliseert die al enige tijd en zitten we nu weer op het niveau van ruim twee weken geleden, van ongeveer 23 november. Hij is dus iets naar beneden gegaan, maar nu gaat die instroom geleidelijk weer omhoog. Kijkt u even naar de y-as, dan ziet u dat het aantal opnames, weergegeven in gemiddelden per dag, ondertussen weer boven de 170 zit. Dat is dus meer dan vier keer de drempelwaarde. En let op: dit is echt een ander getal dan het getal dat u kunt vinden in het coronadashboard; de gegevens die daarop staan zijn incompleet, want die zijn niet van alle ziekenhuizen en worden vertraagd aangeleverd. We zitten dus nog steeds op een hoog aantal ziekenhuisopnames per dag, meer dan vier keer de drempelwaarde, en dat aantal is in de afgelopen dagen gestegen. Dit wordt op een wat andere manier weergegeven in de volgende dia, die het aantal opgenomen covidpatiënten weergeeft, in de kliniek en op de ic bij elkaar, maar dan in percentuele verandering per week, telkens van zondag tot zondag. Dat is iets arbitrair; je kunt ook van maandag tot maandag of van dinsdag tot dinsdag nemen. Uiteraard maakt dat over de totale periode niks uit. In dit geval is het vanaf half oktober, direct in aansluiting op het laatste pakket maatregelen. U ziet dat er in de eerste week daarna, van 17 tot 24 oktober, nog een forse stijging is: een stijging van de bezetting met 26,8% overall. In de week daarna zwakt die wat af en in de derde week na de maatregelen zien we een lichte daling, die daarna fors doorzet. In de weken in november zien we telkens een daling van tussen de 10% en de 11%. Maar anderhalve week geleden, vanaf 29 november, lijkt die tot stilstand te zijn gekomen. Het laatste blokje toont een incomplete week – vanaf afgelopen zondag – maar laat echt een stijging zien. Als je die twee laatste blokjes even bij elkaar optelt, dan zie je dat die elkaar precies uitmiddelen. Dat past bij wat ik zonet vertelde. Eigenlijk zitten we dus weer op het niveau van 29 november. Het stopt. Daarbij zijn we onveranderd doorgegaan met het verplaatsen van patiënten, binnen regio's, maar ook tussen regio's. Deze dia laat alleen de verplaatsing tussen regio's in de tweede golf zien. In totaal zijn nu in de tweede golf 2.763 covidpatiënten verplaatst, waarvan 1.544 bovenregi-

onaal. U ziet op de dia de verschillende weken: in blauw, de patiënten in de kliniek, en in oranje, de ic-patiënten. U ziet de hoogste piek en daarna gaat het langzaam weer naar beneden. Zoals u begrijpt, is dat kleinere blokje rechts incompleet. Dat toont alleen de getallen van één dag, en verder nog niet. Dat gaat deze week nog stijgen.

Op de volgende dia ziet u de verplaatsingen per regio, die in lijn zijn met wat ik eerder heb getoond, links ic, rechts kliniek. De lichte tint van de kleur laat zien wat uitgeplaatst is en de donkere tint van de kleur wat een regio ontvangen heeft. U ziet dat het per regio om vrij forse aantallen gaat. De regio noord – dat is Groningen, Friesland, Drenthe – is de grootste ontvanger en de regio zuidwest-Nederland is de regio die het meest uitplaatst. Dat heeft natuurlijk alles te maken met de plaats waar de besmettingen optreden en waar de patiënten dus in eerste instantie binnenkomen.

Op dit plaatje ziet u op een iets andere manier dezelfde regio's weergegeven. Voor iedere regio is daarin één lijntje weergegeven, in de tijd vanaf begin september tot aan bijna nu. De hoogte van de lijn varieert. Ik kijk nu naar de y-as aan de linkerkant: de waarde van 1 representeert in dit plaatje dat de desbetreffende regio precies het aantal covidpatiënten heeft naar rato van het aantal beschikbare bedden. Bij een bijna volstrekt evenredige verdeling van alle covidpatiënten over het hele land zou iedere regio de hele tijd exact op 1 zitten. Nou, u snapt dat dat niet kan, want patiënten komen in grote getalen binnen: weer 170 per dag. Die komen niet overal en in ieder ziekenhuis precies naar rato binnen. Bij het spreiden hebben we dus gestreefd naar een zo evenredig mogelijke verdeling. Spreiden tussen regio's doen we in deze tweede golf weer vanaf 23 september. U ziet dat de verschillende curves zich vanaf dat moment inderdaad naar elkaar toe bewegen. Helemaal in het begin was de bandbreedte tussen de 0% en de 250%. Dat zijn enorme verschillen. Dat beweegt zich nu geleidelijk, maar heel stabiel, naar een hele nauwe bandbreedte van tussen de 90% en de 110% evenredige verdeling. Dat is echt wel een optimum. Veel beter dan dat kun je, gezien de dagelijkse in- en uitstroom, niet bereiken. Maar daarvoor een chapeau! en veel dank aan alle collega's in alle ziekenhuizen, die hier iedere dag weer aan meewerken.

Nu volgen een aantal dia's van de Nederlandse Zorgautoriteit. Even heel kort. Zij laten iets zien van de reguliere zorg en de verwijzingen naar de ziekenhuizen. In deze dia ziet u het aantal verwijzingen in het hele jaar per week weergegeven: in blauw voor 2018, in donkerbruin voor 2019 en in lichtbruin voor 2020. Kijk naar de y-as: dit is keer 1.000. Normaal gesproken ligt het niveau dus op ruim meer dan 100.000 verwijzingen per week. Aan de lichtbruine curve ziet u dat we in de eerste golf, zoals bekend, in maart/april enorm onderuitgingen. Het aantal verwijzingen ging toen om tal van redenen sterk naar beneden. Die zijn hier ook wel eerder besproken. Het belangrijkste nu is dat dit in de tweede golf voorkomen is; u ziet dan niet weer zo'n zelfde dip. Nu vangen we de covidpatiënten dus op, terwijl de verwijzingen eigenlijk grotendeels op peil blijven. Kijk je heel even naar de curves rond week 44–45, dan zie je een lichte daling, maar die is bij lange na niet van het niveau dat we in de eerste golf hadden.

De NZa vraagt nu via een dashboard telkens uit in hoeverre individuele ziekenhuizen in staat zijn om hun verschillende vormen van zorg te leveren. U ziet dat het optelt naar 100%; het zijn dus niet 100 ziekenhuizen. U ziet dat op dit moment vrijwel alle ziekenhuizen in staat zijn om de semi-acute zorg te leveren. Is dat bij ziekenhuizen tijdelijk niet het geval, dan wordt dat in de regio opgevangen.

Hetzelfde geldt voor de kritieke planbare zorg. Een veel groter deel van de ziekenhuizen zegt dat zij de op de lange termijn planbare zorg, dus de minder urgente zorg, maar ten dele kunnen leveren. Daarbij moeten zij wel degelijk dingen uitstellen. Dat is een beetje in lijn met de boodschap die we eerder hebben gegeven.

Helemaal tot slot, en even vooruitkijkend naar wat we nou kunnen verwachten. Dat is voor iedereen natuurlijk gebaseerd op veel aannames. Bij het LCPS worden modellen gemaakt, natuurlijk ook omdat we tijdig moeten weten welke capaciteit we moeten creëren, wat er gedaan kan worden met de planning van de reguliere zorg en welke roosters er gemaakt moeten worden. We maken dan scenario's gebaseerd op de huidige R-waarde, die net boven de 1 zit. Dat past bij de toename van de instroom in de ziekenhuizen en bij de toename van de infecties die we in de afgelopen periode hebben gehad. Dan kun je allerlei aannames maken: in hoeverre komt op enig moment vanaf januari die R-waarde weer onder de 1, wat zal eventueel het effect zijn dat we normaal gesproken altijd zien van een influenzagolf – we hopen dat dat die kleiner is, doordat alle maatregelen ook daarop een dempend effect hebben – en wat kan eventueel het effect zijn van feestdagen in termen van toename van het aantal besmettingen? Nou, voor al die dingen kun je allerlei modellen maken. Ik zal er niet al te lang bij stilstaan, maar ik zal met dit plaatje laten zien wat de drukte en de benodigde capaciteit op de ic kunnen zijn. Het blauwe lijntje is in dit geval het aantal covidpatiënten. U ziet dat de schaal loopt vanaf september. Het oranje lijntje is de non-covidzorg. De covidzorg is regulier; die trekt zich niks aan van weekend of doordeweeks, de reguliere zorg wel. Die neemt altijd weer toe op maandag en die zakt wat af in het weekend. Dat komt ook door de grote turnover van patiënten. Vandaar dat kriebelige beloop. Als je die twee bij elkaar optelt, krijg je de overallbezetting van patiënten op de ic. Dat heeft dan natuurlijk datzelfde kriebeleffect door de non-covidzorg. U ziet dat toenemen; dat is bekend. De grijze lijn is de daarvoor benodigde capaciteit. Immers, iedere ic-afdeling moet altijd bij voorkeur een of twee bedden vrij hebben voor de patiënt die onverwacht en plotseling komt en die ofwel al in de kliniek ligt en verslechtert dan wel op de SEH komt en plotseling moet worden opgenomen. Dan is dit het beloop, met maar een hele tijdelijke stijging van de R-waarde nu. Dus even een lichte stijging, en dan vanaf januari weer naar beneden. Dan raakt die even het niveau van de oranje lijn, van een capaciteit van in totaal 1.250, en daarna gaat die weer naar beneden. Bij de curve op de volgende dia is uitgegaan van precies dezelfde aannames, maar nu heeft de influenza wel effect. Dan ga je daarna verder omhoog. U ziet de groene lijn, helemaal onder in beeld, dan even opkomen. Als zowel de kerst als de influenza een effect heeft, dan ga je uiteraard naar een nog hoger niveau. Al die dia's tonen in ieder geval aan, met ieder model, dat er nog tot ruim in januari-februari een significante bezetting is. Tot zover.

**De voorzitter:**

Namens de commissie zeg ik hartelijk dank aan de heer Kuipers. Ik wil nu graag het woord geven aan mevrouw Conny Helder. Hartelijk welkom. Fijn dat u inmiddels aangeschoven bent. Mag ik u de gelegenheid geven voor het houden van uw presentatie? De afstandsbediening wordt even gereinigd. Gaat uw gang.

**Mevrouw Helder:**

Dank u wel. Dank voor de uitnodiging. Excuus dat ik iets te laat was. Ik had wat last van het verkeer vanochtend. Dat is zeer ongewoon tegenwoordig. Ik zeg altijd dat ik haast heb omdat de toekomst in de ouderenzorg allang begonnen is. Nou, dat was vanochtend ook; ik had ook haast. Maar gelukkig ben ik hier toch net op tijd binnen geraakt. Ik zit hier vandaag in drie hoedanigheden. Ik ben bestuurslid bij ActiZ, een branchevereniging die u kent en waar ik zo iets over zal vertellen. Ik ben ook bestuurder van tanteLouise, een zorgorganisatie in West-Brabant. Ik zal iets vertellen aan de hand van een voorbeeld: een recente grote uitbraak van covid bij tanteLouise. Ten slotte zal ik ingaan op het RONAZ.

Dat is een nieuw overleg, het Regionaal Overleg Niet Acute Zorg, waarbij een aantal partijen in de langdurige zorg in Brabant elkaar gevonden hebben in deze coronacrisis. Ik hoop dat het verhaal in voldoende mate aansluit, maar dat zullen we zo zien.

Onze brancheorganisatie staat voor meer dan 400 zorgorganisaties in de langdurige zorg, voor zo'n 450.000 medewerkers in verpleeghuizen en voornamelijk in de zorg thuis, zo'n 2.350 verpleeghuislocaties en een behoorlijk aantal cliënten. Wat niet op deze slide staat, maar wat zich wel voordoet, is dat we in ons type zorg op dit moment zo'n 50.000 medewerkers tekort hebben. Dat speelt op de achtergrond van deze crisis, maar het is wel belangrijk om dat mee te nemen.

Op dit moment neemt het aantal locaties met een coronabesmetting weliswaar af, maar de druk blijft ontzettend hoog. In Nederland hebben we met elkaar een extra capaciteit van ruim 1.200 covidbedden gerealiseerd. We zien dat de bezetting daarvan nu op zo'n 876 blijft steken. Ik zal zo ook iets vertellen over de situatie in Brabant. Daaruit komt het beeld naar voren dat de tweede golf voor zover die ons betreft nog niet is afgelopen. We zien namelijk dat de bezetting van de extra capaciteit zo blijft, terwijl we die in de eerste golf echt naar nul zagen teruggaan, in de zomer. De continuïteit van zorg staat aan alle kanten onder druk, zowel in de thuissituatie als in de dagbesteding en de verpleeghuiszorg. De rek is eruit. Ik zei het net al: er is al een tekort van 50.000 mensen. Dat loopt in de komende jaren nog verder op. We zien de vraag naar langdurige zorg enorm toenemen, maar de arbeidsmarkt zal daarbij natuurlijk enorm achter blijven lopen. Dat is wel een probleem dat in deze coronacrisis op de achtergrond heel erg meespeelt. We kijken natuurlijk reikhalzend uit naar de vaccinatiemogelijkheden. Het is nooit snel genoeg, maar wat nu al in Nederland en Europa zou kunnen, is al heel snel. Dat begrijpen we ook. We zien daarin ook een oplossing om de situatie in de verpleeghuizen op redelijk korte termijn te verbeteren.

Het landelijk ziekteverzuim zit op dit moment zo'n ruim 3% boven het gemiddelde in andere jaren. Gemiddeld genomen lijkt dat nog hanteerbaar, maar ik zal u zo aan de hand van het voorbeeld uit mijn eigen organisatie laten zien hoe dat lokaal enorm kan oplopen, en dat dit toch echt een groot probleem is.

U ziet nu het eigen dashboard van ActiZ. Het blijkt dat het ziekteverzuim zowel in de wijkverpleging als in de verpleeghuiszorg, dus de intramurale zorg, tegen de 10% is. Desondanks kunnen we de extra covidbedden beschikbaar houden. Dat komt deels doordat dit geriatrische revalidatiezorg betreft. Het gaat natuurlijk om locaties die vaak nabij ziekenhuizen liggen of die zich soms in ziekenhuizen bevinden waar de productie achterblijft, bijvoorbeeld omdat bepaalde operaties op dit moment niet doorgaan. We kunnen die bedden beschikbaar houden. Er zijn deels al cohortafdelingen die daarbuiten liggen en die bijvoorbeeld in verpleeghuizen worden georganiseerd. Wij vinden het heel erg belangrijk dat deze capaciteit overblijft, omdat we de ziekenhuizen graag willen ontlasten. De heer Kuipers liet net mooi zien hoe de reguliere zorg op dit moment door kan gaan. Wij vinden het ook een onderdeel van onze maatschappelijke verantwoordelijkheid om daar samen aan te werken. Dus met man en macht proberen wij én de cliënten in de langdurige zorg én de cliënten in de thuiszorg te blijven bedienen. Maar ook deze capaciteit proberen wij beschikbaar te houden.

Ik wil een voorbeeld geven uit mijn eigen organisatie, waaruit blijkt hoe die twee met elkaar verbonden zijn. Door mijn eigen organisatie is gedurende de hele covidcrisis uiteindelijk maar één cliënt overgeplaatst naar het ziekenhuis. Alle andere cliënten met covid behandelen en begeleiden wij zelf in onze verpleeghuizen. Dat is eigenlijk wel het beeld dat we in heel Nederland zien. Die twee systemen bestaan dus naast elkaar, maar hebben op dit moment ook heel veel met elkaar te maken.

Hoe krijgen we dat voor elkaar? U ziet linksonder een staatje waaruit blijkt wat wij proberen te doen. We proberen natuurlijk extra handen in de zorg in te zetten. Daar wordt veel gebruik van gemaakt. Zo'n 95% van de organisaties maakt daar gebruik van. Tegelijkertijd zien we daarin niet een heel duurzame oplossing. Het is al heel moeilijk om mensen van de arbeidsmarkt aan te trekken. Ook mensen met een rugzakje of mensen die eerder de zorg uit zijn gegaan, zien we weer. Mensen willen wel voor een korte duur tot de zorg toetreden, maar het is de vraag of ze ook langdurig blijven, of ze daadwerkelijk blijven hangen. We hebben net het initiatief gehad van cabinepersoneel van de KLM dat versneld in de zorg is ingestroomd. Daar was een enorme belangstelling voor; dat is een groot succes. Maar als we zien hoeveel van deze mensen daadwerkelijk in de zorg blijven hangen, dan zijn we bang dat het resultaat toch weer zal tegenvallen. Dat wil niet zeggen dat we ermee moeten stoppen. We moeten er vooral mee doorgaan. We kijken nu ook naar het horecapersoneel. Maar het is niet meteen een hele grote oplossing.

We proberen natuurlijk om het personeel dat nu met ziekteverlof is, zo goed mogelijk in te zetten. Ik zal daarvan straks nog een voorbeeld uit mijn eigen organisatie laten zien. Mensen die positief getest zijn of die thuis in quarantaine zitten, kunnen vaak toch productief zijn, zeker als het niet-zorggerelateerde medewerkers zijn.

Misschien even heel kort iets over mijn eigen organisatie, zodat u dat kunt plaatsen. De kengetallen staan op de dia; die zal ik niet herhalen. Onze geriatrie revalidatieafdeling heeft 60 bedden in het Bravis ziekenhuis. Gedurende deze crisis zijn daarvan 15 bedden volcontinu cohortafdeling geweest. Dat zijn eigenlijk volwaardige ziekenhuisbedden en wel in die zin dat daar voldoende medisch en verpleegkundig geschoold personeel op staat. In het begin van de crisis hebben we de specialisten ouderengeneeskunde en de verpleegkundigen stage laten lopen op de longafdeling van het Bravis ziekenhuis, zodat zij het ziektebeeld leerden kennen. Van daaruit zijn we heel verantwoord, denk ik, gestart met de cohortafdeling van 15 bedden; dat is nu nog volcontinu bezig.

In een notendop de strategie van tanteLouise. En dat zegt iets over de huidige tegenstrijdigheid in de sector langdurige zorg. Normaal gesproken proberen we heel erg om de mensen die bij ons verblijven of die voor korte zorg bij ons verblijven, nog woongeluk en levensgeluk te geven. Het zijn echt woonlocaties. Bij tanteLouise hebben we daar iets aan toegevoegd. We gaan echt voor de innovatie, als noodzakelijke voorwaarde voor de toekomst, want wij denken dat dat eraan zal bijdragen dat wij de enorme zorgkloof die na deze crisis weer onverkort op ons afkomt, tegemoet kunnen treden. Denk bijvoorbeeld aan het toepassen van allerlei technologieën om daarmee arbeidsbesparend te kunnen werken en om zo de warme en persoonlijke zorg daadwerkelijk overeind te kunnen houden. Dat doen we niet alleen bij tanteLouise. Dat doen we bij alle ActiZ-leden. Ook bij ActiZ hebben we living labs om te kijken of we die innovatie verder kunnen aanjagen.

Bij tanteLouise doen we dat in tantes Zorglab. U ziet wat voorbeelden op de slide staan. U ziet onder andere de heupairbag, waar we druk mee zijn geweest om ziekenhuisopnames te voorkomen. In de covidcrisis zijn we daar eigenlijk heel blij mee. Bij tanteLouise hebben we door deze heupairbag het aantal heupfracturen met 75% kunnen verminderen. Dat betekent dus ook dat er dan geen ziekenhuisopname is. Daar zijn we nu eigenlijk even heel blij mee. We zijn dus een warm voorstander van het opschalen van dit soort dingen in Nederland.

Dan even een stap terug naar mijn eigen organisatie. Op de slide ziet u in twee diagrammen het verloop van besmettingen, overleden cliënten en herstelde cliënten; in de eerste golf bovenaan en in de tweede golf onderaan. Tijdens de eerste golf is men bij tanteLouise redelijk gespaard gebleven. We liggen in West-Brabant, waar het virus wat minder voorkwam. In Oost-Brabant vonden de grote uitbraken plaats, met name



in Zuidoost-Brabant. Maar in West-Brabant viel het gelukkig enigszins mee. Desondanks waren er toch een aantal uitbraken. Daarom hebben we in mei meegedaan aan het onderzoek van Bianca Buurman en Cees Hertogh over de transmissie in het verpleeghuis bij een van onze grotere uitbraken. U ziet een duidelijke toename van het aantal besmette cliënten in de tweede golf. Daar zal ik even op inzoomen. Die toename doet zich voor in heel tanteLouise, en die wordt voornamelijk verklaard door de grote uitbraak die wij een aantal weken geleden hadden op onze locatie in Bergen op Zoom, Het Nieuwe ABG. U ziet een sterk oplopende rode curve. U kunt zich voorstellen dat mij toen als bestuurder wat schrik om het hart sloeg. Het bleek namelijk dat er van de 168 bewoners in ons verpleeghuis binnen enkele dagen 92 besmet waren met het virus. Navenant vielen ook veel medewerkers uit. In het verpleeghuis was dus niet alleen meer dan de helft niet in goeden doen of gezellig met elkaar invulling aan het leven aan het geven; het verpleeghuis was ook ineens omgetoverd tot een ziekenhuis waarin ongeveer 60 cliënten zuurstof kregen. Er moest een heel magazijn worden opgezet om alle materialen aan te kunnen voeren. Mensen verbleven in isolatie op hun kamer. Dat is een heel andere situatie. Als u bedenkt dat de organisatie die situatie dan ook nog eens tegemoet moet treden met personeelsleden van wie meer dan de helft de cliënten en de locatie niet kent, dan zult u zich het crisismoment kunnen voorstellen dat de organisatie doormaakt. We hebben dat, denk ik, goed kunnen organiseren. Wat we helaas niet hebben kunnen tegenhouden, is dat 29 cliënten zijn overleden. De curve lijkt te tonen dat dit heel geïndiceerd is gegaan. Dat moet ik er even bij zeggen: dit is een uitdraai van onze ruwe data. We gaan onze evaluatie nog doen. Dit zijn de administratieve data. Je ziet dat de overlijdens vaak in groepen gebeuren; in één nacht overlijden bijvoorbeeld zes cliënten. U kunt zich voorstellen wat het voor een verpleeghuis betekent als het versneld van zes cliënten afscheid moet nemen, met alle emotie daarbij.

Aan het einde van de curve, aan de rechterkant, ziet u ineens een soort vreemde haak. Die heeft alles te maken met het aflopen van de isolatiemaatregelen en daarmee met het «hersteld melden» – de groene curve – van de cliënten. Vandaar dat deze curves een merkwaardige haak hebben. Linksonder ziet u een andere curve. Die curve in lichtgrijs toont het verzuim van medewerkers met corona. Daarboven ziet u een andere lijn: medewerkers die positief zijn en niet verzuimen. Denk niet dat wij medewerkers met corona gewoon op de afdeling laten werken. Dat is niet zo. Het gaat hierbij om medewerkers die thuiswerken. Het crisisteam is bijvoorbeeld besmet geraakt. De locatieleiding heeft vanuit thuis gewoon doorgewerkt. Medewerkers van het flexbureau, die ervoor zorgden dat we alle diensten konden vullen, hebben gewoon doorgewerkt vanuit thuis, ondanks het feit dat ze positief waren. Uiteraard waren dat mensen die niet met klachten in bed lagen. Daar letten we uiteraard op. Dat is een voorbeeld waaruit blijkt hoe we proberen om ook in de langdurige zorg de continuïteit overeind te houden.

Een tweede voorbeeld van iets wat we versneld konden gebruiken, is de slimme bril. U ziet die op de volgende dia. Die is in groten getale ingezet. Daar was men al mee bekend, met name in de thuissituatie. Verpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde konden zo met behulp van een iPad vanuit thuis een nieuwe collega of een leerling in de zorgsituatie begeleiden. Zo konden we er toch voor zorgen dat de zorg verantwoord kon doorgaan. Ik vind dat een mooi voorbeeld waaruit blijkt dat een crisis ook innovatie kan helpen. De adoptiesnelheid was verrassend hoog. Op dit moment lijkt het erop dat de tweede golf aan het afnemen is. Dat kwam ook een beetje naar voren uit de cijfers van de heer Kuipers. Daarentegen krijg ik met name van de drie veiligheidsregio's uit Noord-Brabant te horen dat het water hen daar weer echt aan de lippen staat: besmettingspercentages van 30%, 40% in meerdere verpleeghuizen. Dat is eigenlijk het beeld dat ik vanochtend aan u wil overbrengen en daarmee



misschien ook meteen aan een wat breder publiek. De tweede golf is wat ons betreft niet gestopt. Die is nog steeds bezig. Dat zien we ook. Ik ga even door naar een prognosemodel dat wij gebruiken in het RONAZ, in het nieuwe Regionaal Overleg Niet Acute zorg. Dat functioneert in Brabant eigenlijk naast het ROAZ. Wij hebben daar een prognosemodel gemaakt op basis van de data van de eerste golf om te achterhalen hoe we nou met die extra capaciteit moeten omgaan: moeten we in de benen om nog meer capaciteit te organiseren, of zouden we toekunnen met de 200 extra bedden die we nu in de drie Brabantse veiligheidsregio's hebben? In de eerste golf waren dat er 300. Op het piekmoment waren er zo'n 285 in gebruik. Nu zijn er ongeveer 200 operationeel. U ziet na de lijn die op vandaag stopt, drie andere lijnen. De onderste, groene lijn houdt rekening met een R onder de nul. Zelfs dan hebben we de stabilisatie van de 100 bedden nodig. Dat zien we nu dus ook: we zien dat er nog steeds 100 bedden in gebruik zijn. Dat is een teken. Gaat de R iets stijgen, zoals die dat nu doet, dan ontstaat de gele lijn. Nee, sorry, de gele lijn geldt bij een stabilisatie van de R op 1,06. Stijgt de R boven de 1,06 dan zitten we op de rode lijn, en dan gaan we weer naar die 200 toe, de maximale capaciteit. Stijgt de R nog verder, dan moeten we dus weer extra capaciteit gaan organiseren.

Gezien de achtergrond – de personele problemen in de langdurige zorg, de lengte van deze crisis en de vraag hoe we dat nog maanden moeten volhouden – is er aan de ene kant blijdschap, maar zijn er ook wel zorgen over de organisatie van het hele vaccinatieprogramma. Aan de andere kant zijn er natuurlijk ook zorgen over het versoepelen van maatregelen. Want we zien gewoon dat het systeem het niet kan hebben als er meer zorg op ons afkomt. Ik kijk hier even naar de drie Brabantse veiligheidsregio's, maar dat is ook tekenend voor andere regio's in Nederland. Daar wilde ik het bij laten.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank.

Ik geef graag als eerste het woord aan mevrouw Agema. Mevrouw Agema spreekt namens de fractie van de PVV. Zij mag een vraag en een vervolgvraag stellen. Dat geldt voor iedereen. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Gaat het om twee keer in tweevoud, voorzitter? Dat wil dan wel even helder van u horen, want dan mag ik ook vier keer één vraag stellen. Dat mochten mijn collega's de vorige keer wel, maar ik niet.

**De voorzitter:**

Laat ik het zo stellen: u mag in deze ronde twee vragen stellen. We hebben tot ongeveer halfelf. Ik verzoek alle leden een bondige vraag te stellen. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank meneer Kuipers en mevrouw Helder voor hun bijdragen. Verhelderend.

Ik wil een vraag stellen aan meneer Kuipers. Het aantal mensen dat op 3 november was opgenomen in het ziekenhuis, was 2.653. Op 3 december was dat aantal 1.595. Nu zien we een hele snelle toename: gisteren waren 1.700 personen met COVID-19 opgenomen in het ziekenhuis. Gisteravond hoorde ik de heer Gommers in een televisieprogramma zeggen dat er sprake kan zijn van een derde golf. Zojuist presenteerde heer Kuipers scenario 3. Dat is een scenario waarin de R-waarde eigenlijk nog redelijk laag is, namelijk 1,04. In dat scenario zouden er al meer dan 1.350 ic-bedden nodig zijn. Kan hij dat voor mij duiden? Ik vind dat een nogal zorgelijk plaatje. Kan het zijn dat er eind januari sprake is van een code

zwart, als deze omkering en oploop van besmettingen en ziekenhuisopnames doorzetten? Hij is de deskundige. Kan hij dat wat nader toelichten?

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Kuipers.

**De heer Kuipers:**

Ja, natuurlijk, van harte. Op dit moment zien we dat er een geleidelijke stijging is en dat daarmee het plaatje van de overallziekenhuisbezetting eigenlijk weer gelijk is aan dat van acht of negen dagen geleden. Het stabiliseert. Dat liet ik ook in het staafdiagrammetje zien. Dat sluit aan bij de al eerdere toename van het aantal infecties. U weet dat we die twee, drie weken later terugzien in de ziekenhuisbezetting. Dat gaat heel geleidelijk. Er is nu dus geen reden om aan te nemen dat het plotseling enorm zal versnellen, maar het gaat wel omhoog, en dat zal ook nog wel een tijdje duren. Vandaar dat wij er in onze predicties rekening mee houden dat we nog steeds een bovennormale ic-capaciteit nodig hebben en dat die plaatjes erop duiden – het is terecht dat u daaraan refereert – dat je die capaciteit van 1.350 nodig hebt, ook gedurende geheel januari. Even voor een idee: die 1.350 zijn 300 ic-bedden meer dan we normaal hadden. Dat is bijna 30% erbij. Dat betekent wat in termen van het inroosteren van personeel, het inzetten van assistentie, van ic-verpleegkundigen et cetera. Dat gaat nog een tijd duren. Daarmee kom je niet in de code zwart, waar u aan refereert. Die bezetting is nodig voor de opvang van covidpatiënten, maar uiteraard ook om de reguliere zorg zo veel mogelijk doorgang te laten vinden. Dat past nog steeds binnen het 1.350-model, maar het zet de druk er wel heel erg op. U refereert aan de plaatjes die ik aan het eind liet zien en die van de Nederlandse Zorgautoriteit komen. We zitten nu op een lagere bezetting. De ziekenhuizen geven eigenlijk vrijwel unaniem aan dat zij de acute zorg en de urgente zorg kunnen leveren, maar bij de wat langeretermijnplanning deels in het gedrang komen. Ongeveer 75% van hen zegt dat dit nu maar ten dele lukt. Als we weer stijgen naar die 1.350, dan schuiven we ook daar weer op; dan komt meer zorg die voor de lange termijn planbaar is, in het gedrang. Maar de mogelijkheid om de urgente zorg te leveren is er dan nog steeds wel. Dus voorlopig geen code zwart.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Agema? U reserveert uw volgende vraag, begrijp ik. De heer Hijink. Gaat uw gang. U stelt een vraag namens de SP.

**De heer Hijink (SP):**

Dank, voorzitter. We hebben hier vaak gesproken over sturen op de zorgcapaciteit. De Kamer heeft gezegd dat dat eigenlijk niet moet, want als je stuurt op zorgcapaciteit, dan loop je eigenlijk altijd drie weken achter de feiten aan. We zien nu een stijging. En we weten dat, als je niks doet, je over drie weken op een nog veel hogere piek uitkomt. Nu mijn vraag. We zien de ontwikkeling van nu. Wat zou uw advies zijn als het gaat om beleid en maatregelen? Gisteren zagen we op de persconferentie dat er eigenlijk geen extra maatregelen worden aangekondigd. Ik zou graag van u beiden willen horen wat uw advies is, kijkend naar de laatste cijfers.

**De heer Kuipers:**

Om te beginnen: wij zijn er natuurlijk niet voor het maken van het beleid, en het advies moet ook uit het OMT komen. Maar het zal duidelijk zijn dat mevrouw Helder en ik er blij mee zijn dat de discussie over de versoepeling richting de kerst en de feestdagen gezien de huidige ontwikkelingen – de besmettingen en daaropvolgend het aantal ziekenhuisopnames – even van de baan is. Ik denk dat mevrouw Helder dat geheel met mij eens is en dat we dat gezamenlijk zeggen. Want met de huidige

ontwikkeling en een R boven de 1 hebben we daar eigenlijk geen ruimte voor. Het betekent wel dat je bij de nog steeds forse bezetting – dat sluit ook aan bij de vraag van mevrouw Agema van zojuist – weinig speelruimte hebt en dat je heel kort op de bal moet zitten en moet kijken wat de besmettingen en de instroom in de ziekenhuizen nu doen. Ik benadruk dat we daarbij moeten kijken naar de daadwerkelijke getallen: die liggen ruim vier keer boven drempelwaarde.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Aanvullend, mevrouw Helder.

**Mevrouw Helder:**

Ik kan dat alleen maar ondersteunen. We hadden in Brabant de goede hoop dat we het samen met het ziekenhuis zo zouden kunnen sturen dat we én de reguliere zorg konden laten doorgaan én voor het personeel rondom de kerstdagen een zekere pauze konden inlassen, maar we zien dat dit gewoon een wens is en dat dit niet gaat gebeuren. We zouden al heel erg blij zijn als we met elkaar een soort stabiele situatie zouden kunnen creëren. Wij maken het beleid niet, maar wij doen wel echt een oproep. De situatie is en blijft zorgelijk.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De tweede vraag van de heer Hijink.

**De heer Hijink (SP):**

Om op dat laatste punt door te gaan: ik hoorde Diederik Gommers gisteren zeggen dat het ziekteverzuim op sommige plekken tot wel 20% oploopt. Wij schrikken van dat soort cijfers. Ook in de ouderenzorg zien we het ziekteverzuim stijgen. Ik zou graag van u beiden willen weten wat u van de politiek nodig heeft om daar wat aan te doen, aan die druk. Dat heeft natuurlijk met maatregelen te maken. Als je ervoor zorgt dat er minder ziekte is, dan is de belasting voor de zorg ook minder. Wat kan de politiek meer doen om de druk in met name de ouderenzorg en de ziekenhuizen weg te nemen?

**Mevrouw Helder:**

Nou ja, die maatregelen zijn op dit moment gewoon de beste defensie. Als wij de situatie enigszins stabiel kunnen houden, geeft ons dat in ieder geval de gelegenheid om te zorgen dat we niet verder roofofbouw plegen op ons personeel. Ik denk dat dat heel erg belangrijk is en dat we kunnen laten zien dat de zorg een aantrekkelijke sector is om in te werken. Er zijn nu in ieder geval heel veel mensen die belangstelling hebben voor de zorg. En het is ook belangrijk dat we ons uiterste best doen om ervoor te zorgen dat mensen in de zorg kunnen blijven werken. Veel verder durf ik nu niet te kijken, maar dat is in ieder geval waar we op dit moment voor gaan.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Aanvullend, de heer Kuipers.

**De heer Kuipers:**

Ter aanvulling. Eén is dus zoals ik net al zei: voor nu niet versoepelen. Twee is: nadenken over de vraag hoe we mensen kunnen stimuleren om maatregelen beter na te leven en over de vraag of er nou ook mogelijkheden zijn om bijvoorbeeld de beschikbare testcapaciteit zodanig in te zetten dat we nog veel proactiever opsporen. Die mogelijkheden moeten er ongetwijfeld zijn. Dan kun je denken aan risicogroepen en risicogebieden. Misschien helpt dat om het aantal terug te dringen, want uiteindelijk willen we allemaal hetzelfde: we willen dat er altijd capaciteit beschikbaar is als we zorg nodig hebben en we willen ook dolgraag dat er

op een gegeven moment wat versoepeld wordt. Die dingen kun je onder andere bij elkaar brengen door niet te wachten tot mensen bij je komen om getest te worden, maar door misschien heel gericht op zoek te gaan en te gaan testen.

Mag ik tot slot nog even kort de volgende oproep doen? Het gebeurt ook al breed, maar ik blijf dit telkens herhalen. De zorg is er voor mensen als die deze nodig hebben. Het minste wat er dan verwacht kan worden, is dat mensen zich dan ook gewoon in alle vriendelijkheid et cetera gedragen. De agressiviteit neemt echter ook toe op allerlei plaatsen. Ook dat draagt bij aan ziekteverzuim omdat het een extra belasting voor het personeel is.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van den Berg namens de fractie van het CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ook wij danken mevrouw Helder en de heer Kuipers voor hun presentatie. Mijn eerste vraag is voor de heer Kuipers en mijn tweede voor mevrouw Helder. Bijna tussen neus en lippen door meldde de heer Kuipers dat de cijfers ... Voorzitter, mag ik even wachten tot de bel van de plenaire zaal gestopt is?

**De voorzitter:**

Ja, laten we even wachten. Deze bel klinkt een minuut om aan te geven dat de ochtendvergadering in de plenaire zaal begint. We wachten dus even. Dat geeft mij de gelegenheid om te zeggen dat mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren even naar de plenaire zaal is. Zij is dus verontschuldigd.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Voorzitter. Mijn eerste vraag is dus voor de heer Kuipers. Bijna tussen neus en lippen door meldde hij dat de aantallen die hij liet zien anders zijn dan die op het dashboard. We hebben een paar weken geleden ook daarover gesproken. Ik had toen begrepen dat dat was gestabiliseerd en hersteld, maar ik wil daar toch even duidelijkheid hebben. Wat is er nu toch aan de hand?

**De heer Kuipers:**

De ziekenhuisopnamegetallen die op het dashboard staan, zijn niet de getallen vanuit de ziekenhuizen. Mijn pleidooi is al langere tijd: gebruik nou gewoon de getallen die dagelijks uit de ziekenhuizen komen. De ziekenhuizen leveren die iedere ochtend aan. Die zijn actueel, zowel als het gaat om de bezetting als om de instroom. Dan hebt u het reële beeld. Als u bijvoorbeeld kijkt naar de instroom in de afgelopen periode, dan ziet u op het dashboard een dagelijkse instroom van ongeveer 100 patiënten, terwijl het werkelijke getal op 170 ligt, zoals ik heb gezegd. Het verschil is 70% meer. We hebben dat eerder ook al gezien bij het beloop in september, oktober. Je had toen die drempelwaarde, dat bereik van 40 opnames per dag. Daar gingen we in de praktijk op 17 september doorheen. Volgens het dashboard gingen we daar pas rond 9 oktober doorheen. In werkelijkheid lag het aantal opnames toen al in de orde van 150 per dag. Mijn pleidooi is dus: gebruik de reële getallen, want dan zijn we met z'n allen het best geïnformeerd.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, tweede vraag.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Mijn tweede vraag stel ik aan mevrouw Helder. Zij noemde dat er onder andere vanuit KLM en de horeca mensen instromen, maar dat die toch ook heel snel weer vertrekken. In eerdere overleggen over de arbeidsmarkt in de zorg hebben wij ook gezien dat 43% van de nieuwe instroom binnen twee jaar weer vertrokken was. Kan mevrouw Helder nader toelichten wat de redenen daarvoor zijn? Waarom stappen mensen dan weer zo snel op?

Mevrouw **Helder**:

In alle eerlijkheid: als ik dat wist, konden we er misschien beter iets aan doen. Het is een patroon dat we al langer zien. In de ouderenzorg zijn we al heel lang op zoek naar zijinstromers in de zorg. Daar doen we ontzettend ons best voor. In mijn eigen organisatie hebben we jaarlijks meer instroom dan uitstroom; dat lukt ons. Dat lukt ons onder andere door ruim in te laten stromen in de opleiding en dergelijke. Daarbij zien we ook – dat geldt niet alleen voor oudere mensen, maar zeker ook voor jonge mensen – dat mensen vaak een behoorlijke bagage in hun privéleven hebben, waardoor ze het lastig vinden om dat te combineren met een betaalde baan in de zorg, die ook eisen stelt. Dat is één aspect, waar we in de begeleiding proberen zo goed mogelijk iets aan te doen. We hebben speciale adviseurs in huis om mensen te helpen met hun schuldenproblematiek en dergelijke. Dat is een aspect waar ik me zorgen over maak in deze crisis. We hebben nu een gezondheids crisis, maar de economische crisis gaat ook beginnen. Daar zullen onze medewerkers, met name die in de ouderenzorg, ook last van krijgen, omdat partners, kinderen en zichzelf mede daardoor in de problemen zullen komen. Dat is één aspect.

Een ander aspect is dat mensen die in de zorg gewerkt hebben, eruit vertrokken zijn en bijvoorbeeld een baan bij de KLM hebben aangenomen, omdat ze dat toch een aantrekkelijker werkomgeving vinden, en dan kort weer geïnteresseerd zijn in de zorg, maar dat een ander beroep kennelijk gewoon lonkt. Dat zien we ook in de zorg. We zien dat veel mensen een initiële opleiding volgen maar uiteindelijk besluiten om niet in de zorg werkzaam te blijven. Ik kan me er ook wel iets bij voorstellen, in die zin dat we natuurlijk niet onder stoelen of banken steken, ook nu weer, dat de werkdruk in de zorg behoorlijk hoog is, dat er echt een behoorlijk beroep op je wordt gedaan. De mensen die bijvoorbeeld werken met groepen mensen die dementie hebben, zijn eigenlijk lid van een tweede gezin. Zij lopen thuis kans op besmetting met corona, via hun gezinsleden, maar op het werk evenzeer, omdat de zorg echt heel erg in de nabijheid wordt geleverd. Ook dat zijn aspecten die voor mensen meespelen.

Uw collega vroeg net: wat zou uw oproep aan de politiek zijn? Mijn oproep zou zijn om er samen voor te zorgen dat we een aantrekkelijke arbeidsmarkt en een aantrekkelijke sector kunnen zijn, en ook om ons nu al voor te bereiden op de grote zorgkloof die eraan komt. Want die kunnen we niet dichten met meer medewerkers in de zorg. We moeten het dan ook echt hebben over verantwoordelijkheid van burgers zelf. Die bewustwording, hoe we daarmee omgaan in de komende jaren, wordt eigenlijk alleen maar belangrijker.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Stoffer namens de fractie van de SGP. Gaat uw gang.

De heer **Stoffer** (SGP):

Ik heb één vraag aan mevrouw Helder. U geeft aan dat in de langdurige zorg de rek eruit is. Die was er eigenlijk al uit met dat tekort van 50.000 medewerkers. Ik maak me daar best zorgen over en als ik u zo hoor, doet u dat ook nadrukkelijk. De zorg voor ouderen kun je niet afschalen, maar als je kijkt naar de cijfers, zie je dat toch gebeuren; je ziet die op z'n minst

verschralen. De gelukkige cliënt en de gelukkige medewerker die je normaliter probeert te bewerkstelligen, zijn denk ik ver weg. Eigenlijk zegt u: het is echt noodzakelijk dat de vaccinatie snel op gang komt. Maar stel nu eens dat het toch wat langer op zich laten wachten, dat het in Q1 niet helemaal lukt, maar dat het toch wat later wordt. Wat is er dan nodig, als we een paar maanden vooruitkijken, om het toch nog vol te kunnen houden? Kunt u daar wat meer over zeggen?

**Mevrouw Helder:**

Dan kom ik weer bij hetzelfde. U heeft het over Q1. Het kan zijn dat we in Q1 beginnen met vaccineren, maar we zullen zeker niet in Q1 klaar zijn met de brede vaccinatie van de hele bevolking, dus het sturen op maatregelen en op de manier waarop we met elkaar omgaan – geen handen geven, goede hygiëne en afstand – blijft wat mij betreft enorm van belang de komende maanden, tot in de zomer, en misschien daarna ook wel. We hebben nu het geluk dat de influenzagolf en het aantal norobesmettingen – dat is een virus waar we normaal gesproken ook veel last van hebben – in verpleeghuizen wat achterblijven. Dat heeft natuurlijk alles te maken met de enorm scherpe maatregelen. Het is ook de vraag of we dat zo moeten houden, want het is niet meer... Normaal gesproken ga ik inderdaad voor heel gelukkige cliënten, maar als je mensen op een afdeling in quarantaine plaatst, zonder activiteiten, zonder contact met elkaar, dan is dat geen gelukkig laatste deel van je leven. Hierin zullen we het dilemma anders moeten hanteren. We moeten daar een evenwicht in vinden; dat moeten we de komende maanden echt blijven doen. Ik zit hier niet met het idee dat we daar straks in februari ineens met een snelle oplossing van af zijn.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Een korte aanvulling van de heer Kuipers.

**De heer Kuipers:**

Ik denk dat het in dezen verstandig is om telkens in gedachten te houden dat de vaccinatie een aantal verschillende doelen dient. Het eerste doel is heel simpel voor het individu zelf: jezelf beschermen, zorgen dat je überhaupt niet ziek wordt of minder ernstig ziek wordt. Het tweede, net zo belangrijke, doel is zorgen dat de verspreiding ingedamd wordt, omdat iemand die gevaccineerd is, het virus minder kan verspreiden. Het derde is dat door die combinatie ook de druk op de zorg, of dat nou is in de vvt-sector, in de ziekenhuiszorg of in de eerste lijn, minder wordt, waardoor je je in de maatschappij weer meer dingen kunt veroorloven, terwijl er toch toegang blijft tot zorg, als je die nodig hebt, waarvoor dan ook. Dat zijn drie separate doelen en die hebben een verschillend effect. Als je bijvoorbeeld de jongeren vaccineert, doet dat enorm veel op het gebied van verspreiding. Natuurlijk doet het voor hen ook iets in de mate van de ziekte, maar in mindere mate, en het heeft maar weinig effect op de bezetting in de zorg. Zo geldt voor alle groepen iets verschillends, maar het zijn telkens die drie doelen bij elkaar.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Tweede vraag, de heer Stoffer.

**De heer Stoffer (SGP):**

Ik houd het bij één, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dan kom ik bij de heer Van Haga. Gaat uw gang.



De heer **Van Haga** (FvD):

Dank u wel, voorzitter. Er liggen op dit moment maar 478 mensen op de ic. Ik begrijp dat dat vanuit medisch perspectief veel is, in relatie tot de beperkte capaciteit. Maar we zijn nu negen maanden onderweg met corona en we hebben nog nauwelijks iets gedaan aan het opschroeven van die ic-capaciteit. We staan nog steeds onder aan de lijst in Europa, met zeer weinig ic-bedden per hoofd van de bevolking. Heel Nederland zit op slot, sectoren gaan failliet, de economische en medische nevenschade is niet te overzien. Ik heb een vraag aan de heer Kuipers. Vindt u nou niet dat de ic-capaciteit zo snel mogelijk omhoog moet en dat de kosten daarvan marginaal zijn ten opzichte van de nevenschade die we nu ondervinden door de extreem lage ic-capaciteit? De vorige keer zei u: dat is een politiek besluit. Maar u geeft advies, dus ik ben erg benieuwd naar uw advies.

De heer **Kuipers**:

Om het even heel scherp te hebben: wat ik laat zien, is het aantal covidpatiënten op de ic. Daarnaast ligt er, op dit moment, een nog groter aantal non-covidpatiënten op de ic. Als je overall flexibiliteit wilt hebben, betekent dat dat je een capaciteit nodig hebt, zoals mevrouw Agema net vroeg, van zo'n 1.350 ic-bedden. Het is nu 30% meer dan we normaal gesproken hebben. Dat hebben we in een aantal maanden gerealiseerd. Dat is al veel. Als je dat nog veel sneller wilt doen of nog groter wilt maken, is dé beperkende factor niet de beademingsapparatuur, het bed of de infrastructuur, maar het personeel, zoals mevrouw Helder ook aangaf. Dit is geen personeel dat je zomaar even inzet. Het vraagt echt een grondige opleiding. Zelfs als we dat zouden willen, zou ik u in het eerste kwartaal van komend jaar niet meer ic-bedden kunnen leveren, om redenen van personeel en opleiding.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Tweede vraag van de heer Van Haga, die overigens spreekt namens de fractie van Forum voor Democratie; dat moet ik er even bij zeggen.

De heer **Van Haga** (FvD):

Dank u wel. Het is de eerste keer en dat is een groot genoegen, dus dank dat u mij daaraan herinnert. De vraag blijft hetzelfde. We zijn nu negen maanden bezig. Ik begrijp dat de bottleneck het personeel is, maar hoe lang duurt het voordat we de ic-capaciteit mét het benodigde personeel op een acceptabel niveau hebben, dat in lijn is met het gemiddelde in Europa, zodat we op de ic wél 500 mensen, plus natuurlijk non-covid, op een normale manier kunnen bedienen?

De heer **Kuipers**:

Op dit moment bedienen we wat er komt, zoals ik aangaf. We hebben het net even gehad over code zwart: is daar noodzaak toe? Het antwoord is: nu niet, en op korte termijn voorzien we die ook niet, ook als de aantallen geleidelijk weer verder stijgen. Misschien helpt het om even te refereren aan de situatie in Duitsland. De ic-capaciteit, het aantal beschikbare ic-bedden daar, is het vijfvoudige van die in Nederland, maar ook daar moesten maatregelen genomen worden omdat het de pan uitrees. Als je een pandemie zoals deze werkelijk laat lopen, denk ik dat je, welke capaciteit je ook creëert, ergens tegen je grenzen aanloopt. Daarmee zeg ik niet dat we het niet hoeven doen. Dat is ook een politieke keuze. Maar het gaat nu over de beschikbaarheid van ic-bedden. Het kan zijn dat we op een volgend moment dan ook iets moeten creëren voor bijvoorbeeld kinder-ic-bedden, voor dialysecapaciteit of voor...

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Öztürk, namens de fractie van DENK.

**De heer Öztürk (DENK):**

Dank u wel. Mijn vraag is aan mevrouw Helder van ActiZ. De meeste besmettingen in de ouderenzorg komen van buiten, van medewerkers, vrijwilligers of familieleden. In het begin is daar heel onzorgvuldig mee omgegaan: geen testen, weinig materiaal. Daardoor zijn heel veel mensen helaas ziek geworden en overleden. Heeft u op dit moment wel zodanige maatregelen dat de besmettingen die van buiten komen onder controle zijn? Worden de mensen goed getest? Zijn er ook andere maatregelen, zodat onze ouderen niet ziek worden en de ic-zorg flink omhoog trekken?

**Mevrouw Helder:**

Overigens zijn wij voor een deel de ic-capaciteit voor de ouderen in Nederland, want veel mensen die ouder zijn blijven in feite bij ons of komen bij ons. We hebben alle maatregelen op hun plek. Er is voldoende PBM-gebruik. Er zijn ook voldoende maskertjes en dergelijke. Het personeel is goed geïnstrueerd. We proberen het dilemma van wel bezoek/geen bezoek heel erg goed te hanteren, want je kunt mensen ook niet ontzeggen dat ze contact hebben met hun dierbaren. In mijn eigen organisatie heb ik recentelijk weer kunnen zien dat het virus ondanks al die maatregelen toch binnenkomt en zich heel snel kan verspreiden. Dat heeft er natuurlijk alles mee te maken dat het gewoon een hele kwetsbare groep bewoners is en het virus – daarom hebben we er ook zo veel last van in de wereld – heel erg efficiënt is om zichzelf over te dragen van de een naar de ander. Dat is het lastige eraan. Ik denk dus dat we er heel veel aan gedaan hebben, maar desondanks is de realiteit dat we het niet helemaal kunnen tegengaan.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De tweede vraag, de heer Öztürk.

**De heer Öztürk (DENK):**

Nu ActiZ toch hier is, wil ik toch de vraag van de multiculturele samenleving stellen. In hoeverre is ActiZ bezig om de eerste generatie ouderen, toch met taalachterstanden, op te vangen? Ik doel dan ook op hen daadwerkelijk op te vangen in hun eigen cultuur met medewerkers die de zorg kunnen geven. Daarnaast heb ik begrepen dat er een Nationale Zorgklas is. In hoeverre worden die lessen nu online gegeven, zodat toch meer mensen in de ouderenzorg aan de slag kunnen gaan?

**De voorzitter:**

Dank voor uw vraag. Ik weet niet of mevrouw Helder hierop kan reageren. Dit gaat iets breder dan de ontwikkeling van het coronavirus. Mevrouw Helder, wilt u hierop reageren?

**Mevrouw Helder:**

Ten aanzien van het multiculturele aspect: daar hebben we zeker oog voor. Er wordt ook aan gewerkt, ook bij de diverse aanbieders. Als het gaat om de Nationale Zorgklas heb ik de aantallen niet paraat, maar er wordt heel veel gebruik van gemaakt. Dit is een heel groot succes – ActiZ is niet de enige die het georganiseerd heeft – en we moeten er ook vooral mee doorgaan.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Veldman namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik heb een vraag aan mevrouw Helder. Twee weken geleden liet de Minister van Volksgezondheid weten dat hij bij het vaccineren wilde starten met de kwetsbaren in onder andere de verpleeghuizen. Deze week meldde de Minister aan de Kamer dat hij dat toch wat anders wil inrichten en wil starten met het zorgpersoneel. Nou is mijn vraag aan mevrouw Helder wat zij van die beweging vindt, indachtig ook datgene wat de heer Kuipers net zei over de drieslag die erin zit: het individu, de verspreiding en de druk op de zorg, ook weer gekoppeld aan het gegeven dat we vorige week zagen dat in de zorg momenteel 36% van de medewerkers bereid is om direct zich te laten vaccineren en de rest van de groep twijfels heeft. Wat betekent dat voor u als bestuurder? Hoe gaat u daar dan mee om?

Mevrouw **Helder**:

We zouden het liever andersom zien natuurlijk, dat de kwetsbare ouderen eerder worden gevaccineerd. Dat zit ook in de vaccinatiestrategie die is vastgesteld. Maar we hebben wel begrip voor de logistieke uitdaging met het Pfizervaccin, dat in een te grote batch en ook diepgevroren komt. Voor de keuze om gebruik te maken van de logistieke mogelijkheden om het andersom te doen en vrij snel, hopelijk binnen twee, drie weken, ook het andere vaccin aan de kwetsbare ouderen te kunnen aanbieden, hebben we in ieder geval begrip. Ik denk dat we ook daar naar de omstandigheden moeten handelen.

Uw tweede vraag was hoe we omgaan met de vaccinatiebereidheid. Ten eerste is er in de eerste golfvaccinatie, denk ik, voor zo'n 35% van de medewerkers een vaccin beschikbaar. Hopelijk gaan die mensen zich daar snel voor melden. We dringen er ook op aan om te kijken of er een goede registratie kan zijn, een soort afsprakenregistratie vooraf, zodat het heel soepel gaat lopen qua logistiek. We zien ook wel mogelijkheden dat dat inderdaad op GGD-locaties en teststraten, maar dan vaccinatiestraten, gebeurt. Ja, we zien dat de bereidheid voor het vaccineren wat lager is dan je zou hopen. We gaan natuurlijk gewoon goede voorlichting geven. Ook als bestuurder kan ik niemand verplichten om zich te vaccineren. Ik kan mensen wel aanspreken op hun verantwoordelijkheid. Dat geldt niet alleen voor medewerkers, maar ook voor mantelzorgers, want ik zou de medewerkers niet langs een andere lat willen leggen dan alle andere mensen in de samenleving die ook mede voor verspreiding zorgen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Een korte aanvulling van de heer Kuipers.

De heer **Kuipers**:

Ja. Ten aanzien van de drieslag is het in alle nuchterheid even verstandig om opnieuw te kijken dat ten aanzien van vaccineren van kwetsbare ouderen in de verpleeg- en verzorgingstehuizen de bescherming van henzelf de belangrijkste prioriteit is. We hebben nog niet alle gegevens, maar we moeten er rekening mee houden dat die bescherming minder goed is dan wanneer je een jongere vaccineert. Dat geldt dan voor het individu. Dat is niet een reden om het niet te doen, maar het beschermend effect zou minder goed kunnen zijn. Ten aanzien van de verspreiding, de tweede factor van de drieslag, heeft het waarschijnlijk weinig effect. Ten aanzien van de bezetting in de ziekenhuizen heeft het ook zeer weinig effect voor de opname in de vvt-sector. Mevrouw Helder gaf al aan: we zijn onze eigen ic voor deze categorie. Daarmee zeg ik niet dat je het niet moet doen, maar die drieslag afvinkend heeft het ... Ten aanzien van de bereidheid voor de vaccinatie is mijn stellige hoop dat die bereidheid omhooggaat op het moment dat wij het goed uitleggen en ook echt het gesprek erover aangaan. Maar dat medewerkers aan de voorkant, net als iedere Nederlandse burger, zeggen «ik wil echt wel even weten dat het

goedgekeurd is en dat het alle hoepeltjes doorlopen heeft», is volstrekt terecht.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Veldman, tweede vraag. Nee? Mevrouw Diertens, aan u het woord namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ik heb een vraag aan de heer Kuipers. Er zijn heel veel regionale verschillen qua druk op de zorg. Hoe gaat de afstemming tussen ziekenhuizen over de doorgang van de reguliere zorg? Dat is regionaal heel verschillend en die samenwerking is ook heel belangrijk, omdat iedereen eigenlijk recht heeft op dezelfde zorg. Kunt u daar iets meer over vertellen?

**De heer Kuipers:**

Dat gebeurt bij uitstek in datzelfde ROAZ. Dat wil niet zeggen dat het ROAZ daarmee bepaalt welke reguliere zorg doorgang moet vinden, maar wel dat het echt de afspraken maakt over de capaciteit die je beschikbaar hebt, bijvoorbeeld in termen van operatiecapaciteit en beschikbare klinische bedden voor opnames van patiënten die middels een opname geholpen moeten worden, en dus zo nodig ook de afstemming maakt binnen zo'n ROAZ wie de covidpatiënten opvangt. Dat zijn de regionale verspreidingen. Ik liet u al even zien wat het effect is van de landelijke spreiding in termen van bezetting en druk door covidzorg. We zitten wat dat betreft nu al langere tijd in een hele nauwe bandbreedte. Dat moet ieder ziekenhuis in staat stellen om zo goed mogelijk de reguliere zorg op dezelfde manier doorgang te laten vinden, of de patiënt nu binnenkomt in Groningen of Limburg of Amsterdam. Tegelijkertijd wordt dat ook door de Nederlandse Zorgautoriteit gemonitord. Ik liet heel snel even wat dia's zien, maar daar zit nog meer informatie achter op een dieper niveau, bijvoorbeeld beschikbare ok-capaciteit.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De tweede vraag, mevrouw Diertens.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Voor mevrouw Helder. De logistiek van de vaccins van Pfizer kent inderdaad veel uitdagingen; dat hebben we nu net weer gehoord. Ze komen in dozen van 1.000. De eerste gedachte was om toch ouderen als eerste te vaccineren. Wat was de gedachte daarover, toen u dacht «hoe gaan wij dit nu doen»?

**Mevrouw Helder:**

U bedoelt de vaccinatiestrategie die de heer Kuipers noemde? De doelen van de vaccinatie uitleggende, was de gedachte natuurlijk dat de kwetsbare ouderen als eerste konden. Maar die logistiek kent gewoon veel uitdagingen. We hebben geen vrieskisten die op -73°C staan. We hebben ook geen 1.000 ouderen geclusterd op één locatie. Het is dus heel logisch om te zeggen: laten we de eerste vaccins die aankomen, dan voor dat andere doel gebruiken, namelijk de zorgmedewerkers. Is dat uw vraag? Heb ik 'm daarmee goed beantwoord?

Mevrouw **Diertens** (D66):

Het gaat inderdaad om de uitwerking van deze grote aantallen en hoe je daar het beste mee om kan gaan.

**Mevrouw Helder:**

We zijn natuurlijk gewoon om ook jaarlijks de griepvaccinatie te geven aan de bewoners die bij ons wonen. Er zijn overigens ook nog veel bewoners

in verzorgingshuizen onder regie van de huisarts, dus we zullen de komende dagen en weken ook samen met de LHV moeten kijken hoe dat precies gaat lopen. Dat het een zeer ingewikkelde operatie is met militaire precisie, is duidelijk. Aan de andere kant is het doel ook heel duidelijk. Het water staat aan de lippen, dus we willen heel graag dat dit goed gaat en we zullen er ook alles aan doen om daaraan mee te werken.

**De voorzitter:**

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

**Mevrouw Kröger (GroenLinks):**

Mijn vraag is ook aan de heer Kuipers. In de vorige technische briefing hebben we vrij uitvoerig stilgestaan bij een verschillende R en hoe de scenario's voor het afschalen van de reguliere zorg er uitzien. Er was één grafiek die volgens mij op veel mensen heel veel indruk heeft gemaakt: met die bovenste 25% pikzwart. Ik probeer eigenlijk het volgende te snappen. In deze presentatie hebben we die prognoses niet en wordt er eigenlijk alleen maar geprognosticeerd op het aantal ic-bedden. Hoe zit het bij de R waarop we nu zitten en waar we tegenaan kijken, met de percentages afschaling van de reguliere zorg?

**De heer Kuipers:**

Sorry, ik heb de figuur er niet nog een keer bij gedaan. Op dit moment zitten we landelijk in het afschalen van reguliere zorg ongeveer tussen de 10% en de 20%. Wat ik in de dia's aan het eind wel liet zien, met de Nederlandse Zorgautoriteit, was de uitvraag van ziekenhuizen: wat doe je? Dan ziet u dat vrijwel alle ziekenhuizen zeggen dat de acute zorg gewoon doorgang kan vinden en de urgente zorg ook. De minder urgente maar planbare zorg deels. Dat was die derde van de drie dia's die ik toonde. Als je dat terugvertaalt naar die thermometer die ik de vorige keer liet zien, dan zit je tussen de 10% en de 20% reguliere zorg die op dit moment uitgesteld wordt.

**De voorzitter:**

Mevrouw Kröger, uw tweede vraag.

**Mevrouw Kröger (GroenLinks):**

Dat is de actuele situatie, maar mijn vraag ging eigenlijk ook over de prognoses. Want er zijn toen prognoses gedaan wat een R van 0,95 tot 0,85 zou betekenen voor de reguliere zorg tot in januari. Hier werken we met een R van 1,04...

**De voorzitter:**

Dat is ook uw tweede vraag?

**Mevrouw Kröger (GroenLinks):**

Ja.

**De heer Kuipers:**

Excuus als ik een incompleet antwoord geef op de eerste vraag en daardoor ook de tweede vraag gelijk... U kunt wat dat betreft de predicties van de vorige keer doortrekken. Wat ik de vorige keer liet zien, was: wat als er een gestagere verdere afname is? Ik heb bewust nu aan het begin weer diezelfde figuur laten zien, die bijna suggereert alsof die daling zo doorgaat. Maar ik heb daarbij gezegd: u ziet dat we nu eigenlijk een beetje langzaam uit die curve gaan lopen. Als je kijkt naar die overallbezetting, zie je dat de flinke daling die we een aantal dagen hadden, van 10% per week eraf, nu tot stilstand komt. Daarmee moet je voorzichtig aannemen dat we de kant uitgaan dat we echt van die curve gaan afwijken en dat er

waarschijnlijk weer een toename van het aantal patiënten is. Dat zien we al in de instroom, dus dat gaan we straks ook in de bezetting zien. Met andere woorden: het moment waarop je de reguliere zorg weer volledig kunt hervatten wordt alleen maar verder voor ons uitgeschoven, en we kijken nu niet alleen richting januari, maar schuiven direct al door heel januari heen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Tot slot is het woord aan mevrouw Ploumen van de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Terwijl we hier luisteren naar de heldere presentaties liggen er heel veel mensen heel erg ziek in ziekenhuizen, verpleeghuizen of thuis, of hebben te kampen met de naweeën van de covidproblematiek. Dat geldt ook voor zorgpersoneel. Daar zijn natuurlijk ook veel mensen ziek en ziek geweest. Min vraag aan mevrouw Helder is als volgt. Wat kunnen we nog meer doen voor het zorgpersoneel behalve inzetten op de wat langere termijn, zoals u aangaf op een vraag van de heer Hijink? Ik kan me herinneren dat er in maart boodschappenservices en psychologische begeleiding waren. Het ziet ernaar uit dat dit nog wel even duurt, dus is mijn vraag: wat zou u van ons op dat vlak nodig hebben? Wat kunnen we als personen maar ook als politiek doen?

**Mevrouw Helder:**

In de eerste plaats. In het begin werd er geklapt voor de zorg. Ik zeg altijd maar: als je echt wilt klappen voor de zorg, dan moet je je vooral nu aan de maatregelen houden, want dat omlaag krijgen van de R is het beste wat je voor de medewerkers in de zorg kunt doen. Daarnaast, zoals de heer Kuipers net ook al zei: laat alsjeblieft agressieve neigingen achterwege. Het is ongehoord wat er af en toe gebeurt, bijvoorbeeld als bezoek op afdelingen wordt aangesproken. Ik zou ook iedereen die niet gelooft in dit virus maar wel in allerlei andere theorieën, willen aansporen om vooral goed naar het nieuws te luisteren en zich op de hoogte te stellen. Want ook dat maken we mee in de praktijk. Tot slot. We doen op dit moment ook veel zelf, met vitaliteitscoaches, fysiotherapie, sociale begeleiding en dergelijke, om ervoor te zorgen dat we daar goed op kunnen letten. Ook zou het welkom zijn als zorgmedewerkers na een lange dag bij hun boodschappenronde snel langs de kassa kunnen gaan. Dus ik nodig iedereen uit om met leuke ideeën daarvoor te komen.

**De voorzitter:**

Tweede vraag, mevrouw Ploumen?

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Ik zou eigenlijk dezelfde vraag aan de heer Kuipers willen stellen, want ook voor het ziekenhuispersoneel speelt dit ongetwijfeld.

**De heer Kuipers:**

Ik sluit me heel erg bij mevrouw Helder aan. Om een idee te krijgen zal ik hier een beetje inkleuring aan geven. U moet zich voorstellen dat u als verpleegkundige op een afdeling werkt waar covidpatiënten liggen en waar we anders dan in het begin van de eerste golf, toen we aan alles een tekort hadden, er nu heel erg op sturen dat je nog wel op bezoek kunt bij iemand met covid. Daar horen natuurlijk wel beschermingsmaatregelen bij. Maar er zijn mensen die dat weigeren of die de beschermingsmaatregelen voor de vorm wel opdoen, maar op het moment dat ze in de kamer zitten, weer afdoen. En op het moment dat ze daar door een verpleegkundige op worden aangesproken, schelden ze die verpleegkundige uit, terwijl die al in de nachtdienst, avonddienst of wat anders zit en het



hartstikke druk heeft. Dat zijn dingen die we met elkaar niet moeten accepteren. Want het enige wat er vervolgens gebeurt is dat ziekenhuizen en ziekenhuisbestuurders dan zeggen: «sorry, maar zo gaat het niet; dan doen we gewoon de deur dicht. Wij zorgen voor die patiënt en er komt niemand bij, want daar zitten we met z'n allen totaal niet op te wachten». Natuurlijk, de overgrote meerderheid van de mensen doet dat echt anders, maar de voorbeelden zijn in alle instellingen aan de orde van de dag. Mevrouw Helder en ik bevestigen elkaar hierin. Omdat de verhalen steeds meer worden en u van ons enige oproep daartoe hoort, zou het fijn zijn als we alleen daar echt wat aan zouden kunnen doen. Ik heb veel respect voor de medewerkers in de zorg die dit maar blijven doen, eens te meer onder die druk. Dat geldt ook voor de mensen op de Spoedeisende Hulp. Mensen komen binnen met iets en hun wordt simpel de vraag gesteld of ze klachten hebben. Dan komt het veelvuldig voor dat mensen nee zeggen, en blijkt achteraf dat ze klachten hebben en dat ze zelfs al getest zijn en dat ze weten dat ze positief zijn. Dan zijn we echt met iets bezig...

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik denk dat het een helder beeld is dat u hier schetst. Hiermee zijn wij aan het einde gekomen van het eerste blok. Mag ik mevrouw Helder en de heer Kuipers zeer hartelijk dankzeggen voor hun presentatie en de beantwoording van de vragen. Tegen de leden en de mensen thuis: ik schors de vergadering voor een enkel ogenblik. We maken de zitplekken schoon en gaan gauw verder met het tweede blok.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

**Blok 2**

Gesprek met:

- de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM
- de heer Jaap van Delden, programmadirecteur vaccinatie COVID-19 bij het RIVM

**De voorzitter:**

Aan de orde is de technische briefing Update coronavirus. Inmiddels zijn aan tafel aangeschoven de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM, en de heer Jaap van Delden, programmadirecteur vaccinatie COVID-19, ook bij het RIVM. Ik heet beiden hartelijk welkom. Ik zou graag als eerste het woord willen geven aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Aansluitend is het woord aan de heer Van Delden. Voor de mensen thuis wil ik aangeven dat deze presentaties, en ook die uit het vorige blok, weer te vinden zijn op de website van de Tweede Kamer.

Meneer Van Dissel, gaat uw gang.

**De heer Van Dissel:**

Dank u wel. Ik wil u weer een update geven van de stand van zaken met betrekking tot covid in Nederland. Ik zal dat weer doen aan de hand van een presentatie met een aantal slides.

**De heer Van Dissel:**

De meeste komen u in principe bekend voor maar die hebben we natuurlijk geüpdatet.

Allereerst het u welbekende algemene beeld. Het betreft een infectie van de bovenste en lagere luchtwegen met veel potentiële complicaties, die gelukkig weinig optreden. Wat ik hier vooral elke keer update is het aantal wereldwijde besmettingen – dat zijn er inmiddels tegen de 70 miljoen – en

het aantal personen dat eraan is overleden: dat zijn er ruim anderhalf miljoen.

Dan de situatie in Nederland. We hebben vanaf augustus een toename van het aantal gevallen, weergegeven met op de x-as de data en op de y-as de aantallen. U ziet dat in de week van 19 oktober het hoogste aantal is bereikt. Er zijn natuurlijk een aantal momenten van interventies geweest. Daarna is het eigenlijk redelijk snel gedaald tot ongeveer de week van 2 tot 9 november. U ziet dat het daarna gestagneerd is en de laatste week zien we een toename van maar liefst ruim 25%. We weten nog niet precies waar die toename aan toe te schrijven is. Het zou natuurlijk kunnen dat dat een reële toename is, dat er meer contacten en meer infecties zijn. Ook zijn we sinds 1 december – dat is vlak voor die week – de contacten op dag vijf gaan testen, al dan niet met klachten. Dat betekent dat bijvoorbeeld ook personen die een melding krijgen via de corona-app kunnen worden getest. Dat zou zich kunnen vertalen naar meer positieve testen op dat moment. Vanuit de gedragsunit van het RIVM zien we ook dat de testbereidheid toeneemt. Het aantal testen zou op die manier dus hoger moeten zijn. Dat dat ook zo is, zal ik op de volgende slide laten zien. Dat zou dus kunnen betekenen dat we gewoon meer personen binnen de totale groep in Nederland tellen, waarvan we weten dat we een deel eigenlijk nooit in beeld hadden. Dat zou kunnen toenemen. U heeft natuurlijk ook al gehoord dat het wel opmerkelijk is dat het ruim een week na Black Friday is. Dat betekent dus dat de extra contacten die toen optraden, wellicht kunnen hebben geleid tot een toename.

Ten slotte is er het «Sinterklaaseffect». Daarmee bedoel ik dat we weten dat personen zich juist ook weleens laten testen om te weten dat ze negatief zijn – maar daar vallen dan natuurlijk ook altijd een aantal positief geteste personen onder – omdat ze bijvoorbeeld op bezoek gaan bij eventueel kwetsbare familieleden. Dat is een effect dat, als het inderdaad is opgetreden – daarvan zijn we niet overtuigd, maar het zou kunnen dat het zich met kerst en oud en nieuw natuurlijk opnieuw voordoet. Maar het belangrijkste: eerst zagen we een toename, daarna een kentering en een afname, gevolgd door een min of meer stabiel beeld gedurende drie weken, en de laatste week een toename met toch maar liefst 25%. Dat is natuurlijk niet iets waarvan je hoopt dat zich dat blijft voortzetten.

Dan de testen en de positiviteit van de testen. Hierbij opnieuw de data op de x-as en de aantallen op de y-as. Dat zijn twee y-assen. Aan de rechterzijde wordt het percentage positieve testen weergegeven door de lijn. Aan de linkerkant staat het aantal geteste personen per 100.000. Dit is dus genormaliseerd op bevolking. U ziet opnieuw dat de testen zijn toegenomen, daarna iets afgenomen en momenteel weer behoorlijk zijn toegenomen, onder andere door de effecten die ik u net geschetst heb. We zien dat het aanvankelijk ook leidde tot een toename van het aantal positieve testen. Dat ging vervolgens naar beneden toe, tot tegen de 10%. Dat is natuurlijk altijd een gunstige ontwikkeling, zeker als je ziet dat er meer getest wordt, maar minder positief getest wordt. Dat duidt erop dat er een afname is. U ziet in de afgelopen week meer testen, maar helaas ook meer positieve testen daarbij.

In de inzet staat informatie over de zogenaamde XL- en XXL-teststraten, die in Groningen, Den Haag, Utrecht en Breda zijn geopend, waarbij de XL-teststraat in Groningen met name gebruikmaakt van de antigeensneltesten. U ziet dat het percentage positieve testen in de klassieke teststraten nog hoger is dan in die nieuwe teststraten. Zeker waar er alleen gebruik wordt gemaakt van de antigeentest zou je dat misschien ook kunnen verklaren uit het feit dat die antigeentest nou eenmaal wat minder gevoelig is en de PCR-test meer oppakt, wat het verschil tussen die 7,3 en 4,3 verklaart. Bij de andere teststraten loopt het iets door elkaar. Ik moet daar wel aan toevoegen dat het natuurlijk geen toevalverdeling is wie naar welke teststraat gaat. Bijvoorbeeld zorgmedewerkers vinden het

belangrijk dat ze altijd met PCR worden getest, dus die komen dan meer in de klassieke teststraat, en je verwacht bij hen misschien ook vaker een positieve uitslag. Dat zal de onderlinge percentages dus zeker beïnvloeden, maar het is meer om u even een idee te geven. En verder ziet u dat er vanaf november een toename te zien is van het aantal testen dat gedaan wordt met die antigeensneltesten, waar dus een snelle uitslag van beschikbaar is. En dat is inmiddels zo tegen de 2% en dat zal ongetwijfeld verder toenemen.

Dan ook nog even een aantal dia's met betrekking tot de duiding van de aantallen. Het eerste wat ik u wil laten zien, is een analyse gemaakt door de afdeling Statistiek van het RIVM, waarbij er eigenlijk een relatie wordt gezocht tussen de toename die we hebben gezien na de zomervakantie tot de piek en de stedelijkheid. Je kunt je voorstellen dat men in stedelijke gebieden van nature al meer contacten heeft dan buiten stedelijke gebieden, en dat dat misschien een rol heeft gespeeld bij de tweede golf. Dat is eigenlijk wat in deze analyse wordt bevestigd. U ziet de periode zoals gedefinieerd tot de piek linksonder en u ziet rechtsboven uitgezet de stedelijkheid versus het aantal meldingen per dag per 100.000. En dan ziet u bijvoorbeeld Amsterdam, Rotterdam en Den Haag rechtsboven en een provincie of veiligheidsregio als Zeeland linksonder. Het is duidelijk dat daar een redelijke rechte lijn door te trekken is. Met andere woorden: er is een associatie die toeneemt naarmate de stedelijkheid toeneemt.

De grafiek daaronder toont eigenlijk hetzelfde maar op een wat andere wijze. Daar ziet u in verschillende kleuren de mate van stedelijkheid. De grafiek die naar beneden loopt, is het gebied met de grootste stedelijkheid. De onderste grafiek is het gebied met de laagste. U ziet dat ze naar elkaar toe lopen, maar dat aanvankelijk het gebied met de grootste stedelijkheid eigenlijk het meeste bijdroeg en de grootste discrepantie tussen het aantal mensen en het aantal meldingen laat zien. Dus aanvankelijk speelden die steden, en waarschijnlijk dan ook contacten binnen de steden, een belangrijke rol. Maar u ziet eigenlijk dat naarmate we verder kwamen in deze piek, de invloed daarvan terugliep.

Dan hebben we de invloed van de leeftijd. Er is natuurlijk veel geschreven en gepraat over de jongeren. Dat wil ik u met deze slide nog even illustreren. Opnieuw de grafiek van het aantal gevallen, de spreiding over Nederland op de heat map van Nederland, met de rode gebieden, zijnde de plekken waar het de afgelopen twee weken het meest voorkwam. Aan de rechterzijde ziet u de verschillende leeftijdscohorten. Dan ziet u eigenlijk de curves alleen maar binnen dat cohort weergegeven. Er vallen natuurlijk een aantal dingen op. Allereerst valt op dat er in de jongste groep tot 10 jaar heel weinig gevallen zijn. Dat komt natuurlijk ook deels doordat we in die groep gewoon heel weinig testen, ook omdat het weinig oplevert. Maar dat zou het natuurlijk ook iets kunnen beïnvloeden. U ziet dat bij de ouderen vanaf 70 jaar de curves gelukkig een stuk lager liggen dan in de andere leeftijdscohorten en dat die eigenlijk vrij snel weer zijn gestabiliseerd. Maar het is daar natuurlijk ook nog niet helemaal rustig. Met name bij de leeftijdscohorten tussen de 10 en 20 jaar en tussen de 20 en 30 jaar ziet u dat na aanvankelijk een piek er een afname was en dat het eigenlijk weer wat toeneemt. Dat geldt met name voor de groep jongeren tussen de 13 en 17 jaar. Die ziet u hier overigens in een iets ander cohort, maar u ziet wel die toename erin. Maar het is ook duidelijk dat in de andere cohorten die toename optreedt. De absolute bijdrage van de jongeren is dus zeker aanwezig. Dat is echter iets wat niet overdreven moet worden, want u ziet dat het ook in de andere cohorten weer omhooggaat.

We zoomen iets in op dat bron- en contactonderzoek, op wat dat momenteel nog oplevert aan potentiële plekken waar besmettingen plaatsvinden. Dat wordt hier weergegeven. Allereerst blijkt uit de tabel dat we bij ongeveer 45% van de gevallen in dat bron- en contactonderzoek gerelateerde gevallen vinden. Dat doe je nooit bij alle gevallen, maar bij

ongeveer de helft. Wat is dan de setting waar die besmetting potentieel heeft plaatsgevonden? Dat ziet u in de blauwe grafieken linksonder. 52% is in de thuissituatie. Dat is eigenlijk ook wel begrijpelijk. Dan komt dus iemand met een besmetting naar een huishouden terug. Er worden natuurlijk binnen een huishouden geen maatregelen van afstand gehandhaafd, onder andere, en dan kunnen de besmettingen daar worden doorgegeven. U ziet dat dat nog steeds de meest voorkomende plek is waar dat gebeurt. Heel begrijpelijk!

Maar waar doet men dan initieel die besmetting op? Er springen dan eigenlijk drie plekken uit. Dat is de werksituatie. Die is met 14% tot 15% vertegenwoordigd. U ziet dat bezoek van het ene huishouden aan het andere huishouden nog steeds als een belangrijke oorzaak wordt opgegeven. Dat is natuurlijk toch wel even een wake-upcall om dat met kerst goed te regelen. U ziet dat dat in 20% tot 22% de oorzaak is van besmetting binnen het huishouden dat dat bezoek ontvangt. En u ziet dat school en kinderopvang voor 8,5% vertegenwoordigd zijn.

We zoomen in op de school en de kinderopvang. Dan gaan we naar de grafieken helemaal rechts. Wat daar is weergegeven voor twee leeftijdscategorieën – de groep 4 tot 12 jaar en de groep 13 tot 18 jaar – is het aantal clusters, het percentage meldingen dat in een cluster zit. Een cluster is ten minste drie gevallen. Wat u ziet, is dat dat een beetje voortkabbelt. Er zijn gele clusters en er zijn magenta-paarse clusters. Die geven respectievelijk weer wat bij schoolkinderen in het huishouden en buiten het huishouden is opgedaan. U ziet ook dat soms op beide plekken andere gevallen kunnen worden teruggevonden. Dus dan zie je dat wat daar gemeld wordt, in die leeftijdsgroep, ongeveer voor de helft binnen het eigen huishouden wordt opgedaan en voor de helft daarbuiten. Daarbuiten is dan dus regelmatig de school. En van de school weten we dat dat lang niet altijd echt de school is, want die hebben een heleboel geregeld. Het betreft soms ook situaties die rond de school bestaan, bijvoorbeeld het samen naar school gaan, het nablijven als de school is afgelopen of vrije uren. Dus dat is ook weer een complex beeld, waarbij je niet zonder meer een bepaalde setting kunt wegzetten als de meest belangrijke.

Uiteindelijk gaat het om de contacten die iedereen heeft. Hoe meer contacten, hoe groter de kans op verspreiding van het virus. De mate van waarschijnlijkheid kan natuurlijk wisselen, maar veel contacten, ook met een gering risico, zullen uiteindelijk leiden tot een toename van het aantal gevallen. Dat is, denk ik, wat we momenteel zien.

Wat hier weergegeven wordt, zijn de contacten binnen de verschillende leeftijdscategorieën buiten het huishouden. Dan ziet u in de diepgroene lijn de normale verdeling van die contacten, voordat covid optrad. De paarse lijn betreft het aantal contacten dat uit enquêtes volgde. Dat is het zogenaamde PIENTER-onderzoek van het RIVM. Dat doet een hele representatieve steekproef in Nederland. Dan ziet u dat die contacten eigenlijk voor alle leeftijdscategorieën heel erg laag waren. Met andere woorden, men ging daadwerkelijk in een soort zelfisolatie. Dat is heel duidelijk.

Als je dan de volgende metingen in april, juni en september erbij pakt, en met name juni en september, dan zie je dat allereerst de jonge kinderen eigenlijk weer op een normaal aantal contacten zaten ten opzichte van voor de covid, terwijl dat voor de andere leeftijdsgroepen naarmate men ouder werd, steeds minder werd. In de laatste meting in september zie je dat dat niet alleen voor de kinderen tot 10 jaar maar ook voor de tieners geldt, terwijl de overige groepen over het algemeen een intermediair aantal contacten heeft en de oudere groepen een gering aantal contacten. Dat reflecteert waarschijnlijk dat de ouderen en de oudere kwetsbaren toch een zekere mate van zelfisolatie aanhouden.

Dus je ziet het heel mooi terug. Dat zie je bijvoorbeeld ook in die google mobility trends, waarin men op een hele andere manier meet hoe mobiel men is. Ook daar zie je de geweldige afname in maart, de langzame

toename weer tot de nieuwe maatregelen, waarna er opnieuw een afname was. Maar u ziet dat die afname ongeveer tot de helft komt ten opzichte van wat die in maart was, en inmiddels weer een klein beetje begint op te krabbelen. En dat is, denk ik, ook het beeld dat u overhoudt als u buiten rondrijdt.

Op de volgende slide is dat wat uitgesplitst per leeftijdsgroep. Dat is misschien ietsje makkelijker af te lezen, maar opnieuw de vooraf-waarden, de waarden tijdens de zogenaamde intelligente lockdown en daarna de toename, die eerst bij de zeer jonge leeftijdsgroep evident is en daarna ook bij de tieners. En vervolgens ziet u dat naarmate men tot een oudere leeftijdscohort behoort, het aantal contacten is teruggebracht ten opzichte van de periode voor covid. Maar dat is natuurlijk toch een stuk hoger dan in de tijd van de lockdown in maart en april.

Nogmaals, die contacten reflecteren uiteindelijk de kans van overdracht van het virus, ook al kan je dat natuurlijk weer met de maatregelen terugbrengen. Naarmate er meer contacten zijn, zul je altijd meer overdracht krijgen, en dat ziet u hier gereflecteerd.

Dan de situatie met betrekking tot de zorginstellingen. Ik denk dat u daar zojuist al het nodige over gehoord heeft, dus ik zal daar kort over zijn. U ziet hier voor de ziekenhuizen, zowel de verpleegafdelingen als de ic's, het aantal bedden bezet door covid in de eerste fase en tweede fase. Het belangrijkste wat wij hierin zien is dat de afname die we in bedbezetting zagen ook is gestagneerd. We zien zelfs misschien een opwaartse trend. U ziet met de pijlen de zogenaamde signaalwaarden aangegeven. Die waren gebaseerd op de situatie die we aankonden als het twee weken toch toe zou nemen. Die tien ic-bedden per dag zijn daarop gebaseerd. U ziet dat we daar bepaaldelijk nog niet zijn teruggekeerd helaas.

Aan de rechterzijde ziet u de situatie in de verpleeghuizen, zowel het aantal locaties met gevallen als het aantal patiënten. Het aantal locaties is ongeveer 25% van het totaal. Dat is grofweg gelijk aan tijdens de eerste golf. Dat geldt eigenlijk ook voor het aantal personen, bewoners, die positief zijn bevonden. Dat is inmiddels zelfs wat hoger, denk ik. Dat zou ook deels het testbeleid kunnen reflecteren omdat men nu meer positieven zal vinden, ook onder de wat mildere gevallen. Misschien is dat ook deels de reden van de sterftecijfers van het CBS die u rechtsboven ziet. De eerste piek trad op tijdens de eerste golf. Momenteel zien we dat er nog een oversterfte van zo'n 400 per week is. Dat is aanzienlijk lager dan in de eerste golf.

Wat betreft de epidemiologie hebben we het volgende gezien: een toename, een afname gevolgd door stabilisatie en de laatste week toch weer een toename van 25%. Dat zien we terwijl het testbeleid toch zeer ruim is. We zien dat de positieve testen na een dip wel weer wat toenemen. Dat is een ongunstig teken, maar het is wel erg beïnvloed door verschillende factoren, zoals ik net genoemd heb. Er worden wellicht meer mensen getest en de testbereidheid neemt toe. Dat maakt toch dat je altijd met enige mate van onzekerheid die getallen moet duiden. Maar voeg je daaraan het feit toe dat er in de ziekenhuizen en op de ic's ook een stagnatie van de afname is, en de laatste dagen misschien zelfs een toename, dan is dat toch een zeer somber beeld, want we zitten nog lang niet op het niveau waarop we zouden willen zitten. Dat betekent – en daar kom ik zo op terug – dat het totale aantal besmettelijken in Nederland nog steeds behoorlijk hoog is.

Dan hebben we een aantal indicatoren voor de mate van verspreiding. Een daarvan is het reproductiegetal. Dat is een getal dat weergeeft hoeveel nieuwe patiënten ontstaan uit een bestaande patiënt. Als het meer dan 1 bedraagt, betekent dit dat er een toename is van de uitbraak. Onder de 1 is er sprake van een afname. U ziet dat de laatste zekere schatting die we van november kunnen geven, precies 1 is. Dat betekent – voor de duidelijkheid – dat als er nu 100.000 gevallen zijn, we over vier à vijf dagen 100.000 nieuwe gevallen verwachten. Dat ziet u hier voorge-

rekend. Dit geeft het aantal besmettelijken weer. Dat is een zogenaamde prevalentiegraad. Dat wil zeggen dat je daar alle personen die ziek zijn steeds telt. Men is ongeveer zeven dagen ziek. Dat is anders dan wanneer je op één dag bekijkt hoeveel nieuwe gevallen er zijn. Dit is gewoon: hoeveel besmettelijken zijn er nu in Nederland? U ziet dat de laatste schatting aangeeft dat dat er ongeveer 88.000 zijn. Dat u ziet dat deze lijn nog wat afneemt, terwijl u tegelijkertijd denkt «ik heb net gehoord dat de R 1 bedraagt; hoe kan dat dan en waarom is het niet stabiel?» komt doordat de R van 1 van zojuist gebaseerd is op de zogenaamde OSIRIS-getallen – dat zijn de GGD-meldingen – terwijl dit gemodelleerde getal gebaseerd is op de ziekenhuisopnames. Daar zagen we tot heel recent nog een afname. Vandaar dat u ziet dat de lijn knikt, minder enthousiast afneemt, maar wel afneemt.

Wat ik u eigenlijk vooral met dit grafiekje wil tonen, is de inzet: het wat-alstabelletje. Dat geeft namelijk weer wat er zou gebeuren als we ons rond kerst en oud en nieuw wellicht wat minder goed aan de maatregelen houden, waardoor die R-waarde boven de 1 komt in plaats van onder de 1. Even uitgaande van het getal dat we nu hebben, ziet u de gevolgen voor de aantallen waarmee we dan begin januari te maken krijgen. Dan ziet u wat zich met een gemodelleerde R-waarde van 1,5 – wat niet eens zo hoog is, want dat zijn R-waarden die we de afgelopen maanden hebben gezien – tussen december, kerstavond, en de eerste week van januari zal voordoen. Dan heb je tegen het eind van de eerste week van januari met maar liefst tegen de 300.000 besmettingen te maken. Dat is toch – dat wil ik wel benadrukken – geen irrelevant getal als je bedenkt dat zelfs de maartpiek ongeveer de helft hiervan was.

Het punt met de huidige situatie is wat u hier ziet: we hebben nog te veel besmettelijken. Als dat getal aanzienlijk lager zou zijn of worden, want dat zou natuurlijk nog kunnen, dan neemt uiteraard de dramatiek van dat tabelletje ook af, maar dit is wel waar we op dit moment naar moeten kijken, denk ik. Het getal is vooral zorgelijk door het hoge aantal besmettelijken dat zich nog steeds in Nederland bevindt.

Dan wil ik u kort de prognoses van het aantal ic- en ziekenhuisopnames laten zien. Die berekenen wij op iets andere wijze dan collega Ernst Kuipers, die net waarschijnlijk hetzelfde type grafiek heeft laten zien. Ik loop er dus even snel doorheen om u met name de verschillen ten opzichte van eerdere briefings te laten zien. U ziet hier de dagelijkse ic-opnames op de y-as en de tijd op de x-as vanaf het begin van de uitbraak, en de eerste en de tweede piek. Dagelijkse gevallen zijn weergegeven met punten in de grafiek. De verschillende lijnen zijn de modellen die door deze grafiek zijn gefit en gemodelleerd. U ziet dat we als er in september geen maatregelen zouden zijn genomen, de rode lijn zouden hebben gevolgd na de toename in oktober. Mét maatregelen werd het de blauwe lijn. Dat bleek onvoldoende. Daar zijn maatregelen aan toegevoegd, waaronder helaas het sluiten van de horeca. Dat heeft als gevolg dat we nu op de groene lijn zitten. U ziet dat die lijn nog steeds naar beneden afbuigt. Dat komt omdat dit natuurlijk altijd ietsje teruggaat. Hier zit nog niet het effect in dat we net de laatste dagen misschien een toename zien. U ziet al wel dat de lijn geknikt is als gevolg van de stagnatie. De lijn loopt minder enthousiast naar beneden ten opzichte van een aantal weken terug.

Het tweede dat deze lijn toont, anders dan de eerdere die ik u liet zien, is dat het groene gebied rond de lijn is toegenomen. Dat is het onzekerheidsinterval. Dat wil zeggen dat we denken dat het via die dikke groene lijn gaat, maar het is een kans, want het kan ook slechter verlopen. U ziet dat het model eigenlijk aangeeft dat het niet uitgesloten is dat die lijn helemaal stabiel recht gaat lopen. Dat heeft zeker tot gevolg dat we niet medio december bij die tien ic-opnames per dag zijn, wat het uitgangspunt was dat we wilden bereiken. Eerder hoopten we dat nog, maar dat plaatsten we nu in de tweede week van januari.



Dit uitgelegd hebbende, kan ik de volgende wat sneller laten zien. Dit is exact hetzelfde maar dan voor de daadwerkelijk bezette bedden. Dit gaat dus niet over de dagelijkse opname, maar over de bezette bedden. Daar zitten bijvoorbeeld zaken in als opnameduur. Er zit ook in dat leeftijden weleens verschillen en dat oudere mensen langer worden opgenomen dan jongere mensen. Dat wordt hier allemaal in gemodelleerd, maar eigenlijk geeft het hetzelfde beeld: afbuiging van de daling, toename van het onzekerheidsinterval.

Dat geldt niet alleen voor de ic-bedden, maar ook voor de ziekenhuisbedden. Dat ziet u hier weergegeven. Daar ziet u nog meer dat trompet-effect. En van een trompet wordt het steeds meer een trombone aan het eind. Dat is – voor de duidelijkheid – ongunstig, omdat het weergeeft dat het model onzekerder wordt voor wat nou exact de meest waarschijnlijke prognose wordt. Op het gemiddelde ziet u misschien maar weinig gebeuren. Er is weliswaar wat afbuiging, maar ik wil wel benadrukken dat met name de onzekerheid toeneemt. Dat betekent dat het ook weleens anders zou kunnen lopen. Hier is opnieuw de indicator van de 40 ziekenhuisbedden weergegeven. U ziet dat door de knik die signaalwaarde pas op een later tijdstip wordt bereikt. Nou, dan hetzelfde voor de bedbezetting. Eigenlijk hetzelfde verhaal, opnieuw: een knik van de opname en een verbreding van de onzekerheid.

Ten slotte nog voor de verpleeghuizen. Ook daar hetzelfde beeld. Misschien nog wat duidelijker zichtbaar dat daar een knik in lijkt op te treden en opnieuw een toename van het onzekerheidsinterval. Dus dat maakt gewoon dat in de prognoses die wij kunnen geven – dat geldt waarschijnlijk ook grosso modo voor de prognose van collega Ernst Kuipers – de onzekerheid toeneemt. Die onzekerheid is natuurlijk vooral gelegen in het feit hoe we kunnen verwachten dat het aantal gevallen zich de komende weken gaat ontwikkelen.

In ieder geval verwachten we nu al dat met de huidige gang, met gelijkblijvend gedrag, de lijn voor tien ic-opnames niet vóór 16 januari wordt doorbroken. Voor 40 ziekenhuis- en drie ic-opnames ziet u dat dat ook naar achteren geschoven is. U ziet ook, helaas, dat het onzekerheidsinterval rond die data toeneemt en dat het voor drie ic-opnames zelfs inmiddels tot juli uitstrekt, iets wat wij ook helemaal niet willen, maar wat wel de realiteit is van de huidige toename en de stagnatie van de afnames.

Dan wilde ik u nog kort laten zien wat we hebben doorberekend op verzoek van het kabinet met betrekking tot potentiële versoepelingen. Het OMT vond, de getallen ziend, het beeld dermate zorgwekkend en onzeker dat het advies was – dat heeft u, denk ik, inmiddels kunnen lezen – om geen versoepelingen te doen tijdens kerst en oud en nieuw, hoe graag we dat ook zouden willen, omdat er dan toch weer te veel extra onzekerheden in sluipen, en ook wel om het feit dat kerst en oud en nieuw met ongeveer net een incubatietijd van elkaar verspreid zijn. Een toename van besmettingen met kerst zou, met een tweede toename door samenkomsten bij oud en nieuw, nog eens extra geamplificeerd kunnen worden, nog eens extra versterkt.

We hebben een aantal maatregelen doorgerekend: meer bezoek thuis, meer bezoek thuis met restaurants open en verdere opening van culturele instellingen. We hebben ook omgekeerd gekeken of verzwaring van de maatregelen, namelijk het sluiten van de scholen in de eerste week van januari – ofwel allemaal ofwel alleen het voortgezet onderwijs – misschien verlichting zou kunnen geven, als je dat al zou willen. U ziet hier wat curves. Misschien is het niet heel belangrijk om die individueel door te gaan, maar eigenlijk ziet u hier alle situaties weergegeven, namelijk: zonder schoolsluitingen, met in het midden de kolom sluitingen van voortgezet onderwijs. De drie grafieken rechts zijn dan met alle scholen gesloten. U ziet vervolgens de verschillende interventies: geen versoepelingen, meer bezoek thuis, of meer bezoek thuis, restaurants en culturele

instellingen meer open. Wat je eigenlijk ziet is dat er een soort hiccup, een soort hikreactie, een kleine toename ontstaat. Ik moet u daarbij zeggen dat deze versoepelingen zijn gerekend tussen kerst en 2 januari, dus niet met voortgaan na 2 januari, voor de duidelijkheid. U ziet de kleine toename op de paarse lijn. Maar wat u met name ziet – dat is met die pijltjes weergegeven – is dat opnieuw niet de gemiddelde schatting heel erg wordt aangedaan, maar met name dat je onzekerheden gaat stapelen. Onzekerheden hoeven niet te gebeuren, maar kunnen wel gebeuren. Als ze gebeuren, dan ziet u dat dat leidt tot een forse toename van, in dit geval, de ic-opnames.

Dat geldt, op de volgende dia, ook voor de ic-bezetting. Ik kan u eigenlijk dezelfde plaatjes laten zien van de ziekenhuizen. Die heb ik maar weggelaten, maar het is samengevat in deze tabel. Hier ziet u een aantal dingen in de tabel samen. U ziet twee vlakjes die zijn ingekleurd. Dat zijn de referentiewaarden. Dat wil zeggen, alleen maar de twee weken kerstvakantie. Dan ziet u ten aanzien van de verschillende interventies, die de rijen vertegenwoordigen, en de kolommen, die dan al of niet met de schoolsluitingen zijn uitgerekend, de effecten op de signaalwaarden, namelijk tien ic-opnames en 40 ziekenhuisopnames per dag. Hier ziet u voor de tien ic-opnames nog 9 januari staan. Dat komt omdat deze tabel, zoals ik eronder heb weergegeven, gebaseerd is op de getallen tot en met 2 december. Die andere tabel, met 16 januari, was alweer wat langer. Dat verschil komt helaas helemaal door die verdere stagnatie. Dit is eerder uitgerekend, dus u moet het meer zien als indicatief, maar u ziet dat meer bezoek thuis en meer bezoek thuis, restaurants open en culturele instellingen open een verschuiving geeft van uiteindelijk 15 dagen van het passeren van de signaalwaarde. U ziet daaronder het aantal opnames weergegeven, dat van 900 naar 1.030 naar 1.170 gaat. Tussen haakjes ziet u de toename ten opzichte van geen interventie. Bij ic-opnames moeten we ons natuurlijk realiseren dat toch een aanzienlijk aantal van die patiënten komt te overlijden.

U ziet dat het sluiten van de scholen in die zin een gunstig effect heeft dat het kruisen van de signaalwaarde weer iets doet teruggaan, maar eigenlijk helemaal niet zo veel, tot maximaal twee, drie dagen. U ziet dat ook het aantal opnames en het aantal ic-opnames afnemen, maar het is duidelijk dat die schoolsluiting, zoals we het hebben doorgerekend op verzoek, bepaald niet de potentiële toename ten gevolge van openstelling compenseert.

Dit zijn dus de getallen, zoals we dat kunnen modelleren, als we wel meer versoepelingen hadden gedaan uitgaande van de huidige situatie. Ik heb een en ander nog even op schrift samengevat voor deze scenario's. Je hebt de onzekere effecten en het feit dat er in de kerstvakantie meer mix is van huishoudens. Terwijl cijfers over de andere vakanties vooral meer contacten binnen huishoudens representeren, zie je dat de kerstvakantie zelf ook al leidt tot enige toename, maar dat alle versoepelingen daar nog extra ziekenhuis- en ic-opnames aan gaan toevoegen en dat die tegelijkertijd het kruisen van die signaalwaarden naar achteren doen verschuiven.

U ziet opnieuw dat verzwaring van het onderwijs door het voortgezet onderwijs of de scholen voor één week te sluiten een positief effect heeft als u het zo interpreteert dat er wat minder ic- en ziekenhuisopnames zijn, maar als u de getallen boven en onder vergelijkt, moge het duidelijk zijn dat die schoolsluiting voor één week niet kan compenseren wat er extra te verwachten is aan opnames en besmettingen ten gevolge van meer thuisbezoek en de restaurants en de culturele instellingen open. Dit waren uiteindelijk in ieder geval voor het OMT allemaal redenen, ook met de onzekerheid die zich de laatste dagen natuurlijk uitte, om de afweging te maken om toch te wijzen op het grote aantal besmettingen en het grote aantal besmettingen dat je kan verwachten als er een kleine toename van de R-waarde is. Dat heb ik u net in de tabel laten zien. Dat vinden wij

dermate indrukwekkend dat in ieder geval het advies vanuit het OMT was om momenteel geen veranderingen in het beleid aan te brengen. Dan heb ik nog een aantal dia's met betrekking tot het meer langetermijn-perspectief, maar misschien is het goed om die aan de hand van vragen te doen als mijn collega klaar is. Ik wilde het dus hierbij laten.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank voor uw presentatie, mijnheer Van Dissel. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Van Delden voor zijn presentatie.

**De heer Van Dissel:**

Sorry, ik was nog één ding vergeten. Mij is gevraagd om te vermelden dat vanaf volgende week dinsdag de zogenaamde open data niet om 14.15 uur, maar om 15.00 uur worden vrijgegeven. Dat is om een technische reden. Ik noem dat even omdat kranten en ook een heleboel burgers willen rekenen met de getallen. Dat wordt dus ietsje later vanaf volgende week.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank voor deze mededeling. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Van Delden.

**De heer Van Delden:**

Dank u wel. In deze presentatie neem ik u mee in hoe de strategie van vaccineren wordt omgezet naar praktijk. Deze figuur kennen jullie misschien wel. Die geeft eigenlijk het volgende weer. Op enig moment komen er vaccins binnen. Dan moet je per vaccin onder andere kijken naar de eigenschappen daarvan. Is dat meer geschikt voor een grootschalige distributie op een centralere priklocatie, of kan dat ook meer kleinschalig? Dan kijk je naar wat wij het «vaccinatiekanaal» noemen. Langs welke doelgroep of welke professional kan je dat vaccin het beste inzetten? Is dat bijvoorbeeld bij de instellingsarts, of bij een huisarts, of bij een GGD? En natuurlijk is ook de vraag of elk vaccin voor elke doelgroep geschikt is. De Gezondheidsraad heeft hierover geadviseerd vanuit de wetenschap en de ethiek. Daarna is daar een brief over geschreven door de Minister, met een politiek besluit. Uiteindelijk moet het ook praktijk worden. Ik geef u een eerste beeld van hoe we daarmee bezig zijn.

Bij de vaccins speelt een aantal onbekendheden. We zijn al ruim voor de zomer met de uitvoerende partijen begonnen met te kijken hoe we dit straks kunnen vormgeven. Er zijn starten gemaakt met draaiboeken, aanpakken en taakverdelingen. Tegelijkertijd blijven er in de voorbereidingen nog heel veel witte vlekken. Witte vlekken, omdat je wacht op de informatie die bepalend is voor de nadere invulling. Een belangrijke witte vlek heeft vaak te maken met het type vaccin. Ik noemde het net al even. Het is niet bij voorbaat zeker dat elk vaccin voor elke doelgroep even geschikt is. Dat zal moeten blijken uit de beoordeling van het EMA en mogelijk nog aanvullend advies daarover, als er nog witte vlekken in blijven in de beoordeling van het EMA. Dus dat gaat over de geschiktheid: is elk vaccin voor elke doelgroep even geschikt?

Een andere onbekendheid die langzamerhand steeds duidelijker wordt, is: welk vaccin wordt wanneer geleverd? Dan heb je het echt wel nodig dat je echt weet op welke datum in december, januari of februari hoeveel vaccins van welke fabrikant komen. Tot nu toe werkten we veel met «dat komt in het eerste of het tweede kwartaal», maar voor de praktische voorbereiding is dat nog wel een hele ruwe schatting. Wij wachten daarin ook echt op het beschikbaar komen van meer gedetailleerde informatie. Daar kom ik straks nog op terug.

De laatste onbekendheid heeft te maken met heel praktische aspecten van de levering. Dan gaat het bijvoorbeeld om: hoe groot is een verpakking,

hoeveel vaccins zitten er in één verpakking, en natuurlijk – waar ook veel over is gesproken – hoe koud moet een vaccin bewaard worden en hoelang is het houdbaar als het eenmaal ontdooid is? Dat soort zaken wordt nu steeds meer duidelijk. In overleg met alle uitvoerende partijen vertalen we dat bijna dagelijks naar wat het betekent en hoe we daar verder op kunnen inrichten.

Er is nog veel onbekend, maar het is niet zo dat we hier geen ervaring mee hebben. De griepvaccinatie doen we al jaren met deze partijen, de pneumokokkenvaccinatie, recent de meningokokkenvaccinatie, waarbij we zo'n 800.000 kinderen in samenwerking met onder andere de GGD hebben laten vaccineren. Wij bouwen dus zo veel mogelijk voort op de bekende structuren, op bekende samenwerkingsconstructen, rolverdelingen en taakverdelingen. Dan hoeven we zaken niet opnieuw uit te vinden.

Voortbouwend op die basis zijn we nu, op basis van de informatie die steeds beschikbaar komt, de praktijk steeds meer aan het invullen. Iets waar we relatief vroeg mee begonnen zijn en ook vrij ver mee zijn, is de inrichting van de logistiek. In de volgende twee slides wil ik daar kort iets over zeggen. Wat u hier eigenlijk ziet, is hoe we daarmee bezig zijn. Uit drie hoeken wordt straks iets aangeleverd. Dat ziet u links in de kolom. Dat zijn, waarschijnlijk van zes farmaceuten, de verschillende vaccins. Dat zijn, ook van meerdere toeleveranciers, de spuiten en naalden. En dat zijn ook, van andere aanbieders, andere medische materialen, zoals het diluent, de vloeistof die wordt toegevoegd aan het BioNTech/Pfizer vaccin. Dat is allemaal al aangeschaft. We hebben dus vanuit drie typen leveranciers een toestroom van materialen, waarbij ook nog geldt dat voor elk van die toestromen soms meerdere leveranciers zijn, zoals de zes farmaceuten die nu in beeld zijn.

Dat wordt aangeleverd naar opslaglocaties. Die opslaglocaties hebben we in verschillende soorten. U ziet daar in de cirkels de opslag bij verschillende temperaturen. We hebben daar ook een back-up voor. We hebben van die back-up ook weer een back-up. Dus we hebben een behoorlijke veilige insteek van de opslag van alle vaccins, want het laatste wat je natuurlijk wil, is dat er vaccins verloren gaan doordat er onvoldoende opslag is.

Vanuit die opslag wordt vervolgens gedistribueerd naar de professionals die daadwerkelijk de vaccinatie zetten. Die staan hier weergegeven als huisartsen, instellingsartsen, GGD'en, maar ook zorginstellingen. Die distributie is eigenlijk nog een relatief complex iets. Je moet kijken naar wat de verwachte vraag aan vaccins is en die afstemmen met je toelevering. Je wil aan de ene kant voorkomen dat mensen ergens komen en voor een dichte deur staan, omdat er onvoldoende vaccins zijn om daar te vaccineren. Tegelijkertijd wil je voorkomen dat je vaccins hebt uitgereden die dan langzamerhand hun houdbaarheid verliezen terwijl er onvoldoende mensen komen om te vaccineren. Spillage, dus het verlies van vaccins, wil je zo veel mogelijk voorkomen.

Wat hierbij extra ingewikkeld is ten opzichte van veel andere vaccinaties, is dat er bij bijna alle vaccins twee keer gevaccineerd moet worden. Dus op het moment dat je een eerste levering uitdoet, zit je vast aan een tweede levering drie weken later. En niet alleen de levering, maar natuurlijk ook aan de vaccinatie zit je vast. Dus bij de eerste levering zit je vast aan een proces drie weken later, waarbij je dus niet alleen de vaccins uitrijdt, maar ook de tweede doses vast reserveert en ook de spuiten en naalden toelevert. Zo moet je telkens, in een repeterend karakter, een eerste batch uitleveren, die dan over drie weken een vervolg heeft. De volgende dag weer een batch, want je kan niet in één keer alles uitrijden als je verwacht dat je niet binnen die vier dagen de hele doelgroep op die locatie kunt vaccineren. Dit vraagt dus een heel strakke afstemming met de partij die daadwerkelijk de vaccinatie doet en een hele goede inschatting van het aantal mensen dat daadwerkelijk opkomt. Dat weten

we nu nog niet. Dus dat is echt lastig. Dat gaan we zo kortcyclisch mogelijk monitoren en daar gaan we heel flexibel op inspelen. Ik ga even terug naar welke groep als eerste in beeld komt voor de vaccinatie. U heeft kunnen lezen in de vaccinatiestrategie dat het gaat om bewoners van verpleeghuisinstellingen, mensen met een verstandelijke beperking die wonen in een instelling, en de zorgmedewerkers van dezen. We hebben het eigenlijk niet alleen over vaccineren. We hebben het vooral over beschermen. Want als je het personeel van een bepaalde doelgroep vaccineert, dan bescherm je daarmee ook die doelgroep zelf. Dan kijken we naar het vaccin dat als eerste geleverd wordt. Dat is BioNTech/Pfizer. We constateren dat dat vaccin zich eigenlijk niet – in ieder geval nu nog niet – goed leent voor toediening op heel kleinschalige locaties. Dat heeft ermee te maken dat het komt in vrij grote omvang. U moet zich voorstellen dat het in een soort pizzadoos komt, met daarin voldoende vaccins voor bijna duizend toedieningen. Dat is, zoals u ongetwijfeld ook weet, diepgevroren. In die diepgevroren toestand kan het natuurlijk niet toegediend worden. Dus dat vraagt om het te ontdooien en het dan te verspreiden en te vaccineren. Op de plek waar de vaccinatie daadwerkelijk plaatsvindt, is het ongeveer vier dagen bruikbaar. Dat betekent dat we dit vaccin gaan inzetten op meer centrale locaties. Dat betekent vervolgens ook dat je het inzet voor een doelgroep die mobiel is, die je ergens naartoe kunt laten gaan. Dat geldt niet voor het tweede vaccin, waarvan we verwachten dat het snel na Pfizer geleverd wordt, van Moderna. Dat leent zich veel makkelijker voor het kleinschalig aanbieden, bijvoorbeeld in verpleeghuisinstellingen.

Als we dan kijken wat dat betekent. Gister is definitief duidelijk geworden dat wij de eerste levering van BioNTech/Pfizer verwachten vroeg in januari. Dat gaat over ongeveer 550.000 toedieningen. Daarmee starten we het vaccineren van de zorgmedewerkers van bewoners van verpleeghuisinstellingen. Daarin zullen de bedrijfsartsen samenwerken met de GGD. De bedrijfsartsen omdat het een logische groep is om zorgpersoneel te vaccineren, en de GGD omdat ze heel ervaren zijn met het organiseren van meer grootschalige vaccinatiecampagnes. Kort daarna, en daar zal echt wel overlap in zitten in de tijd, zullen we beginnen met het vaccineren van de bewoners van verpleeghuisinstellingen met de vaccins die we beschikbaar krijgen vanuit Moderna. Wij zien dat in principe als één eerste ronde.

Op dit moment richten wij ons op drie grote processen. U ziet dat de streepjes niet precies gelijk aan elkaar lopen. Dat is ook de bedoeling. Het streepje linksboven zegt dat we nu bezig zijn met één groot proces: om de vaccinatie van personeel van verpleeghuisinstellingen te vaccineren met het BioNTech/Pfizer-vaccin. Omdat dat vaccin iets eerder geleverd wordt dan het Modernavaccin, gaat de streep rechtsboven iets verder naar links. Dus eerst zijn we dat aan het voorbereiden en na levering starten we met de vaccinatie. Een ander parallel proces dat nu loopt, is het voorbereiden van de vaccinatie van bewoners van verpleeghuisinstellingen met het Modernavaccin. Dat zal iets later starten, maar zal voor een groot deel parallel lopen aan de vaccinatie van het zorgpersoneel. Ik weet nog niet precies wanneer Moderna geleverd wordt, dus ik hou het even bij deze ruwe inschatting. Tegelijkertijd zijn we natuurlijk bezig met het voorbereiden van alle andere vaccinaties: via de huisartsen, van mensen boven de 60 of mensen tussen de 18 en de 60 met medische aandoeningen. En daarna nog – dat zal de laatste tranche zijn – de vaccinatie van mensen zonder medische indicatie tussen de 18 en de 60 jaar. Dit was mijn laatste sheet. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan geef ik mevrouw Agema graag het woord voor haar vragen. Zij spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank beide heren voor hun presentatie. Ik zou de heer Van Dissel willen vragen naar de conclusies die hij trekt op sheet 19 en sheet 24. Op sheet 19 stelt hij dat het pakket van 15 oktober effectief is. Dat is het pakket van de sluiting van de horeca. Als het gaat om de situaties van mogelijke besmetting met COVID-19 voordat de horeca sloot, zei de heer Van Dissel: we moeten de horeca sluiten, want je hebt daar primaire besmettingen en die nemen mensen vervolgens mee naar huis. Maar op sheet 7 zie je dat het aantal besmettingen bij bezoek in de thuissituatie nu naar 22% is gestegen. Hoewel we eerst een daling zagen in het aantal ziekenhuisopnames, zien we sinds een paar dagen – dat vind ik dus vreemd aan de conclusie dat het pakket effectief is – weer een hele flinke stijging. Mijn vraag is: hoe kan de heer Van Dissel zo stellig concluderen dat het pakket van het sluiten van de horeca effectief is, terwijl we nu zien dat het aantal besmettingen in de thuissituatie zo toeneemt? Heel concreet bedoel ik het volgende. Mensen die gaan winkelen, houden zich aan alle maatregelen. Er zit iemand bij de deur die zegt dat er een mandje genomen moet worden, dat de handen schoongemaakt moeten worden, dat mensen afstand moeten houden. Voorheen gingen mensen daarna dan nog even een kopje koffie drinken in de plaatselijke horeca. De horeca hield zich ook aan alle maatregelen. Er werd zelfs gewerkt met spatschermen en met 1,5 meter afstand tussen de tafeltjes. Maar nu gaan de mensen na het winkelen naar huis. Daar gaan de mondkapjes af. Ze vliegen elkaar heus niet allemaal meteen in de armen, maar ze gaan wel even naar dezelfde wc en zitten aan dezelfde tafel. De 1,5 meter speelt thuis niet zo erg. Ik heb dus vraagtekens bij de conclusie dat het allemaal zo effectief is geweest. Is dat eigenlijk geen misvatting? Is het sluiten van de horeca eigenlijk wel een goede keus geweest, gezien de stijging van het aantal thuisbesmettingen?

De heer **Van Dissel**:

Ik deel de frustratie, als ik het zo mag zeggen, want die voel ik hier een beetje in. Je probeert een heleboel te doen en je ziet dat het aantal besmettingen toch weer toeneemt.

Misschien een aantal punten. Ik toonde een tabel met percentages. Dat zijn letterlijk percentages. Als er daar een wegvalt, omdat bijvoorbeeld de horeca gesloten is – die was eerst prominent aanwezig en is nu nul – betekent dat per definitie dat de andere relatief zullen toenemen. Als we linksonder op een waterbed drukken, gaat het rechtsboven omhoog. Zo is dat nou eenmaal. De horeca was, ondanks het feit dat die alle maatregelen probeerde te nemen om zo veel mogelijk besmettingen te voorkomen, toch een setting waarin de maatregelen moeilijk continu zijn door te voeren. Op grond van het bron- en contactonderzoek zagen we domweg dat besmettingen daar nog steeds optraden, maar dat, als ze optraden, de clusters aanmerkelijk groter waren dan bij de andere groepen. Dat is een belangrijke reden geweest om dat te adviseren. Na dat advies is de daling heel snel, eigenlijk op het moment dat je het verwacht, ingezet. Het is ook niet zo dat we daar als Nederland uniek in zijn, want alle Europese landen hebben dit beleid gevoerd en je ziet dat er, sinds ze dat doen, in alle Europese landen een daling is.

Het frustrerende is nu dat het beeld stabiliseert terwijl de horeca dichtblijft. Dat wil niet zeggen dat het dichthouden van de horeca niet nog steeds een potentieel gunstig effect heeft. Ik denk dat ieders waarneming toch wel zal zijn – dat heb ik hopelijk ook geïllustreerd met het inzicht in het aantal contacten – dat het gewoon drukker wordt op de weg. Ik hoor 's ochtends weleens dat er weer files staan. Dat zijn toch allemaal dingen die we eerder, in maart, niet zagen. Het aantal contacten neemt momenteel gewoon weer toe. Ofschoon de kans per individueel contact gering kan zijn – dat is natuurlijk het vervelende – betekent dat opgeteld uiteindelijk toch dat we in de situatie komen waarin we nu zitten. Je hebt veel



anekdotes, maar het komt er gewoon op neer dat wij bij elk contact het geluk om niet besmet te worden aan onze zijde moeten hebben, terwijl het virus maar één keer geluk hoeft te hebben om weer een volgend geval te veroorzaken. Wij moeten alles dus continu doen en niet 90% van de tijd, helaas, en het virus heeft maar één mogelijkheid nodig om een nieuwe infectie te veroorzaken en dan gaat het door. Ik denk dat u het dus toch zo moet zien dat de huidige stagnatie vooral komt doordat er domweg te veel contacten zijn die resulteren in een besmetting. We hebben natuurlijk ook wel genoeg van al die maatregelen, wat ik me helemaal kan indenken, maar het virus heeft natuurlijk geen moraliteit, dus dat wacht gewoon op een kans om weer over te springen. Daar zien we nu het resultaat van.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb het er niet over of we coronamoe zijn, want dat zijn we allemaal. Dat is de vraag niet. Ik probeer te begrijpen wat er met dit virus gebeurt. Daar zijn eigenlijk al mijn vragen altijd op gestoeld. Als je het breder trekt, zie je toch dat de basismaatregelen die de heer Van Dissel voorstelt... U zit alweer met uw vinger bij het knopje, maar ik was nog niet klaar met mijn vraag.

De basismaatregelen die de heer Van Dissel voorstelt, gelden eigenlijk al sinds maart: geef elkaar bij de begroeting geen hand of geen drie zoenen meer, vrienden worden niet meer geknuffeld, de detailhandel heeft allerlei maatregelen opgelegd gekregen en de horeca ook. De horeca hield zich daar ook heel goed aan, maar toch moesten ze sluiten. De regel van de mondkapjes geldt al sinds 28 september. Ik zie dat die ook heel goed wordt nageleefd in de detailhandel. Maar toch blijft het virus overspringen. Daar keren mijn vragen eigenlijk altijd naar terug. Als de naleving van al die maatregelen uit al die pakketten nou goed is, maar het aantal ziekenhuisopnames toch weer toeneemt, hebben we dan wel het juiste maatregelenpakket? Het maatregelenpakket sluit heel erg aan bij een griepachtig virus, maar moet je niet gaan aansluiten bij een virus dat zich meer gedraagt als mazelen en waterpokken? Het grote verschil is nu dat we heel veel binnen zijn, dat het koud wordt, dat de ramen en deuren dichtzitten. Afgelopen weekend heeft 40% van de Nederlanders in kleine groepjes sinterklaas gevierd, terwijl het koud was, met de ramen dicht en weinig ventilatie. Daar zit mijn grote zorg. Zijn al die maatregelen die worden genomen en die zo vergaand zijn nou wel de juiste? Daar kom ik eigenlijk iedere keer met mijn vraag op terug: is dit wel het juiste maatregelenpakket?

De heer **Van Dissel**:

Ik begrijp uw zorg, maar ik moet toch constateren dat we er in maart zelfs met minder maatregelen in geslaagd zijn om de aantallen veel sneller terug te krijgen dan nu. Dat betekent dus toch dat het niet zozeer ligt aan het maatregelenpakket als wel aan de opvolging die we daaraan geven. Het tweede wat ik toch wel even wil noemen heeft betrekking op uw opmerking over de winterperiode. Daar heeft u helemaal gelijk in. Dat kan ik me goed voorstellen. Tegelijkertijd moeten we ons realiseren dat we niet het enige land zijn dat een toename ziet. In Zuid-Italië en Spanje, waar de weersomstandigheden toch aangenamer zijn dan in Nederland, ging de toename net zo hard, zo niet harder: daar liep het sneller op dan in Nederland. Het kan er dus allemaal aan bijdragen, maar het is zeker niet het enige.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik had eigenlijk nog een vraag voor meneer Van Delden. Sorry, meneer Van Dissel, de volgende vraag aan u zal toch weer twee weken moeten wachten.

Meneer Van Delden, uw laatste sheet is nog te zien op de monitor. Ik mis daarop een tijdbalk. Ik ben heel erg benieuwd hoever u wilt zijn in het

eerste kwartaal. Want als u in het tweede kwartaal pas begint met de mensen die thuis wonen, dan gaan de coronamaatregelen van de heer Van Dissel nog heel lang in de tijd door. Kunt u iets vertellen over de datums bij deze tabel?

**De voorzitter:**

Dank u wel. Meneer Van Delden, gaat uw gang.

**De heer Van Delden:**

Ik ben bij wijze van spreken ook benieuwd naar de data die ik erop kan hangen. Die weet ik nu nog niet, want ik weet nog niet precies welke vaccins wanneer geleverd worden. Dat is natuurlijk toch de start van alles: zonder vaccins kan je niet vaccineren. Ik heb dus nog niet een echte planning op dat niveau uitgewerkt, hoe graag ik dat ook zou willen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Hijink namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

**De heer Hijink (SP):**

Ik had ook een vraag aan de heer Van Delden. Die gaat over het vaccin. We hebben gisteren natuurlijk gehoord dat er in plaats van een miljoen maar een half miljoen komen. Dat is behoorlijk problematisch, want dat is eigenlijk al te weinig om de zorgverleners die we willen vaccineren, te kunnen vaccineren terwijl het wel genoeg is om, als dat logistiek mogelijk zou zijn, alle bewoners in de verpleeghuizen te vaccineren. Is het nou zo dat er logistieke redenen, logistieke problemen zijn of heeft het met de voorbereiding te maken dat we dit vaccin alsnog niet kunnen inzetten in de verpleeghuizen? Als dat zo is, dan gokken we er dus eigenlijk best wel op dat dat andere vaccin op tijd zal komen, terwijl we daar natuurlijk nog maar heel weinig over weten. Was er nou geen manier geweest om het logistiek zo te organiseren, met behulp van wie dan ook, dat dat vaccin wél aan verpleeghuisbewoners kon worden gegeven?

**De heer Van Delden:**

Dat is een hele goede vraag, waar we ons echt wel vaak het hoofd over hebben gebroken: kunnen we de Pfizer vaccins toch niet kleinschalig inzetten? We verwachten echter dat er twee hele belangrijke nadelen zijn waarom we dat niet willen doen. Eén is dat we verwachten dat het dan tot veel spillage zal leiden. Dan heb je wel een relatief grote batch vaccins, maar daarvan moet je dan relatief ook veel weggooien. Ook voor die groep zelf zou dat misschien wel een slechtere bescherming geven dan als we het vaccin met weinig spillage kunnen inzetten voor hun verplegend personeel. Twee is: als we dit zouden doen, vraagt dat dat je het gaat herpakken in kleine hoeveelheden. Dat moet onder gecontroleerde condities. Dat vraagt een voorbereiding die meer tijd kost, waardoor je de facto die groep niet eens heel veel eerder zou kunnen vaccineren dan nu kan met het Modernavaccin. Ze worden dus misschien wel eerder geleverd, maar het kost zo veel tijd om het geschikt te maken voor kleinschalige distributie en vaccinatie dat je naar verwachting de facto ongeveer gelijk uitkomt met de vaccinatie door Moderna. Dan heeft het dus geen toegevoegde waarde. Ik begrijp uw vraag althans als volgt: kunnen we dat Pfizer vaccin niet nog iets eerder inzetten en dan wel voor deze groep? Als dat uw vraag is, is dit mijn antwoord.

**De heer Hijink (SP):**

Ik blijf dat moeilijk vinden. We weten natuurlijk al een aantal weken dat dat Pfizer vaccin het eerste is dat op ons afkomt. We weten ook al heel lang de condities waarin het bewaard moet worden en hoe het verspreid kan worden. Ik reken er dan eigenlijk op dat achter de schermen alle machines

gaan draaien om te onderzoeken of we dat als samenleving, als land voor elkaar kunnen krijgen, desnoods met inzet van het leger en van alle organisaties die grote diepvriezen beschikbaar hebben. Nu nemen we toch een soort gok door te hopen dat het Modernavaccin dan ook maar op tijd komt. We weten ook dat we te weinig vaccins hebben om alle zorgverleners die betrokken zijn bij de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg te vaccineren. We weten ook dat de bereidheid om te vaccineren nog te wensen overlaat; laat ik het zo zeggen. Dan vraag ik me af wat we nu nog zouden kunnen ondernemen, bijvoorbeeld een laatste onderzoek om te kijken of we het toch op een andere manier kunnen doen. Of is dat gewoon echt helemaal geen goed idee?

**De heer Van Delden:**

Ik begrijp uw vraag heel goed, denk ik. We hebben intern echt nog wel drie, vier, vijf keer gevraagd of het niet op een andere manier kon en of we die nadelen konden omzeilen. Op dit moment werken we ook echt aan een procedure om ook Pfizer kleinschaliger te kunnen inzetten. We hebben ook contact met Pfizer: kunnen jullie bijvoorbeeld niet in kleinere batches aanleveren, niet van 1.000 maar bijvoorbeeld van 125? We doen er dus alles aan. Dat is een van de parallelle processen die niet op de slide staan, maar daar zijn we wel mee bezig. Maar we hebben ook moeten constateren dat we voor de levering in januari de draai logistiek niet snel genoeg kunnen maken. Je hebt echt richtlijnen waaraan je je moet houden. Je wilt geen gerommel met vaccins. Je wilt niet al aan de voorkant rommeligheid inbouwen, want het zal evengoed een ingewikkelde operatie worden. Ik deel dus heel erg de behoefte om dit te realiseren, maar dat lukt niet voor de eerste batch. Daarom zetten we Moderna in. We verwachten dat dat misschien een of twee weken later is, wat ook niet zo heel veel later is. Daarmee kunnen we de eerste doelgroep geheel vaccineren, zo is de verwachting. Dit lijkt nu dus het beste. Tegelijkertijd werken we aan een procedure waarin we later ook de levering van Pfizer kleinschaliger kunnen inzetten. Dat zullen we echt zo snel mogelijk realiseren, maar dat zal niet voor de eerste batch van januari zijn.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Mevrouw Van den Berg namens de fractie van het CDA.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Mijn eerste vraag is voor meneer Van Delden en de tweede voor meneer Van Dissel. Ik wil toch nog even doorgaan op wat meneer Hijink net naar voren bracht. In de brief die wij vannacht hebben gekregen staat op pagina 28 inderdaad hoe het wordt aangeleverd, dat er een enorm herpakken van de vaccins in kleinere dozen zou moeten zijn en dat er daarom van wordt afgezien. U gaf net aan dat het ook te maken heeft met de spillage, maar in dezelfde brief staat dat er op basis van de schattingen van het RIVM, ook al doe je het op centrale locaties, rekening moet worden gehouden met een spillage van 10% tot 20%. Dat betekent dat we in plaats van 1 miljoen mensen, maar 800.000 mensen kunnen vaccineren, zelfs als we dat op centrale locaties doen. Ik wil dan toch wel een toelichting hebben waarom er zo veel verlies is.

**De heer Van Delden:**

Ja, dat begrijp ik. Die 10% tot 20% is echt een hele ruwe schatting. We hebben dit nog nooit eerder gedaan in Nederland. Als je kijkt naar de reguliere vaccinaties, bijvoorbeeld de griepvaccinatie, dan is dat veel kleiner, maar daar weet je vrij goed wat de opkomst is en heb je een heel ingeregelde procedure. Ik hoop natuurlijk – we zetten daar alles op alles voor – dat we zo min mogelijk spillage hebben, want je wilt de vaccins gebruiken om te vaccineren en niet om weg te gooien. Maar we weten het gewoon niet. We weten de spillage niet die we kunnen realiseren.

Overigens is Defensie – daar werd even aan gerefereerd – betrokken bij het logistieke proces. Men denkt met ons mee over hoe we dit zo strak mogelijk kunnen doen. Ik hoop dus heel erg dat de spillage minder zal zijn dan 20%, misschien wel minder dan 10%. Daar zetten we alles op in, maar we weten het gewoon niet. Dat is dus een onbekendheid, net zoals de vaccinatiebereidheid. Ook die zal een enorme impact hebben. Dat heeft een enorm hefboomeffect, net zoals de spillage.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De tweede vraag, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Die is ook naar aanleiding van de brief die we hebben gekregen. Op pagina 21 staat dat de algemene indruk op basis van schriftelijke informatie en toezichtbezoeken is dat het merendeel van de testlocaties voldoet aan de uitgangspunten die daarover zijn gesteld. Dat stelt mij niet gelijk gerust: «algemene indruk» en «het merendeel». Ik vraag graag aan de heer Van Dissel of hij dat wat nader toe kan lichten met percentages en of hij kan zeggen wat eraan gedaan zou kunnen worden.

**De heer Van Dissel:**

Ik moet zeggen dat ik de brief niet heb gezien, dus u zal iets moeten toelichten wat u precies bedoelt met betrekking tot de testlocaties en wat daar al dan niet goed zou zijn.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

We hebben er eerder over gesproken dat er toch wel testlocaties zijn waar niet-betrouwbare testen worden gebruikt of waar het niet wordt gemeld. We hebben helaas geen vergunningensysteem, wat op zich natuurlijk mooi zou zijn, maar dit zou met toezicht van IGJ en met de richtlijn beter moeten worden. Als ik deze rapportage zie, word ik daar niet gelijk in gerustgesteld.

**De heer Van Dissel:**

Nu begrijp ik beter wat u bedoelt. U verwijst naar de commerciële testlocaties, anders dan de testlocaties van de GGD'en en de XL- en de XXL-teststraten. Het probleem daarbij is een beetje dat we natuurlijk een indruk willen hebben van hoe groot de totale groep is en dat we uiteindelijk willen – het is tenslotte een meldingsplichtige ziekte – dat de positieve, maar eigenlijk ook de negatieve gevallen worden gemeld. Het RIVM moet dat ontvangen; wij kunnen daar geen invloed op uitoefenen. Dat gaat dan toch via IGJ. Via handhaving moet worden gekeken of dat inderdaad ook gebeurt. Ik neem aan dat verwezen wordt naar de mate van onzekerheid die daar nog in zit. Overigens moet ik toevoegen dat onze indruk is dat het belang daarvan niet groter wordt. Dat heeft een aantal redenen, met name het feit dat de mogelijkheid om een test te doen bij de GGD-teststraten inmiddels zo is verbeterd – je bent snel aan de beurt, het is relatief vlakbij en je hebt tegenwoordig ook heel snel je testresultaat terug – dat we denken dat de mate waarin wordt gebruikgemaakt van mogelijkheden om het tegen eigen betaling te doen toch kleiner zal worden.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Stoffer namens de fractie van de SGP. Gaat uw gang.

**De heer Stoffer** (SGP):

Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel naar aanleiding van de sheet van de heer Van Delden die nu op het scherm staat. Dat zijn mooie parallele processen. Stel nu dat dit loopt volgens de planning zoals we die nu

inschatten. Hoe zou dan de balk daaronder qua maatregelen lopen? Zou meneer Van Dissel iets kunnen zeggen over de afschaling van de maatregelen in Q1, Q2 en Q3? Ik denk dat dat niet alleen mij, maar heel veel mensen in Nederland bezighoudt.

**De heer Van Dissel:**

Dit is een heel interessante vraag. Daar proberen wij ook al op te modelleren. Dat is zeker nog niet klaar, maar ik kan wat algemene factoren noemen. De achtergrond is natuurlijk dat naarmate meer personen in Nederland gevaccineerd zijn, we uiteindelijk naar een groter percentage van de bevolking gaan dat niet meer bevattelijk is voor het virus. Dat kan op twee manieren. Ten eerste door het zelf al te hebben doorgemaakt. We weten uit sero-epidemiologisch onderzoek – met andere woorden, onderzoek naar de aanwezigheid van antistoffen – dat dat inmiddels 10% is en waarschijnlijk al wat hoger. Dat betekent dat zo'n 2 miljoen Nederlanders waarschijnlijk al een natuurlijke bescherming hebben tegen het virus. Zeldzame gevallen van tweede infecties daargelaten, verwacht je dat die, net als bij andere infecties, beschermd zijn tegen herinfectie, in ieder geval gedurende enige tijd.

Als je daar het aantal vaccinaties aan toevoegt, de mensen bij wie het niet door een natuurlijke infectie maar door een vaccinatie is bewerkstelligd, ga je uiteindelijk naar het niveau waarop je de zogenaamde groepsimmu-niteit benadert. We weten dat die bij een ziekte als mazelen echt heel hoog moet zijn. Dat is heel besmettelijk. Daardoor is het R-getal hoog en moeten we tegen de 95% van de bevolking vaccineren om ervoor te zorgen dat het virus niet rond kan gaan. Bij covid weten we dat het R-getal nog steeds hoog is, maar wel een stuk lager: tussen de 2 en 3, zonder maatregelen. Als je het uitrekent, dan betekent dat dat er groepsimmu-niteit optreedt na zo'n 60% tot 70%. Als 10% van Nederland na een natuurlijke infectie en hopelijk nog meer na vaccinatie niet meer bevat-telijk is, dan gaat dat zeker de mate beïnvloeden waarin het R-getal van belang wordt om de verspreiding verder tegen te gaan. Dan kan je als het ware meer vrijheidsgraden introduceren voordat het R-getal boven de 1 komt. We zijn momenteel bezig om te kijken hoe dat zich vertaalt in het afschalen van maatregelen. Maar ik zeg daar wel bij dat je uiteindelijk een behoorlijk percentage moet bereiken en u heeft natuurlijk ook gehoord dat dat nog wel even duurt. Maar dat wordt zeker doorgerekend.

**De heer Stoffer (SGP):**

Ik beperk mij ook hierbij tot één vraag, voorzitter.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan kom ik nu bij de heer Van Haga namens Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

**De heer Van Haga (FvD):**

Dank u wel, voorzitter. Ik las tot mijn verbazing vanochtend in het AD dat het OMT zich zorgen maakt over fakenieuws rondom de PCR-test. Ik heb daar al vaker vragen over gesteld. U heeft inmiddels toegegeven dat een positieve PCR-test geen besmetting is. U heeft ook een keer toegegeven dat de foutmarge bij een lage prevalentie enorm hoog kan zijn en dat er in de meeste gevallen geen aanvullend klinisch onderzoek wordt gedaan. We hebben onlangs van gedachten gewisseld over het verhogen van de cycli, van 30 naar 35, en over het verlagen van het aantal targets, van 3 naar 1. Onlangs is er zelfs door een groep vooraanstaande wetenschappers een retraction paper ingediend bij Eurosurveillance met betrekking tot de Corman-Drosten-paper, waarin de PCR-test volledig onderuit wordt gehaald. Ik kom nu tot mijn vraag. Is het in dat licht niet vreemd dat het OMT hier spreekt van fakenieuws en baart dat retraction paper u geen enkele zorgen? Vindt u niet dat de premier, die maar blijft spreken van

besmettingen, terwijl u juist heeft gesteld dat een positieve PCR-test geen besmetting is, juist gebruikmaakt van fakenieuws?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat vind ik niet. Voor de duidelijkheid: u veegt het nu op één hoop en dat is natuurlijk niet juist. Een PCR-test is niet identiek aan een besmetting. Die is wel identiek aan de aanwezigheid van het virus, maar niet identiek aan ziekte door het virus. Ik denk dat we het daar helemaal over eens zijn. Dat is ook het uitgangspunt van het OMT en dat is helemaal niet in strijd met wat er in die genoemde paper in Eurosurveillance staat. PCR-testen zijn gevoelige testen. Ze tonen de aanwezigheid aan van genetisch materiaal van het virus. Er is uitvoerig gekeken, ook in Nederland, naar de relatie tussen de mate van aanwezigheid van het virus, vastgesteld door de PCR-test, en de besmettelijkheid. Dat kan je onder andere testen door te kijken, als de PCR-test positief is, of hetzelfde monster ook in een celkweek levend virus oplevert. Dat is eigenlijk waar u naar verwijst. Nou, we kennen die verhouding heel goed. We weten dus dat de test bij een bepaald aantal virus, zoals dat zich laat aanschouwen, bijvoorbeeld door de mate van cycli van een PCR-test op een gekwantificeerde PCR-test, in staat is om dat te tonen. We weten heel goed wat de relatie is met virus dat kweekbaar is en daardoor in potentie besmettelijk. We weten ook dat die PCR-test wat langer positief blijft, terwijl de mate van mogelijkheid om besmettelijk levend virus te kweken af gaat nemen. Die relatie is gewoon bekend. Waar wij ons zorgen over maakten en waarom wij het nodig vonden om ons als OMT daarover uit te laten, is dat wij verhalen lezen van personen die zeggen dat de PCR-test onzin is, dat die totaal geen informatie geeft, dat vaststellen met de PCR-test geen enkele betekenis heeft en ga zo maar door. Wij zijn ons zeer bewust van de beperkingen van de PCR-test, maar het is niet voor niks dat voor de PCR-test verschillende Nobelprijzen zijn uitgereikt, want voor de mate waarin het de virale diagnostiek heeft beïnvloed is het gewoon een fantastische test. Iedereen is met u van mening dat ook de kliniek van belang is en dat je moet vaststellen of een positieve PCR-test zich altijd vertaalt naar besmettelijkheid. Dat zijn allemaal dingen die we waarschijnlijk net zo graag willen weten als u. Maar van de paper en de roep om retractie willen we ons echt ver distantieëren, en dat hebben we met deze zin in deze brief gedaan.

De **voorzitter**:

Uw tweede vraag, meneer Van Haga.

De heer **Van Haga** (FvD):

De tweede vraag borduurt voort op die van mevrouw Agema. De heer Van Dissel heeft in een eerdere presentatie harde cijfers gegeven over het aantal besmettingen dat plaatsvond in de horeca. Toen noemde hij het getal van 2,6%. Dat was op dat moment echt marginaal. Er was eigenlijk geen enkele reden om de horeca dicht te doen. Zoals mevrouw Agema net al zei, was er enorm geïnvesteerd in maatregelen. De schade door het dicht doen van de horeca is enorm. We zien nu ook geen enkel effect in de cijfers. Moeten we dan niet concluderen dat het sluiten van de horeca echt een zinloze actie is geweest die geen enkele invloed heeft gehad op het bestrijden van dit virus?

De heer **Van Dissel**:

Nee, die conclusie is compleet onjuist. De horeca was geen 2,6%. Het liep op. Als u in onze rapportages kijkt die elke week uitkomen, dan ziet u dat dat percentage juist toenam naarmate de besmettingen toenamen. Het gaat er niet om dat wij de horeca niet zien zitten, maar we moesten constateren dat het belangrijke bij de horeca helaas was dat de clusters die daar optreden over het algemeen groter waren dan de andere clusters.



Het betrof gewoon meer personen. Dat betekent, ook al is het percentage besmettingen misschien lager dan van het thuisbezoek, dat de consequenties voor de primaire verspreiding en vervolgens secundaire verspreiding in huis vele malen hoger zijn. U zegt dat het sluiten van de horeca geen effect heeft. Dat bestrijd ik. We hebben gezien hoe snel de aantallen daalden. We hebben het net al gehad over het feit dat het niet doordaaft. Daarvoor zien we een heleboel andere redenen. Uiteindelijk komt dat toch weer door het oplopen van contacten. Ik wil u er wel aan herinneren dat alle Europese landen, en niet eens alleen Europese, er door het sluiten van de horeca in geslaagd zijn om de uitbraken in hun land te keren. Er is geen enkel land dat denkt ... Voor de duidelijkheid: wij hebben veel contact met internationale collegae en met hen spreken we dit soort maatregelen natuurlijk ook door. Wij willen immers niemand ten onrechte schaden, integendeel. Alle Europese wetenschappelijke lichamen zijn van mening dat daar gewoon een hele belangrijke bron van overdracht is, helaas. Ook al probeert men daar een hoop te doen, er zijn toch een heleboel factoren die daar samenkomen die maken dat het echt potentieel bronnen van verspreiding zijn die je met het sluiten wegneemt. Dat vertaalt zich, ook in Nederland, in de afname die we gezien hebben.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan geef ik nu het woord aan de heer Öztürk namens de fractie van DENK. Gaat uw gang.

**De heer Öztürk (DENK):**

Ik wil even doorvragen op dit punt. U zegt: in de horeca zijn er clusters. Maar na twee maanden daalt de grafiek niet, dus misschien hebben we het hoogtepunt van de maatregelen bereikt. Misschien moeten we maatregelen in de horeca treffen zodat die excessen niet meer plaatsvinden, want een mens heeft gewoon contact nodig. Als er geen contact in de horeca mogelijk is, dan gebeurt dat in de thuissituatie. U zegt zelf dat de virusoverdracht in de thuissituatie het grootst is. Het kabinet dwingt mensen met deze maatregel min of meer om andere contactmomenten te zoeken. Is er niet een mogelijkheid om toch dieper onderzoek te doen naar het effect van de horecasluiting op de contactmomenten elders? Dit zal de grafiek uiteindelijk niet laten dalen. We zullen dus met iets zwaardere maatregelen de horeca open moeten houden.

**De heer Van Dissel:**

U heeft gelijk: you get what you select for. Als je de horeca sluit, dan zal het virus... Ik noemde de filosofie net al. Wij moeten elke keer het geluk aan onze zijde hebben en het virus maar één keer. Je zal altijd zien dat andere plekken dan meer naar voren komen als locaties waar verspreiding plaatsvindt. Dat kan niet anders. Maar dat betekent niet dat het sluiten van de horeca niet nog steeds effect heeft. Alleen, het probleem verschuift zich naar de volgende kritische factor in de keten en daar moet je wat ons betreft naar kijken.

Ik heb het vaker genoemd. In maart hadden we dit probleem niet. De maatregelen die we toen namen, waren eigenlijk grotendeels gelijk aan de maatregelen die we nu nemen. We houden er rekening mee dat iedereen in een heleboel situaties zijn best doet om besmettingen te voorkomen. Daarom zijn er nu nog een heleboel dingen open, zoals contactberoepen en dergelijke. Die waren in maart ook dicht. Maar we hebben moeten constateren dat die toch weinig bijdroegen. Als we naar de hiërarchie keken van wat het meeste bijdroeg, stond de horeca gewoon hoog. Dat kwam enerzijds door de toename van het percentage besmettingen dat daaraan refereerde en anderzijds door het aantal dat besmet werd per besmetting: de grootte van de clusters. Wat we mijns inziens nu moeten doen, als we kijken naar het totale effect, waar het gunstige effect van de horecasluiting wat mij betreft nog steeds in zit, is inzetten op het nog

beter laten verlopen van de andere contacten. Blijkbaar nemen mensen gewoon meer... Ik wil niet zeggen «risico's». Ik kan me heel goed voorstellen dat iedereen dat doet omdat je al die maatregelen zat bent, maar dat vertaalt zich dan wel weer in meer besmettingen. Het geniepige van het geheel is het volgende. Ook al is de kans per keer misschien klein, als steeds meer mensen zich net ietsje meer vrijheden veroorloven, hoe begrijpelijk ook, zie je dat de kans op meer besmettingen uiteindelijk toch toeneemt. En daar kijken we nu naar.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De laatste vraag van de heer Öztürk.

**De heer Öztürk (DENK):**

Ja, mijn laatste vraag. Ik wil het toch over het medicijn remdesivir hebben. Ik zou graag willen weten of het RIVM of de ziekenhuizen zelf data hebben bijgehouden over het effect van dat medicijn op mensen met COVID-19 en of ze hierover cijfers kunnen publiceren. Als blijkt dat het niet werkt, waarom zou het medicijn dan alsnog gebruikt moeten worden? Er zijn verschillende onderzoeken. Het is een duur medicijn en het is schaars. Ik zou toch van het RIVM een advies willen horen. Is er een onderzoek naar het effect in Nederland?

**De heer Van Dissel:**

Er valt veel te zeggen over remdesivir, maar ik denk dat ik gewoon bij mijn plek moet blijven. Het RIVM en het OMT gaan over de publieke gezondheid en niet over de curatieve, individuele zorg, waar dit aspect over gaat. Ik weet wel dat er in Nederland een aantal studies zijn verricht en dat er ook is meegewerkt aan studies van de WHO, die uiteindelijk tot de conclusie komt dat ze daar eigenlijk geen indicatie voor ziet. Verder ligt dit op het domein van de individuele arts, die een behandeling moet instellen voor een individuele patiënt. Dat is niet de rol van het RIVM.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

**Mevrouw Van Esch (PvdD):**

Dank u, voorzitter. Ik heb twee vragen aan de heer Van Dissel, die hier kort aan voorafgaan. Ik had een paar weken geleden gevraagd hoe het staat met het onderzoek van het RIVM naar de correlatie tussen luchtverontreiniging en COVID-19. Dat antwoord heb ik nog niet. Ik heb de vorige keer ook gevraagd naar de cijfers wat betreft onderliggende ziektes en onderliggend lijden. U gaf toen aan dat u dat zou meenemen in de presentatie, maar ik heb dat nu niet gezien. Zou u het mij anders misschien apart kunnen toesturen, zodat ik het op die manier kan meenemen?

Dan kom ik tot mijn vraag, want dit waren even kort twee dingen die ik miste in de informatie die was toegezegd. We krijgen te horen dat er vanavond een uitzending komt over de dodelijke Aspergillus-schimmel, die op dit moment rondwaart op de ic. Mensen met COVID-19 hebben tweemaal zoveel kans om te overlijden op het moment dat ze besmet zijn met deze schimmel. Dat zijn verontrustende cijfers. Ik ben benieuwd of u wat kunt zeggen over deze schimmel, over de mogelijke behandeling van deze schimmel en over hoe u denkt dat wij hier, hopelijk, een einde aan kunnen maken.

**De heer Van Dissel:**

Allereerst even uw eerste twee punten. Daar heeft u helemaal gelijk in. Ik zal u voorzien van informatie over onderliggende ziekten. Overigens staat

dat voor de ziekenhuisopnames op de NICE-website. Dat is een openbare website waarop u bijvoorbeeld kunt zien hoe er wordt gescoord op de ic's. Het onderzoek naar lucht vindt plaats. Dat is domweg nog niet klaar. Het enige waaraan u terecht refereert, zijn een aantal analyses die in het buitenland zijn verricht op grond van open data, zoals we die voorzien. Daar kan ik echt nog niks over zeggen, want dat moet nog plaatsvinden. Dan de Aspergillus. Ook daar refereert u aan iets wat zich eigenlijk in het curatieve domein bevindt. Ik kan daar wel even heel algemeen over spreken. Een aantal jaren terug viel op dat er meer zogenaamde schimmelinfecties plaatsvonden bij patiënten met influenza die op de ic's waren opgenomen. Daar is ook een landelijke studie over geweest om te zien hoe vaak dat voorkomt. Gelukkig is dat een zeldzame complicatie, maar eerder zagen we die eigenlijk niet, dus dat is iets wat zich ontwikkelt. Die Aspergillus laat zich over het algemeen behandelen, maar het probleem is dat die soms resistent was. Daarbij speelt een heleboel dat meer in het curatieve domein plaatsvindt. Daarom was men er extra op gespist om te kijken of dat ook zou gebeuren bij covid. Waarschijnlijk hebben de beschadiging van de longen en misschien ook de behandelingen met corticosteroiden daarop een invloed. U weet dat die ontstekingsremmers een positief overalffect hebben, maar u kunt zich voorstellen dat die bij bepaalde personen die zijn gekoloniseerd met die schimmel, juist tot problemen kunnen leiden. Ik denk dat dat nu de situatie is. Het wordt vanuit de ic's opnieuw geïnventariseerd, zoals dat ook voor influenza geïnventariseerd is. Het komt ongetwijfeld terug.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Van Esch.

**Mevrouw Van Esch (PvdD):**

Ik wil nog een vraag stellen over de sheet van de heer Van Dissel die we niet behandeld hebben, over de evaluatie van de werkzaamheid en veiligheid. Ik merk zelf dat wij veel vragen krijgen van mensen die aangeven dat ze zich misschien niet gaan laten vaccineren omdat ze bang zijn voor de bijwerkingen. Ik ben benieuwd of u hier misschien iets over kunt zeggen. Kunnen we mensen voorafgaand al geruststellen? En als er wel bijwerkingen ontstaan of als mensen denken dat ze bijwerkingen hebben, wat kunnen we dan doen om te voorkomen dat mensen dat vaccin niet gaan halen door ongerustheid over die bijwerkingen?

**De heer Van Dissel:**

De informatie met betrekking tot de bijwerkingen weten we zeker op het moment dat alle dossiers worden gepubliceerd vanuit de FDA, vanuit Engeland en vanuit het EMA. Vanuit de FDA is er inmiddels al het nodige beschikbaar via hun website, zo heb ik gisteravond gemerkt. Daar zijn al opmerkingen gemaakt over bijwerkingen, maar ik denk dat wij voor de Europese situatie met name benieuwd zijn naar de EMA-beoordeling. Die zal ongetwijfeld bijwerkingen opleveren die lokaal zijn. Dat kan bijna niet anders, want dat is bij de meeste vaccins het geval. Die moeten natuurlijk worden geregistreerd. Waar ik in de laatste sheet voor pleit, is dat we kiezen voor een goede registratie van de personen die zijn uitgenodigd en de personen die het nemen. Aangezien er wellicht meerdere vaccins gebruikt zullen gaan worden, willen we heel nauwkeurig weten of we de bijwerkingen die optreden – daar zal het Lareb, ons landelijke bijwerkingeninstituut, natuurlijk extra aandacht aan besteden – kunnen koppelen aan een tijdstip en aan het type vaccin dat gegeven is. Dat is eigenlijk waar ik naar verwijs. Bij het EMA ligt de verantwoordelijkheid om werkzaamheid, veiligheid en bijwerkingen te wegen om tot een besluit te komen met betrekking tot registratie. Het is uiteindelijk aan ons om dat dan ook goed bij te houden, zodat als er iets gebeurt, we ook weten bij

welke batches het hoort, bij welk type vaccin, en of het ook redelijkerwijs te relateren is daaraan.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan kom ik bij de heer Veldman namens de fractie van de VVD.

**De heer Veldman (VVD):**

Voorzitter, dank u wel. Volgens mij mag ik nog drie vragen stellen. Ik denk dat die voor de heer Van Delden zijn, maar ik laat het even aan de heren zelf over wie de vraag het best kan beantwoorden. Mijn eerste vraag stel ik naar aanleiding van de keuze om te starten met vaccineren van bewoners van verpleeghuizen, zeg maar onze meest kwetsbaren. De heer Kuipers zei net in het vorige blok dat het bij het vaccineren natuurlijk heel goed is om uiteindelijk te kijken wat de uitwerking is. Hij noemde daarbij een individueel effect, een verspreidingseffect en een druk op de zorg. Hij gaf daarbij aan dat als je kijkt naar bewoners van verpleeghuizen, het individuele effect misschien wat minder is, omdat de werking bij ouderen minder is. Hij gaf ook aan dat qua verspreiding de bewoners van een verpleeghuis natuurlijk niet de grootste verspreiders zullen zijn en dat het ook geen directe verlichting op de medische zorg oplevert. De vraag is: op basis waarvan is die eerste doelgroep een aantal weken geleden dan toch geformuleerd?

**De heer Van Delden:**

Feitelijk is dat een vraag aan de Gezondheidsraad of aan de Minister van VWS, want de keuze van een eerste doelgroep wordt niet gemaakt door het RIVM. De Gezondheidsraad heeft in zijn advies eigenlijk drie strategieën geformuleerd. De eerste is vooral het voorkomen van ziekte en sterfte, de tweede is voorkomen van verspreiding en de derde is voorkomen van maatschappelijke ontwrichting. En de vierde strategie was dan eventueel een combinatie van die eerdere drie. De Gezondheidsraad heeft mede op basis van ethische overwegingen geadviseerd om voor de eerste strategie te kiezen, dus voor het voorkomen van ziekte en sterfte. En daarbij past dan de meest kwetsbare doelgroep. Nogmaals, dit is het advies van de Gezondheidsraad, waar de Minister over heeft besloten. Dat is niet aan het RIVM. Wij blijven dus handelen volgens de lijn: hoe kunnen we zo goed mogelijk, volgens deze prioritering – het voorkomen van ziekte en sterfte bij de meest kwetsbaren – handelen? Die strategie is voor ons het uitgangspunt. Gegeven wat er dan praktisch kan, handelen wij naar die strategie. Maar het is niet aan het RIVM om daar een eigenstandige afweging in te maken. Dat is echt een beleidsbeslissing.

**De heer Veldman (VVD):**

Voorzitter. Dan een tweede vraag. Die stel ik dan maar aan de heer Van Dissel als lid van het OMT, want ik snap de afweging vanuit het RIVM. De tweede vraag heeft ook met die vaccinatiestrategie te maken. In de sheets van de heer Van Delden staat op pagina 2 een lijstje van groepen die prioriteit zouden hebben. Dat klinkt heel aannemelijk, en ook heel logisch. Gevoelsmatig zeg je ook: laten we nou met de meest kwetsbaren beginnen. De vraag is vervolgens: met welke parameters, met welke uitgangspunten meet je dan? Is het denkbaar dat je juist zegt: laten we nou starten met de groep 60-plus, omdat als je het aantal gewonnen levensjaren meeneemt, dat misschien wel maatschappelijk veel meer effect heeft?

**De heer Van Dissel:**

Ik wil hier best over filosoferen, maar ik moet deels herhalen wat mijn collega zei, namelijk dat dit soort afwegingen door de Gezondheidsraad gemaakt wordt. In zijn algemeenheid kan ik natuurlijk wel wat zeggen. Dat

is wat u zelf noemt, maar dat is eigenlijk voor de meeste vaccins gewoon nog onbekend. Er is natuurlijk gemeld – en dat zag ik ook in de FDA-papieren en in het overzicht – dat de vaccins effectief zijn met betrekking tot het voorkomen van ziekte. Dat is natuurlijk ook wat je wil. En ze zijn ook effectief met betrekking tot het voorkomen van ernstige ziekte. Dat is volgens de FDA aangetoond. Overigens moeten ze daar nog een definitief besluit over nemen. Met betrekking tot het public health aspect ben je natuurlijk ook geïnteresseerd of we niet alleen individuele ziekte kunnen voorkomen, maar ook de overdracht van het virus. Deels is die overdracht natuurlijk duidelijk gekoppeld aan ziek zijn. Dus het kan eigenlijk niet anders of het moet daar wel een effect op hebben. Maar de vraag is wel: hoe zit het bijvoorbeeld met milde gevallen? Voorkom je ook dat soort dragerschap van het virus? Die antwoorden heb ik nog niet gezien. Daar zullen we natuurlijk meteen naar zoeken in de dossiers, maar die hebben een grote invloed op hoe u uw vraag stelt en interpreteert. Want als het ene uit het andere volgt of helemaal gedissocieerd is, maakt dat geweldig uit voor de vraag: wat is nou uiteindelijk de slimste manier voor heel Nederland om die vaccins in te zetten? Overigens maakte de Gezondheidsraad deze opmerkingen ook al. Die realiseert zich dat natuurlijk ook, maar ook die moet roeien met de riemen die er nu zijn, en dat is vooralsnog zeer beperkte informatie over wat die vaccins nou precies doen, hoelang ze het doen en of ze het in alle groepen doen. Dat wordt hopelijk allemaal zo snel mogelijk bekend.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De laatste vraag, meneer Veldman.

**De heer Veldman (VVD):**

Ja, mijn laatste vraag waarop het RIVM een antwoord kan geven. Ik lees tenminste in de brief van de Minister dat het RIVM de verantwoordelijke is voor en werkt aan de distributie. Mijn vraag is een vervolg op de vraag die de heer Hijink stelde over de verschuiving van de keuze voor de meest kwetsbaren naar de keuze voor het personeel. Dat zou te maken hebben met het kunnen organiseren van het inenten met de vaccins die als eerste geleverd worden. De heer Van Delden zei net in antwoord op de heer Hijink dat het nu niet snel genoeg lukt om het kleinschalig te verspreiden, zodat er nu logistiek gekozen wordt voor grootschalig verspreiden, maar dat er wel aan gewerkt wordt om het Pfizervaccin zo snel mogelijk kleinschalig te kunnen verspreiden. Dat klinkt als: als we iets eerder waren begonnen, dan had het wel gekund. Mijn vraag aan de heer Van Delden is of er tijdig genoeg begonnen is. Als het antwoord daarop «ja» is, dan blijft de vraag staan hoe het mogelijk is dat het een paar weken later eventueel wel kleinschalig zou kunnen.

**De voorzitter:**

De heer Van Delden, gaat uw gang.

**De heer Van Delden:**

Dat is een goeie vraag. Het lastige is dat wij telkens moeten handelen naar aanleiding van de informatie die beschikbaar komt. Het moment waarop de informatie beschikbaar kwam over wat het vraagt om dit klein te verpakken, gaf ons niet voldoende tijd om dat voor de eerste batch te organiseren. Het is vooral op geleide van het beschikbaar komen van informatie dat we dit voor de eerste batch niet meer kunnen realiseren, maar wel zo snel mogelijk na het leveren van de vaccins van BioNTech/Pfizer in januari.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan kom ik bij mevrouw Diertens namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Voortbordurend op de vraag van collega Veldman van de VVD moet ik uit de antwoorden eigenlijk concluderen dat Minister De Jonge aangaf dat we starten met het personeel in de ouderenzorg, inclusief thuiszorg, omdat dat een ringbescherming zou geven. Maar dat is dus eigenlijk niet bekend. Zodoende kan je ook niet zeggen dat je daarmee verspreiding voorkomt. Mijn vraag is dan ook of dat klopt. Dat wil ik graag even heel expliciet weten.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat daarvoor geldt wat ik net heb gezegd in het antwoord. We zien uit de nu beschikbare informatie dat het in ieder geval beschermt tegen ziekte. Het kan niet anders zijn dan dat zieken in ziekenhuizen ook een bron kunnen zijn van verspreiding. Als je dat voorkomt, dus ook bij zorgmedewerkers, heb je in ieder geval verminderde verspreiding. Wat je nog apart daarvan wilt weten, is of het ook invloed heeft op milde ziektegevallen. Zijn die voldoende gerepresenteerd in de onderzoeken? Dat weten we domweg nog niet. Ik denk dat dat een heel belangrijke factor is voor een goed antwoord op uw vraag.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Dan heb ik nog een andere vraag aan de heer Van Dissel. Ik lees in het OMT-advies en ik zie in uw presentatie dat er een toename van infecties is onder scholieren. U noemt dat minder zorgelijk, maar ik denk dat dit misschien toch zorgelijk is. De Minister meldt ook dat er extra capaciteit is bij GGD-teststraten. Is er een effect te verwachten op de R-waarde als we bijvoorbeeld de laatste dagen voor kerst de scholen laagdrempelige toegang geven tot die teststraten? Dan kunnen we wellicht sneller isoleren. Klopt zo'n redenering?

De heer **Van Dissel**:

Wat ik bedoelde te zeggen om dat iets te relativiseren – laten we dat eerst even benoemen – is dat we zien dat ook in andere leeftijdsgroepen een toename is. We hebben gedurende ongeveer een tot anderhalve week heel even gezien dat het zich echt concentreerde in die groep tussen de 13 en 17, maar inmiddels zit het eigenlijk in alle groepen, zoals ik op slide 3 heb laten zien. Dat betekent dat de absolute hoeveelheid die nu aan school te relateren is ten opzichte van de toename die we elders zien, relatief wat minder is. Dat is eigenlijk relatief wat minder. Dat is wat ik wilde aangeven met het belang daarvan. Desalniettemin testen we waarschijnlijk – daar hebben we aanwijzingen voor – meer kinderen op die leeftijd. Als je meer test, verwacht je eigenlijk ook wel dat je meer gaat vinden, zeker als je ook test bij klachten. Dat zou dus een verklaring daarvoor kunnen zijn, maar we denken eigenlijk ook dat er gewoon een daadwerkelijke toename van incidentie in die groep is. Dan is het altijd nog de vraag in hoeverre zij bijdragen aan besmettingen van andere groepen, omdat we daar met name ziekenhuisopnames en eventueel ook ic-opnames aan moeten toeschrijven. Dat blijft nog steeds een beetje de vraag. Het wil niet zeggen dat als een kind in een huishouden een besmetting heeft, hij altijd de bron van verdere verspreiding in dat huishouden is. Dat moet je allemaal doorrekenen. Vandaar dat ik u ook heb laten zien waar het is opgedaan binnen en buiten huishoudens. Dan ziet u eigenlijk dat het zich ongeveer 50/50 verspreidt. Dat wil dus opnieuw zeggen dat we niet alleen maar de scholen als probleempunt moeten aanwijzen, maar ze zullen ongetwijfeld in bepaalde mate bijdragen. We hebben daarover steeds gezegd: dat herkennen we, dat laten we toe en het betekent ook dat we elders wat harder moeten drukken om de R uiteindelijk onder de 1 te houden.



De **voorzitter**:

Dank u wel.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Zou meer testen dan een oplossing zijn voor die groepen om wat meer tempo te maken om te kijken hoe we moeten isoleren en wie we isoleren?

De heer **Van Dissel**:

Sorry, die vraag voegde u nog toe. Testen is belangrijk, maar testen is geen bestrijdingsmiddel op zich. Je schiet niks op met een test plus of min. Je moet er dan ook consequenties aan geven. We hebben natuurlijk eerder al steeds voorgesteld – dat zijn die basismaatregelen waar hier ook al naar verwezen is – dat iemand met klachten gewoon thuisblijft. Als je kijkt naar het belang van maatregelen, dan begint het altijd met bronmaatregelen: wat kan ik doen om een bron te isoleren? Dat betekent dat als je met klachten thuisblijft, je eigenlijk hetzelfde effect hebt als wanneer je klachten hebt, een test doet, positief bent en thuisblijft. Dat is duidelijk. Met klachten moet je dus thuisblijven. Met klachten van koorts hebben we nog steeds de afspraak dat het hele huishouden thuisblijft. Tegenwoordig hebben we ... Ik zal niet zeggen dat we de luxe hebben, maar we kunnen testen en dus snel vaststellen of het covidgerelateerd is, waardoor het opvolging geven aan de isolatie van de zieke en het in quarantaine gaan van potentieel blootgestelden nog belangrijker wordt. Het helpt dus zeker, maar we zien ook dat meer kinderen van die leeftijdsgroep naar teststraten gaan. De mogelijkheid om dat te doen is er ook.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Kröger namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel over het achtergronddocument bij het advies over het grootschalig testen van personen en wat dat kan bieden. We zien dat we nu eigenlijk in een soort kwakkeloekdown zitten, op een plateau, gestagneerd. Mijn vraag is wat de combinatie van grootschaliger testen, waarover in het OMT-advies wordt geschreven dat het ook de bestrijding kan verbeteren, en het beter faciliteren van de quarantaine zou kunnen doen met de R.

De heer **Van Dissel**:

Als daaraan opvolging wordt gegeven, is dat altijd positief. Met «grootschalig» hebben wij drie situaties onderscheiden die eventueel zouden kunnen. Een daarvan, waar u denk ik naar verwijst, is het sneller in kaart brengen van bijvoorbeeld een onduidelijke situatie van een uitbraak. Daar test je dan grootschalig bij. In bijvoorbeeld Rotterdam gebeurt dat tegenwoordig ook in bussen, waarmee ze wijken in gaan om de drempel zo gering mogelijk te maken. Het helpt uiteraard als men zich dan opnieuw eraan committeert om in isolatie te gaan als de test positief is en het gezin in quarantaine te laten gaan. Dat is iets wat de testbereidheid niet direct beïnvloedt. Uiteraard hoop je dat door grootschaliger te testen en ook personen negatief te testen, je de consequenties als het ware beperkt tot de groep die de meeste effecten heeft. Dat is de groep die positief test. Wij denken dus dat grootschalig testen zinvol kan zijn in situaties waarin er uitbraken zijn in bijvoorbeeld stadsdelen of steden. Dan kan het iets toevoegen, mits men zich houdt aan de regels die gelden als je positief test.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Laatste vraag, mevrouw Kröger.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Dat is dan misschien een combinatie van twee vragen, voorzitter. In de stukken die bijgevoegd waren over de afschaalstrategie, waarin het gaat over de vraag wanneer we weer naar het niveau waakzaam kunnen, lees ik dat dat is bij drie ic-opnames. Ik hoor ook dat de heer Van Dissel concludeert dat dat wellicht tot 18 juli kan duren. Dan heb ik toch de volgende vraag. Grootschalig testen heeft nut bij een uitbraak. Heel Nederland is nu de facto één grote uitbraak. Wat kan de combinatie van grootschalig testen en het faciliteren van de quarantaine doen met de R waardoor dat niveau waakzaam eerder bereikt kan worden dan 18 juli?

De heer **Van Dissel**:

Dan kan testen daarvan onderdeel zijn. U trekt het nou naar heel Nederland, maar wij geven in hetzelfde document aan dat we denken dat daar de tijd nog niet rijp voor is. Het gaat dus met name om de situatie waarin bijvoorbeeld een stad ervaart dat er veel meer gevallen zijn, zoals we aan het begin van deze tweede golf hadden. In zo'n situatie kan grootschaliger testen en het lokaal en laagdrempelig aanbieden van testen een gunstig effect hebben. Dat heeft dan niet zozeer een verlaging van de R tot gevolg. Dat gebeurt natuurlijk alleen maar als men daaromheen ook in isolatie en in quarantaine gaat. Daar kan je nooit omheen. Dat het zo lang duurt voordat we daardoorheen gaan, komt omdat we ons onvoldoende aan onder andere die laatste afspraken houden. En dat komt ook omdat mensen soms toch met klachten en zelfs met een positieve testuitslag nog naar het werk gaan. We weten uit gedragsonderzoek en uit analyses van clusters hoe vaak dat gebeurt. Daar ligt natuurlijk de bottleneck. Dat los je niet op door meer te testen. Want als je dan niks doet met de testuitslag geeft dat uiteindelijk geen verlichting. Het gaat er dus om dat je groepen die nu misschien minder makkelijk bereikt worden, makkelijker bereikt. Dat kan soms door het lokaal aanbieden van testen, letterlijk op de straathoek. Daarmee experimenteert bijvoorbeeld het Erasmus in Rotterdam. Daaruit kun je dan een positieve testuitslag krijgen, waaraan je dan natuurlijk wel de consequenties moet geven die daarvoor in z'n algemeenheid gelden. Anders ga je nooit het gewenste effect zien. Ik denk toch dat dat het antwoord is. Testen is dus instrumenteel en kan je helpen om mensen over te halen om zich aan de maatregelen te houden waarvan je eigenlijk zou willen dat ze zich daar al aan houden als ze klachten hebben. Ik kan het niet mooier maken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Tot slot de heer Kerstens namens de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Ik heb een vraag aan beide heren over het vaccineren. Zij moeten zelf maar even kijken wie die het beste kan beantwoorden. Om aan die gewenste groepsimmunitet te komen van minstens ongeveer 60% is het nodig dat heel veel mensen zich laten vaccineren. De heer Van Delden heeft net geschetst dat er nog aardig wat logistieke problemen zijn te verhapstukken en dat er nog veel onzekerheden zijn over de vraag welk vaccin wanneer in welke mate voor wie beschikbaar is. Daarnaast weten we dat het enthousiasme bij mensen om zich te laten vaccineren niet overhoudt op dit moment. Ik las pas over een onderzoek van een vakbond waaruit bleek dat het onder zorgpersoneel zo'n 35% is. Hoe hoog zou dat percentage nou moeten zijn onder bijvoorbeeld zorgpersoneel om sneller naar die gewenste en noodzakelijke 60% te gaan?

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik kijk even wie deze vraag kan beantwoorden. Ik zie de heer Van Delden naar de microfoon gaan. Gaat uw gang.

**De heer Van Delden:**

Om naar de 60% te gaan hebben we 60% nodig. Het is inderdaad een onbekende. Ik heb verschillende cijfers gelezen over de vaccinatiebereidheid. Wij gaan vooralsnog uit van een vaccinatiebereidheid onder het zorgpersoneel van ongeveer 75%. Zo plannen wij nu de batches in. Als we kijken naar de omvang en naar hoeveel we hebben, is dat hoe we rekenen. Het kan minder zijn en het kan meer zijn. Dat zal de tijd moeten gaan uitwijzen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Misschien nog een aanvulling van de heer Van Dissel op dit punt?

**De heer Van Dissel:**

Ik wil vooral benadrukken dat we hier zitten om de ernst van de situatie te bespreken. Dan zou je toch hopen dat als er een uitweg komt die veilig blijkt, men daar gewoon gebruik van maakt. Ik hoop dus dat we uiteindelijk naar 100% gaan, maar iets minder is in ieder geval noodzakelijk voor de groepsimmunitet.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Tweede vraag, meneer Kerstens.

**De heer Kerstens (PvdA):**

Ik ben het daar natuurlijk helemaal mee eens. Het is bijna een retorische vraag, want het is natuurlijk een gegeven dat zolang onvoldoende mensen zich laten vaccineren en we niet aan die 60% zitten, we vastzitten aan de maatregelen en het strenge pleidooi van de heer Van Dissel om ons daar wel allemaal aan te houden. Je ziet dat de andere wijze van immuun worden, waarbij we nu op 10% zitten, maar heel langzaam oploopt. Dus voor je het weet zijn we een halfjaar verder, als we niet uitkijken.

**De heer Van Delden:**

Dat is inderdaad een retorische vraag. Ik ben het helemaal met u eens.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Van Dissel nog tot slot.

**De heer Van Dissel:**

Ja. Er is misschien een kleine tussenweg, ook naar aanleiding van een andere vraag van zonet. We gaan natuurlijk kijken in hoeverre je het vaccineren zo doelgericht kan inzetten dat je misschien eerder bereikt dat een aantal van de parameters waar we nu op sturen ... Ik noem het beschermen van kwetsbaren – die hopen we als eerste te beschermen – en het in stand houden van de zorg en het weer mogelijk maken van de reguliere zorg. We weten dat daar de belasting toch vooral komt vanuit de oudere groepen en de personen met onderliggende problemen. Je hoopt dus eigenlijk wat dat betreft net wat eerder al een aantal van die doelen te kunnen bereiken met vaccineren, zelfs voordat je bij die 60% bent, maar dat zal vooral vragen om een goede afstemming.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan zijn we ... Ik zie mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, ik heb nog een korte vraag naar aanleiding van het eerste antwoord dat de heer Van Dissel gaf, over de top vijf van situaties van mogelijke besmettingen. Dat is een top vijf van ongeveer 30 categorieën. Het is trouwens een beetje gek dat deze top vijf optelt tot meer dan 100%. Daar klopt dus iets niet helemaal.

De heer Van Dissel zei dat er sprake is van een waterbed: als je de horeca eruit haalt, verdeelt zich dat over andere categorieën. Maar wat hier nu aan de hand is, is dat het bezoek in de thuissituatie juist niet in de eerdere epidemiologische dagstaat zat. Die is er dus nieuw in gebracht. Die staat niet in de epidemiologische dagstaat van 6 oktober. Die categorie is dus juist helemaal nieuw. Die staat op 22% en dat is heel veel meer dan de categorie horeca, die nu op 0% staat en die toen op 2,9% stond.

De **voorzitter**:

Ik kijk even in de richting van de heer Van Dissel. Gaat uw gang.

De heer **Van Dissel**:

In het bron- en contactonderzoek kijken we of er settings genoemd worden waarin meerdere personen bekend besmet zijn geraakt. Die situaties worden benoemd in die tabel. Als de horeca sluit, verwacht je dat die naar 0% of bijna 0% gaat, omdat het geen relevante factor meer is. Dat betekent percentueel gezien dat de andere zullen toenemen. En het is niet mutueel exclusief, hè, zoals dat heet. Soms kun je dus ook meerdere settings benoemen, waardoor je boven de 100% uitkomt. Dat is nou eenmaal zo.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn we hiermee aan het einde gekomen van deze technische briefing. Ik dank de heer Van Delden en de heer Van Dissel zeer hartelijk voor hun presentatie en het beantwoorden van de vragen. Ik wijs nog even op de opmerking van de heer Van Dissel dat de wekelijkse cijfers vanaf volgende week vanaf 15.00 uur 's middags beschikbaar zijn. Hebt u nog een toevoeging, meneer Van Dissel?

De heer **Van Dissel**:

Ja. Het gaat om de zogenaamde opendatacijfers. Het is dus niet onze gewone rapportage. Die blijft gewoon beschikbaar, maar de opendatacijfers gaan naar 15.00 uur.

De **voorzitter**:

Het is goed om daar kennis van te nemen. Ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid en hun inbreng. Ik wijs de mensen thuis erop dat er vanmiddag een plenair debat zal plaatsvinden over de ontwikkeling van het coronavirus. Dat staat vooralsnog gepland van vanaf 15.00 uur, maar houd u daarvoor ook de agenda van de plenaire zaal in de gaten. Ik dank u allen hartelijk en sluit deze technische briefing.

Sluiting 12.32 uur.