

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1093

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 29 maart 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 10 maart 2021 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn twaalf leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Diertens, Dik-Faber, Van Esch, Van Gerven, Van Haga, Kröger, Kuiken, Lodders, Van Otterloo en Veldman,

alsmede de heer Van Dissel en de heer Kuipers.

Aanvang 9.29 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing over de ontwikkelingen rondom het coronavirus: update coronavirus. Ik heet de aanwezige leden van harte welkom. Ik wil graag meedelen dat mevrouw Kuiken iets vertraagd is. Zij zal een kwartiertje later aanschuiven. Mevrouw Van den Berg heeft aangegeven dat zij deze bijeenkomst een kwartier eerder moet verlaten vanwege andere afspraken. Hartelijk welkom aan de mensen thuis, die deze briefing op afstand volgen. Uiteraard ook hartelijk welkom aan de gasten vandaag. In het eerste blok is de heer Ernst Kuipers aanwezig. Hij is voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. In het tweede blok heten wij welkom de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Vanaf deze plek heet ik beiden hartelijk welkom. In deze technische briefing hebben we twee sprekers, verspreid over twee blokken, die op elkaar aansluiten. Ik zou met de leden willen afspreken om een drietal vragen toe te staan. U gaat er zelf over aan wie u de vragen stelt. Wij zullen daar een goede administratie voor bijhouden.

Blok 1

Gesprek met:

- de heer Kuipers, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg

De voorzitter:

Ik wil de heer Kuipers vragen of hij zijn presentatie wil geven. Daarna gaan we over tot het stellen van vragen. Voor de mensen die deze briefing thuis volgen, merk ik op dat de presentatie op de website van de Tweede Kamer staat. Daar kunt u meelesen.

Het woord is aan de heer Kuipers. Gaat uw gang.

De heer Kuipers:

Dank u wel, met plezier. Ik zou graag even een korte update geven over de huidige situatie in de zorg, de verwachtingen voor de komende periode en waar we in de afgelopen periode tot en met nu mee bezig zijn in termen van verdere voorbereiding.

Om te beginnen even een plaatje ten aanzien van de instroom van het aantal covidpatiënten in de ziekenhuizen vanaf 1 november tot en met gister. U ziet hier, in een heel grillige curve, het driedaagse gemiddelde per dag geplot. Dat is het gemiddelde van de dag. Kijk bijvoorbeeld helemaal rechts. Daar ziet u het aantal van 9 maart plus dat van 8 maart plus dat van 7 maart, gedeeld door drie en dat als één punt. Dat levert een wat grillige curve op. Dat is normaal. De variatie is behoorlijk verschillend per dag. Er is niet heel erg een peil op te trekken per dag, maar het wisselt. U ziet net links van het midden het laagste punt. Dat was 30 november. Toen steeg het in december weer en bereikten we de piek op oudejaarsdag, 31 december. Daarna ging het geleidelijk weer naar beneden en is de instroom, met wisseling per dag, eigenlijk al enige tijd vrij stabiel.

Dat vertaalt zich ook in de ziekenhuisbezetting. U ziet hier het aantal covidpatiënten in de Nederlandse ziekenhuizen: kliniek en ic bij elkaar opgeteld. Kliniek is weergegeven in blauw, ic in oranje. Een kanttekening daarbij is dat u helemaal links de eerste golf ziet. Daar was het oranje deel, het aantal ic-patiënten per dag, heel specifiek duidelijk. Dat weten we. Het meest linker stukje, het aantal blauwe patiënten, is achteraf benaderd, maar weten we niet helemaal zeker. Wel ziet u die in de curve weergegeven. Vanaf medio april vorig jaar zijn beide getallen exact en lopen die zo door. U zag een hoge eerste golf. In de zomer waren er langdurig hele lage aantallen. Vanaf september stijgt het weer. Begin november bereikte het een piek. Daarna daalt het weer en stijgt het weer. Het zit nu al heel lang op een plateau. Daarmee is overall ook te zien dat het totaalaantal patiënten in de tweede golf ondertussen al ruim hoger en groter is dan het aantal in de eerste golf; het duurt veel langer.

Ik trek dat meest rechter stukje van de curve uit de vorige grafiek even eruit. Als je dat vergroot en dan inzoomt op de afgelopen periode van ruim twee maanden, vanaf 1 januari, toont dat iets duidelijker dat het al lang stabiel is. In januari daalde het geleidelijk, maar vanaf zo ongeveer de tweede week van februari tot nu, is het met lichte schommelingen al de hele tijd stabiel. Dat is ondertussen dus al zo'n drieënhalve week. Dat is in de gegeven situatie gunstig, want eerder hielden we er rekening mee, op basis van de rapportages van het RIVM, dat een Britse variant snel zou opkomen en dat die ook met maatregelen niet voldoende onder de duim zou zijn. Je zou dan eerder verwachten dat het aantal besmettingen omhooggaat, en dus de ziekenhuisopnames ook. Dat is tot nu toe nog niet gebeurd. Die variatie is zeer beperkt in de 2,5%. Dat levert tot nu toe dus een stabiel plaatje op wat past bij wat ik op de vorige dia liet zien: de instroom is stabiel.

U ziet nu gegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit. Dat staat onder op de dia, maar op het scherm valt het er net af. Ik laat een aantal plaatjes van de Nederlandse Zorgautoriteit zien. U herkent ze aan het format. Dit is een update van de gegevens die men ophaalt in termen van onder andere de activiteiten in de ziekenhuizen: welke zorg kun je wel en niet leveren? Dit zijn de meest recente gegevens, die afgelopen maandag zijn aangeleverd. Daarin is het landelijke gemiddelde dat op dit moment de operatieprogramma's ongeveer 21% zijn afgeschaald, met een enkele uitschieter. Dat is beduidend lager dan we eerder hebben gehad, bijvoorbeeld in december. Dit betekent ook – opnieuw gegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit – dat de acute en de semi-acute zorg eigenlijk overal in Nederland, in alle regio's en in alle ziekenhuizen, geleverd kunnen worden. U ziet helemaal links alle regio's in delen ingekleurd met «ja» en geen enkele regio met «deels» of «nee». Om reden van de tijd laat ik niet alle plaatjes zien, maar ten aanzien van de meer planbare zorg is er een groter deel van de ziekenhuizen dat op «deels» zit. Dat matcht bij dat vorige plaatje waarop te zien is dat 21% van de ok-programma's is afgezegd. Maar «acuut» en «urgent» kan op dit moment dus gewoon doorgang vinden. Dat is gunstig, ondanks die continu toch nog behoorlijke bezetting in aantallen covidpatiënten en de hoge dagelijkse instroom. Dat vertaalt zich dan ook in allerlei vormen van zorg en achterstand. Ik laat er om reden van de tijd maar één plaatje van zien. Excuus voor de verkeerde titel die erboven staat in het oranje. Waar het om gaat is de titel net boven de figuur: het aantal nieuwe patiënten met kanker, gediagnosticeerd in 2020 en januari 2021. Dat is de strakke donkerblauwe lijn met de punten. Daarnaast op de luchtblauwe lijn gemiddelde van het aantal nieuwe diagnoses per maand van kanker in de jaren 2017 en 2019 met de bandbreedte in het kader daaromheen aangegeven. Dit zijn gegevens van het IKNL, de fantastische kankerregistratie die we in Nederland hebben, die altijd zeer up-to-date is. Die toont dat er in april – het tweede kwartaal vorig jaar – een plotselinge forse dip was in het aantal nieuwe diagnoses van kanker. Dat had alles te maken met een daling van het aantal

verwijzingen, het stopzetten van allerlei diagnostiekprogramma's en, heel belangrijk ook, het stopzetten van de bevolkingsonderzoeken voor baarmoederhals-, borst- en darmkanker. U ziet dat het daarna weer bijtrok, in juni weer vrijwel op het normale niveau zat en eigenlijk in het najaar boven het niveau van de jaren daarvoor zat. In december is er mede door sluiting tussen kerst en oud en nieuw altijd een dip. U ziet dat dat het afgelopen jaar gewoon doorging. Dus terwijl de covidbezetting hoog was, hebben de ziekenhuizen en de huisartsen een forse inhaalslag gemaakt en de bevolkingsonderzoeken ook.

Dat betekent bijvoorbeeld dat het aantal diagnoses van kanker – normaal gesproken tussen de 115.000 en 120.000 – het afgelopen jaar op jaarbasis alles bij elkaar ongeveer 3.500 patiënten te laag was. Die zijn dus gemist. Dat waren met name patiënten met borstkanker en darmkanker door het eerder stopzetten van het bevolkingsonderzoek en het nog niet volledig inhalen daarvan. Er wordt op veel vlakken dus een flinke inhaalslag gemaakt, ondanks de blijvende covid. Wat dat betreft is de tweede golf echt anders dan de eerste golf.

Daarbij is nog steeds sprake van een fors ziekteverzuim: een landelijk gemiddelde van 7,5%. Het is geleidelijk wel gedaald. Het is zeker gedaald in de ziekenhuizen onder het acute zorgpersoneel. Zoals u weet is dat personeel in januari voor het eerst gevaccineerd. Dat betreft overigens maar een zeer beperkt deel, ongeveer 40.000 van de ruim 320.000 ziekenhuismedewerkers. Dus dat is net iets meer dan 10%. Onder de ziekenhuismedewerkers zijn er nog steeds velen bij die in hun zorg te maken hebben met covidpatiënten, potentiële covidpatiënten en ook met mogelijk covidmateriaal – denk aan een laboratorium voor virologie – die tot nu toe niet gevaccineerd zijn. Er is wel degelijk een pleidooi dat zodra er straks breder gevaccineerd kan worden, ook het overige ziekenhuispersoneel daarbij vroeg meegenomen wordt, want ze lopen risico's en ze zijn nodig.

Ondertussen zijn wij druk bezig met het op de achterhand implementeren en verbeteren van de informatiepositie. Zoals u weet is in Nederland de zorg traditioneel om tal van redenen erg versnipperd. Het zijn allemaal individuele providers die hun eigen informatiepositie hebben, waarbij erg weinig met elkaar gedeeld wordt. Dat was altijd al een probleem – niet alleen in de acute zorg, maar ook in de reguliere zorg – en dat werd in de crisis helemaal een probleem. Dat hebben we toen opgelost door de connectie te maken vanuit het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding. Vanaf de eerste golf begin vorig jaar is er tot op de dag van vandaag iedere dag met veel inspanning een uitvraag in alle ziekenhuizen naar de aantallen patiënten en de beschikbare capaciteit. Ondertussen zijn we bezig om dat te automatiseren en uit te breiden. Dat doen we met een Landelijk Platform Zorgcapaciteit, zoals u op de volgende sheet ziet. Dat geeft een overzicht – u ziet het hier met veel tekst in drie blokken – van een capaciteit en een bezetting voor covid, maar ook een capaciteit en een bezetting voor reguliere zorg en tegelijkertijd ook beschikbaarheid en drukte op de SEH. Op het plaatje rechtsonder in uw print-out is het beter te lezen. Dat geeft zomaar een beeld van een regio en van een aantal SEH's: een tweetal waar het druk is en een viertal waar de druk goed te doen is. Dat geeft in detail aantallen patiënten en doorstroom weer. Let wel, het zegt niets over individuele patiënten, dus er is niets te achterhalen van individuele patiëntengegevens, maar zegt iets over de capaciteit. Dat hebben we nodig; dat hebben meldkamers, ambulance-diensten, huisartsen en ziekenhuizen onderling ook nodig en dat hadden we niet. U kunt de vergelijking maken met een keten waar u normaal gesproken online ergens iets wilt zien, dan kunt u zo bekijken waar datgene wat u zoekt beschikbaar is in welk filiaal. Voor de zorg hadden we dat niet, en als ergens iets urgent nodig is, dan is het in de zorg. Dat wordt dus nu geïmplementeerd.

Dan gaan we gewoon door met die landelijke spreiding die nodig is, in dit geval dus de spreiding van covidpatiënten. U kent het LCPS. Dat is nodig om de reguliere zorg zo optimaal mogelijk te faciliteren. Een effect daarvan zag u onder andere in het eerdere plaatje van het IKNL, met de curve daarin. Dat doen we tijdens een toename van het aantal covidpatiënten, waarbij je in eerste instantie zoveel mogelijk regionaal blijft coördineren. We hebben een LCPS, maar iedere zorgregio heeft nu ook een RCPS, een regionaal coördinatiecentrum. Eerst spreid en coördineer je in je eigen regio. Komt het boven een bepaald niveau waarbij in die regio de reguliere zorg in het gedrang komt, dan ga je naar landelijk niveau en blijf je spreiden. Maar ook als de aantallen dalen, blijven we datzelfde doen om iedere regio zo veel mogelijk te faciliteren om reguliere zorg weer in het juiste en benodigde tempo op te starten, tot op het niveau waarop je op een gegeven moment weer komt beneden iets en zegt dat je het nu regionaal weer kunt doorzetten.

De verwachting is dus ook vanuit die achtergrond dat zo'n LCPS, dat we nu een jaar hebben, ook in de toekomst ten minste op de achterhand gewoon blijft bestaan. Dat heeft een effect op de spreiding, dat je hier ziet in een heel grillige curve. Iedere lijn hier is één acute zorgregio. Die lijn geeft de bezetting weer in aantallen van in een ziekenhuis opgenomen covid-patiënten, maar je kunt het ook op allerlei andere manieren doen, en dan naar rato van het gemiddelde. Dus de middelste lijn 1 is precies de regio die op 100% van de bezetting zit. Stel, voor het gemak, dat we in Nederland 10.000 bedden hebben, in een specifieke regio zijn het er 1.000 en de bezetting is 10% landelijk. Dan verwacht je in die regio 100 covid-patiënten. Zijn het er 110, dan zit die regio op 110%, zijn het er 90, dan zit die regio op 90%, zit de regio daarboven of daaronder, dan springt die uit de band. Wij sturen zo veel mogelijk op die twee oranje lijntjes om te zorgen dat iedere regio tussen de 90 en 110% blijft. Helemaal op de 100% kan niet, want de instroom varieert per dag, per regio en per ziekenhuis, maar 90 tot 110 is een nauwe bandbreedte. U ziet wat er met die spreiding in de afgelopen maanden gelukt is. Het begon in september ver uit elkaar en op het moment dat we weer vanaf 23 september landelijk begonnen te spreiden, drukt dat snel naar elkaar toe en blijft het daar met een enkele uitschieter. Eén uitschieter was onder andere recent sneeuw en ijzel, waardoor het moeilijk was om patiënten over langere afstanden tussen regio's te vervoeren. Dan springt er gelijk weer een regio uit de band. Dus het werkt.

Dat hebben we ondertussen met grote aantallen gedaan. Dit is alleen de tweede golf. Even geleden haalden we het niveau van 2.500 patiënten tussen regio's. Dan moet u zich voorstellen dat binnen regio's ook forse aantallen patiënten zijn verspreid.

Dan komen we even terug op het plaatje dat ik u eerder heb laten zien. Dan gaat het erover wat we nu kunnen verwachten. Dit toonde ik al, de bezetting vanaf die eerste golf en het niveau waar we nu zitten. Ik heb er alleen een aantal pijltjes aan toegevoegd, die rode pijltjes zijn de momenten en dus ook de niveaus waarop we eerder in de hele covidcrisis maatregelen hebben aangescherpt. De lockdown half maart helemaal linksonder, maatregelen van half oktober, maatregelen half december en een avondklok in januari. Het groene pijltje is het niveau waar we nu zitten.

Het punt dat ik hiermee wil maken, is dat u ziet dat het weliswaar stabiel is, dat dat gunstig is, maar dat we onveranderd op een niveau zitten dat eigenlijk hoger is of net zo hoog als de momenten waarop eerder aangescherpt is. En toch wordt er op dit moment af en toe gepraat over versoepelen. Je kunt dat doen, maar je zit onveranderd met de aantallen besmettingen en als gevolg daarvan de instroom en de bezetting in de ziekenhuizen op een naar verhouding hoog niveau. Dat betekent wel iets op het moment dat je het doorrekent met verschillende varianten. Dan is dit een model dat gebaseerd is op de input van het RIVM. Het toont het

aantal besmettelijke personen, maar dat gebruiken wij vervolgens in de ziekenhuizen en ook in de zorg om te berekenen welke capaciteit wij nodig hebben voor de komende periode. Dus nadrukkelijk niet om het werk van het RIVM over te doen; wij hebben een ander doel, wij gebruiken de input van het RIVM, maar voor ons is het nodig om te weten wat we moeten hebben over een week, over twee weken, over vier weken, om op basis daarvan te kunnen zeggen hoeveel personeel wij moeten inroosteren, hoeveel ok's we kunnen draaien, hoeveel patiënten we kunnen oproepen et cetera. Dan is dit het model waarbij we uitgaan van de input van het RIVM van half januari. Toen waren er ongeveer 114.000 besmettelijke personen. U ziet links in grijs het totale aantal besmettelijke personen. Ongeveer 10% was besmet met de Britse variant, in rood weergegeven. U ziet ook de R-waardes over de tijd bij die twee varianten. De normale variant in blauw had lange tijd een R-waarde onder de 1, volgens gegevens van het RIVM was die in januari/begin februari telkens wisselend ergens tussen de 0,80 en 0,89. Daarna daalt die. De andere variant gaat omhoog. U ziet dat we nu al lange tijd in een dal zitten, vrij stabiel. Dat is inderdaad wat we in de ziekenhuizen ook zien. U ziet ook dat het met het opkomen van de Britse variant weer omhooggaat. Als dit zo doorloopt, met deze maatregelen en deze R-waardes, dan komen we tot en met begin mei niet op het niveau van de eerdere piek van de tweede golf, en dat was volgens berekeningen van het RIVM ongeveer 159.000 besmettelijke personen. Dat is gunstig, want binnen deze bandbreedtes kunnen ziekenhuizen het aan en kunnen ook andere zorgpartijen het aan. Dan valt het ook te combineren met overige zorg, met name de urgente planbare zorg.

Wat hier níet in staat, zijn de effecten in de loop van het voorjaar van verbetering van het weer. Het is puur een extrapolatie van dat wat je hebt. Wat er evenmin in staat, is het effect van het snel toenemen van het vaccineren. Tot en met nu zijn er 1,5 miljoen vaccinaties gezet, maar het is nog beperkt tot de doelgroepen die zo nodig bij covid ook in het ziekenhuis komen. De komende maand wordt dat uitgebreid. Het is de bedoeling dat er tot en met begin april en de eerste week van april 1,5 miljoen vaccinaties bij komen – we gaan van 1,5 naar 3 – en dat dat in de loop van april uitgebreid wordt, natuurlijk afhankelijk van de beschikbaarheid, tot meer dan 1,5 miljoen vaccinaties per week. Dan gaat het hard. En dat zit niet in deze figuur. In deze situatie kom je weg van die heel sterk stijgende lijn en gaat het nog wel weer omhoog, maar krijgen we niet een enorme derde piek.

Dat is anders als je aanneemt dat de R-waardes van die twee varianten – vanwege verminderde naleving, snelle versoepeling of iets anders – ook maar 10% omhoog gaan. 10% is niet zo veel; we hebben eerder veel grotere variaties gehad, als we kijken naar de gegevens naar het RIVM. Dan ziet u dat die blauwe lijn eigenlijk ongeveer stabiel wordt, maar dat de rooie lijn uiteraard steiler omhoog gaat en dat je ergens rond de derde week van april weer op een niveau komt – dat is het stippelijntje – van die 159.000 besmettelijke personen. Voor de ziekenhuizen matcht dat met een ic-capaciteit van ongeveer 1.450 bedden, covid, non-covid en bedden die je telkens nodig hebt als laatste bed. Dat is ook een situatie waarin we ook meer urgente planbare zorg moeten afschalen.

Nu dus hoog niveau, stabiel. Als het zo doorgaat, dan kan het goed gaan. Dan zal het ongetwijfeld nog stijgen, maar blijft binnen bandbreedtes die op te vangen zijn. Als je meer versoepelt, dan kan het nu nog snel gaan. Dus eigenlijk: hoe meer je deze curve naar rechts weet op te schuiven, door nog even te wachten en door snel te vaccineren, hoe beter de situatie wordt.

Helemaal tot slot. Ondertussen hebben we, rekening houdend met het feit dat het wel degelijk weer tot een crisis kan komen, de afgelopen periode met eigenlijk alle zorgsectoren en alle acute zorgregio's keihard gewerkt, met dank voor de inzet van ontzettend veel mensen, aan crisisplannen per

zorgsector – u ziet ze hier allemaal genoemd – en per acutezorgregio. Die worden ook met een opgesteld vergelijkingskader vergeleken en afgestemd. Daar is de IGJ zeer nauw bij betrokken voor toezicht en het toetsen aan de voorkant. Ik laat het niet zien, maar daar zit een hele grote hoeveelheid plannen en documenten et cetera achter, maar dat neemt u direct van mij aan. We komen helemaal aan het eind. Dat betekent ook – ik liet u al iets zien van het Landelijk Platform Zorgcapaciteit – dat we die datapositie veel verder versterken. Dat gebeurt in nauwe samenwerking met de GGD GHOR – inzicht in de beschikbare capaciteit in verpleeghuizen, wijkzorg et cetera – de Nederlandse Zorgautoriteit en het LCPS. Tot zover.

De voorzitter:

Hartelijk dank voor uw presentatie, meneer Kuipers. We gaan over tot het stellen van vragen. Ik begin bij mevrouw Agema. Zij stelt haar vraag namens de fractie van de PVV.

Mevrouw Agema (PVV):

We zien dat we bij de ic-bezetting al heel lang op een plateau zitten. Er zit natuurlijk een directe lijn tussen de ic-bezetting en de lockdown, maar ik zie op uw sheet ook duidelijk een directe lijn naar een hoge belasting van de zorgmedewerkers. Het is ons al een hele poos een doorn in het oog dat de vrijwillige vaccinatie die de druk op de ic moet wegnemen, van oud naar jong gaat en niet ook van een hoog naar een laag risico. Wij hebben daar eerder moties over ingediend. Ik hoorde de heer Kuipers hier ook zeggen dat nog niet begonnen is met de groep mensen die het vaakst op de ic liggen. Dat gaan ze dan en dan doen. Kan hij nog eens duidelijk maken wat elke dag die we eerder beginnen met het ontlasten van de ic's betekent voor de medewerkers?

De heer Kuipers:

Dank voor uw vraag. U kunt zich de discrepantie voorstellen. Aan de ene kant zitten we al heel lang met volle ic's. Ik heb laten zien dat het glas halfvol is. Het is wel stabiel, maar het is nu al heel erg lang stabiel op een veel hoger niveau dan normaal. Dat is al begonnen in september. Dat gaat onveranderd door. Van mijn eigen ic-medewerkers hoor ik dan bijvoorbeeld: in welke werkelijkheid leven we precies als we aan de ene kant iedere dag naar ons werk gaan en aan de andere kant de beelden zien van mensen die zeggen dat de terrassen weer open moeten? Daar zit een discrepantie tussen. Als ik het alleen bekijk voor mijn eigen ziekenhuis, dan kan ik zeggen dat we normaal gesproken in het Erasmus MC 44 ic-bedden voor volwassenen hebben. We zitten nu al heel lang op 72, en mede naar aanleiding van de mogelijkheid dat er weer een stijging komt, gaat het gesprek erover dat we er rekening mee moeten houden dat we weer moeten opschalen naar 102. Dat is een beetje de situatie. In het vaccinatiebeleid is er om allerlei redenen, met input van de Gezondheidsraad, voor gekozen om van boven aan de trap naar beneden te gaan, zoals ik Minister De Jonge hoorde zeggen, dus van een hoge leeftijd naar beneden. Bij de hoogste leeftijdscategorieën, bij de 90-plussers en 85-plussers, leidt covid tot druk in de verpleeghuizen, maar het leidt niet tot druk op de ic. We komen nu aan bij de groepen waar dat voor geldt. Daarom zeg ik vooral: zo snel mogelijk vaccineren, in ieder geval het eerste vaccin zetten, en inderdaad nu beginnen met de categorie van 60-plus, en dan eerst maar met degenen met onderliggende morbiditeit. Aan de ziekenhuizen wordt nu dus ook gevraagd om te kijken naar hele specifieke patiëntengroepen, naar de meest kwetsbare. Hoe sneller dat wordt uitgebreid, hoe meer effect het heeft op het dempen van die curve.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat was uw vraag, mevrouw Agema? Ja. Dan kijk ik in de richting van de heer Van Gerven. Hij stelt zijn vraag namens de fractie van de SP

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik begrijp dat er op dit moment nog veel mensen verplaatst moeten worden in acute situaties. Dan constateer ik maar dat het nog steeds heel wrang aanvoelt dat mensen die acute zorg niet in hun eigen omgeving kunnen krijgen. Dat heeft toch ook te maken met een gebrek aan ic-capaciteit, maar goed, dat is een constatering. U zegt: het is nu eigenlijk op orde, ook al is het niveau hoog, en de gewone zorg kan doorgaan. Maar ik hoor u toch zeggen dat een kwart van de ok-capaciteit is afgeschaald. Gaat dat dan toch niet ten koste van de gewone zorg? In het scenario van drie weken in april zitten we met 10% erbij op 160.000 besmettingen. Wat betekent dat voor de gewone zorg naast de acute zorg?

De heer **Kuipers**:

Dat verplaatsen is inderdaad wrang. Dat heeft grote impact, eens temeer als het over een grote afstand gaat. Dat moeten we ons echt iedere keer realiseren. Wij merken dat er ook altijd een zorgvuldige discussie wordt gevoerd met de patiënt – voor zover mogelijk, tenzij die aan de beademing en in slaap is – maar ook met familieleden. Als we dat niet doen, dan loopt de reguliere zorg in een regio telkens weer echt vast. Dan het punt van het opschalen van de reguliere capaciteit. Ja, dat kan, maar laten we alleen al kijken naar het afgelopen jaar. We hebben daarin een moment van grote druk gehad in het name Oost-Brabant en Noord-Limburg. Daarna was die druk er in het westen van het land en daarna was die er in de regio's Zwolle en Enschede. Nu is het weer anders. Het verspringt dus telkens. Dat betekent dus dat je in het hele land heel erg moet opschalen. Ik refereer maar aan de situatie in Duitsland, waar de landelijke capaciteit vijf keer zo hoog is, maar waar men ook genooddaakt was om maatregelen te nemen en waar men ook kijkt naar spreidingsbeleid. Het is heel wrang, maar wij denken dat het in de gegeven situatie beter is dan niet spreiden en, daarmee, reguliere zorg vast laten lopen. Dan kom ik op uw tweede vraag. In de huidige setting kunnen we de acute zorg en de urgente zorg, bijvoorbeeld een operatie bij een hartaandoening of een operatie bij kanker, leveren binnen de termijnen die daarvoor staan, maar we kunnen niet alles doen. Daaraan refereert inderdaad de 21% afschaling van ok. Je zou graag alles willen doen, maar als het weer omhooggaat, kom je op een bepaald moment weer op het niveau van afschalen van urgente zorg. Daarover gaat het voorlaatste plaatje dat ik liet zien. Gaat de zorg volledig door en merken overige patiënten er niets van? Het antwoord is dus: nee, ze merken er wel degelijk wat van.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dat is voldoende zo, zie ik. Mevrouw Van den Berg stelt een vraag namens het CDA. Gaat uw gang.

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

Dank aan meneer Kuipers voor de presentatie. Ik wil graag even terugkomen op het inzicht in beschikbaarheid. Twee jaar geleden heb ik in een overleg over acute zorg aan de Minister gevraagd of hij kon zeggen hoeveel stops er per ziekenhuis zijn. Tijdens een werkbezoek aan Hoogeveen hoorde ik dat zij vroeger twee stops per week hadden; «maar toen waren het er twee per dag», zei de ambulancedienst. Dat inzicht wilde ik graag hebben van alle ziekenhuizen. Mag ik nu concluderen dat dit straks inzichtelijk is? Want ik heb daar nooit een antwoord op gekregen; het was niet in beeld te brengen. Sluiten alle ziekenhuizen zich

nu aan bij NEED, de Netherlands Emergency department Evaluation Database?

De heer Kuipers:

Het is nu nog niet inzichtelijk. Het wordt geïmplementeerd, maar het antwoord is: ja, straks is het inzichtelijk en kan dit met de spreekwoordelijke druk op de knop geleverd worden, per tijd, per regio en per ziekenhuis. Dat is een belangrijke vooruitgang. Dat is mooi voor de informatiepositie, maar het is ook telkens op het acute moment mooi voor een ambulance en een meldkamer – waar moeten we naartoe? – en voor de onderlinge connectie binnen een regio. Dat gaat enorm helpen. Daarmee is het antwoord op het tweede deel van uw vraag ook ja.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Van Otterloo namens de fractie van 50PLUS. Gaat uw gang.

De heer Van Otterloo (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Ook mijn dank aan de heer Kuipers. Ik moest nog even denken aan het begin van dit jaar, toen ik ook aan u vroeg wanneer het wat minder kan. Dat moment van minder kunnen is nog niet gepasseerd, helaas. Ik sluit mij even aan bij alle zorgen over de verplaatsingen. Wat mij verontrust, is dat bij een daling van de ziekenhuisopnames de opnames op de ic niet navenant afnemen. In dat ene staafdiagram zie je dat aardig: de oranje balk blijft eigenlijk op hetzelfde niveau. Ik ben benieuwd naar de analyse daarvan: hoe komt het nou dat het aantal opnamen op de ic blijkbaar niet afneemt, terwijl het aantal ziekenhuisopnamen wel afneemt?

De heer Kuipers:

Het is altijd mooi om te zien hoe scherp naar dergelijke figuren gekeken wordt, maar dank voor uw vraag. Een van de verklaringen is dat de gemiddelde opnameduur op een ic veel langer is dan in de kliniek. Als er een instroom is geweest, dan heeft dat dus veel langer effect op de bezetting. Kijk je echt naar de verhouding tussen het aantal klinische patiënten en het aantal ic-patiënten, dan zie je dat dit in de tijd wisselt. Dat is gewoon al een heel belangrijke verklaring. Dat staat los van het gegeven dat er in de tijd soms wat variatie zit in de leeftijdsgroepen waarin zich de besmettingen voordoen. U kunt zich misschien nog herinneren dat we vorig jaar september een discussie hebben gehad; toen vond 90% van de besmettingen plaats bij de mensen onder de 60. Zij komen minder vaak op een ic terecht. Toen was de vraag hoe het nou kan dat het aantal besmettingen omhooggaat, maar het aantal ic-opnames nog niet. Er is altijd een wisseling. Maar het belangrijkste voor nu is dat ic-opnames veel langer duren; in termen van bezetting middelen die dus ook over een langere tijd uit. Het staat niet in deze figuur, maar er is een ander belangrijke aspect. Er was een behoorlijke daling vanaf de piek op 5 januari naar nu, maar je ziet dat, als het aantal covidpatiënten op de ic naar beneden gaat, de capaciteit die beschikbaar komt niet wordt afgeschaald, maar in de lucht wordt gehouden en wordt gebruikt om non-covidzorg in te halen. Dat hebben wij de afgelopen periode echt landelijk gezien en dat is ook bewust gedaan.

De voorzitter:

Dan geef ik graag het woord aan de heer Van Haga namens Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

De heer Van Haga (FVD):

Ik heb een vraag over dat scenario waarbij de R-waardes, met name van de Britse variant, 10% hoger worden ingeschat en we dan uiteindelijk op

159.000 besmettelijke personen uitkomen. Ik vraag mij af of er in die modellen geen rekening wordt gehouden met seizoensinvloeden. In 2020 zagen wij namelijk in mei opeens een enorme daling en in juni was het vrijwel weg. Toen was er gewoon niks meer. Ten eerste: zit dat in dit model? Het lijkt er niet op. En denkt u niet dat we dit jaar gewoon hetzelfde patroon gaan zien?

De heer **Kuipers**:

Nee, dat zit niet in die figuur. Dat gaf ik net bewust om die reden ook aan. Ik zei dat er in ieder geval twee dingen niet in zitten. Wat er niet in zit is het toenemend aantal vaccinaties – hoe verder je opschuift in de tijd – en de weersinvloed. U heeft helemaal gelijk dat de daling vorig jaar, eigenlijk al in de tweede helft van april, zeer sterk naar beneden ging. Dat was natuurlijk ook het gevolg van de lockdown vanaf half maart. In mei zette die daling verder door. Vandaar dat ik ook benadruk dat voor mij het glas halfvol is. Hoe verder we de curve naar rechts weten te drukken, hoe onwaarschijnlijker het wordt dat je dat aantal haalt. Die curve vlakke dan namelijk op een gegeven moment af, zeker in de leeftijdscategorie die gebruik moet maken van een ziekenhuis als ze ernstig ziek worden, zoals mevrouw Agema net ook vroeg. Dit komt om te beginnen door veel meer vaccinaties en ook het weer zal invloed hebben. Dus gaat die curve onveranderd zo door? Nee, dat is zeer onwaarschijnlijk. Op enig moment zal er een demping zijn door vaccinaties en door het weer, of eerder door aanscherping van maatregelen, maar dat willen we met z'n allen eigenlijk niet.

De **voorzitter**:

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

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Hartelijk dank weer. Ik wil mij erbij aansluiten dat we geen aanscherpingen meer willen. Ik proef uit uw verhaal wel een beetje een positief geluid, maar ook wel dat we moeten oppassen met versoepelingen, helemaal als ik de bijna-een-na-laatste grafiek zie over die Britse variant, die enorm omhooggaat. Ik ben wel benieuwd – u gaf net iets over de terrassen aan – of u echt vanuit de zorg het advies geeft om op te passen met de versoepelingen, omdat we in de zorg zien dat we die versoepelingen nog niet aan zouden kunnen.

De heer **Kuipers**:

U moet zich eerst even voorstellen dat op het moment dat je tot grote hoogte stijgt met het aantal besmettelijke personen en daarmee dus ook met de drukte in de zorg, of dat nou in de ziekenhuizen, in de verpleeghuizen of bij de huisarts is, je dan daarna lang bezig bent met strakke maatregelen om dat aantal te laten dalen. Je hebt dan namelijk veel besmettingen die nog wel worden overgedragen. Een goede illustratie van die situatie is de situatie in Engeland, waar ze in december tot hele grote hoogte kwamen en waar bijvoorbeeld, nu we tweeënhalve maand verder zijn, de aantallen patiënten met covid in de ziekenhuizen nog altijd hoger liggen dan in Nederland. Dan zijn we tweeënhalve maand of drie maanden verder. Dat duurt echt lang. Dus eigenlijk wil je daarvan wegblijven. Je wilt niet naar een te hoog niveau en dan lang wachten tot het aantal daalt. 1,5 miljoen vaccinaties is veel, maar het zijn niet 1,5 miljoen mensen en het zijn er ook niet 1,5 miljoen al drie weken lang. Het beschermend effect is er dus niet. Als je dan nu versoepelt en je een aanname in de berekening maakt die leidt tot een R-waardestijging van maar 10%, wat echt weinig is, dan kun je nog flink omhooggaan. Als je dat nog even voor je uitschuift, dan kom je in veel gunstiger vaarwater. Dus voor nu geef ik inderdaad het signaal af dat we op een hoog niveau zitten.

We zitten op een niveau dat even hoog is en hoger dan de eerdere momenten waarop we flink aanscherpten. Het is dan contrair om te zeggen «we gaan nu versoepelen», terwijl we én nog niet in het voorjaar zitten én de vaccinatiegraad nog niet hoog genoeg.

De voorzitter:

Dat is voldoende, zie ik. Mevrouw Kröger namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw Kröger (GroenLinks):

Ik heb een vraag over het ziekteverzuim. Dat zijn natuurlijk hele zorgelijke cijfers. Ik heb eigenlijk een vraag over hoe die trend is. Neemt die toe? Wat zijn daarin de prognoses? Wat als corona zo direct wel onder controle is, maar we al die uitgestelde zorg nog op ons af krijgen? Wat gaat dat doen met de werkdruk en het ziekteverzuim van zorgpersoneel? Hoe wordt daarmee omgegaan? En hoe wordt daar al op voorgesorteerd?

De heer Kuipers:

De trend is maar heel licht dalend. Ik liet die 7,5% zien. In december was het 8%. Dat daalt maar heel licht. Een belangrijke daling is er wel onder het acute zorgpersoneel als het gaat om uitval door covid. Dat is logisch, want ze zijn nu gevaccineerd. Ik gaf ook aan dat het maar een beperkte groep van het totaal is. Eén oorzaak heeft op het totaal niet zoveel effect, maar wel op heel specifieke units. Hoewel het soms wisselt, zijn er onder niet-gevaccineerd ziekenhuispersoneel ook nu nog plekken waar de uitval door covid nog wel aanwezig is. Dus mijn verwachting is, precies om de reden die u benoemt, dat er ook als covid over is echt nog een forse verdere druk van de in te halen reguliere zorg komt. Zoals u net benoemde, komt die ook van degenen waarvan de zorg nu uitgesteld wordt en van de 21% die is afgeschaald. Dus mijn verwachting is dat we niet direct een scherpe verdere daling van het ziekteverzuim zullen zien zodra dit over is. Dat zal waarschijnlijk vrij hoog blijven. Bij zorginstellingen wordt er overal, op allerlei verschillende manieren, heel breed op ingezet om te proberen om in ieder geval te voorkomen dat het omhooggaat en om het langzaam naar beneden te krijgen.

De voorzitter:

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

De heer Veldman (VVD):

Dank u wel. Dank aan de heer Kuipers voor zijn verhaal en voor het opnieuw schetsen dat de situatie kwetsbaar blijft en dat we ons dus niet al te veel kunnen veroorloven. Ik kan me voorstellen dat de heer Kuipers goed om zich heen kijkt om te zien wat we nog meer kunnen doen om ervoor te zorgen dat de zorg toch zo veel mogelijk door kan gaan en dat zeker de ic-capaciteit in voldoende mate beschikbaar is, ook voor de non-covidzorg. Hij gaf in december aan: laten we het ic-personeel met voorrang prikken, zodat ze beschikbaar blijven op de ic zelf. Nu zag ik dat het Amsterdam UMC bezig is met onderzoek naar algoritmen om de ernst van de ziekte die iemand heeft, als hij met covid wordt besmet, te voorspellen. Kan de heer Kuipers iets meer vertellen over in hoeverre dat algoritme ook daadwerkelijk werkbaar en toepasbaar is, zodat we voor die grote groep van 18 tot 65 misschien op andere manieren keuzes kunnen maken over wie eerst mag dan alleen door van 65 terug te werken naar 18?

De heer Kuipers:

Ja, dat kan. Dat is prachtig onderzoek. Dat onderzoek kijkt onder andere welke patiënten je eigenlijk geprioriteerd zou moeten vaccineren om de

druk daar zo veel mogelijk vanaf te halen. Een resultaat is dat het vaccineren van een naar verhouding selecte groep al tot een substantiële afname van de druk in de ziekenhuizen kan leiden. Om dat te implementeren, moet je eigenlijk terug naar de Gezondheidsraad en vragen om een ander prioriteringsschema. Dat ligt buiten mijn... Maar is het serieus onderzoek? Ja, absoluut. Er is nu voor een andere benadering gekozen. Mijn adagium is nu, zeker met de beschikbare vaccins die straks komen, dat ik het schema even niet ter discussie stel, maar wel het punt dat er zo snel mogelijk gevaccineerd moet worden. Ik heb eerder ook aangegeven: hou niet de helft van de vaccins op de plank voor de tweede vaccinatie na drie weken. Dat mag ook wel na een wat langere tijd. Het gebeurt ondertussen al niet meer, maar in het begin wel. Misschien kun je daar wel wat meer risico nemen. Het antwoord op uw vraag of het een relevant algoritme is, is: dat is het absoluut. Zou dat kunnen werken? Absoluut. Maar er zijn andere keuzes gemaakt.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat is voldoende. Dan geef ik mevrouw Diertens het woord, namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw Diertens (D66):

Dank u wel voor de verhelderende presentatie. Ik wil al die zorgmedewerkers, die de bal stabiel hoog in de lucht houden voor ons allemaal, een hart onder de riem steken. Dat wordt enorm gewaardeerd. Mijn vraag over de groep die op de ic werkt is: wat is het effect van het vaccineren? Het acute zorgpersoneel heeft voorrang gehad. Kunt u er misschien wat specifieker op ingaan hoeveel het ziekteverzuim bij hen daalt na die vaccinatie? Wordt er dan ook ruimer omgegaan met de quarantaineregels die er zijn?

De heer Kuipers:

De meest specifieke vraag is: kunt u voor het gevaccineerde personeel aangeven wat het overall ziekteverzuim is? Dat antwoord moet ik u helaas schuldig blijven. Dat weet ik niet. Ik weet het voor het totale zorgpersoneel – dat zijn de gegevens die ik zonet toonde – maar ik weet het niet heel specifiek op landelijk niveau. Wat ik wel weet, is dat de uitval door covid geminimaliseerd is en dat dus ook de vaccinatiebereidheid heel erg hoog was. Ik heb eerder aangegeven dat die boven de 95% lag. Ik weet dat die in mijn eigen ziekenhuis ruim 97% was. De belangrijkste reden om niet gevaccineerd te worden, was op dat moment zwangerschap. Dat is een logische reden. Die zat ook bij een van de exclusiecriteria. Die was eerder niet onderzocht. Dat gebeurt nu wel. De vaccinatiebereidheid is dus hoog. Daardoor is de bescherming tegen covid nu hoog en de uitval door covid heel laag. Maar wat dat landelijk betekent in termen van ziekteverzuim, durf ik niet te zeggen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de fractie van de ChristenUnie. Gaat uw gang.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank, voorzitter. Dank voor de presentatie van vandaag. Ik heb ook een vraag over het zorgpersoneel, want ik schrik er toch wel van dat het ziekteverzuim langdurig hoog blijft. Mevrouw Kröger zei het ook al: er is veel uitgestelde zorg. We zijn er dus nog lang niet, ook niet als we corona straks hopelijk kunnen terugdringen door een vaccinatie. Mijn vraag is dan toch wel: wat staat ons als overheid nu te doen? Ik begrijp dat we goede maatregelen moeten nemen en dat we de maatregelen ook moeten naleven om het aantal besmettingen zo laag mogelijk te houden. Dat helpt natuurlijk. We hebben De Nationale Zorgklas in het leven geroepen. Daar

is veel over te zeggen. We hadden gehoopt dat er meer uit zou komen om ook het personeel te ondersteunen. Maar het heeft niet gebracht wat we ervan hoopten. Wat kan de overheid nog meer doen om al die mensen die in de zorg werken te ondersteunen?

De heer Kuipers:

Nee, we zijn er inderdaad nog lang niet. We kijken nu uit naar zo breed mogelijk vaccineren. We kijken uit naar een zomer. De vervolgvraag wordt natuurlijk: wat gaat er straks in het najaar gebeuren? Komt er dan toch nog wel in mindere mate weer wat terug? Moet je daarvoor bijvoorbeeld op langere termijn toch je capaciteit wel degelijk ook blijvend en structureel uitbreiden? Wat de overheid kan doen ten aanzien van het zo veel mogelijk opvangen van die capaciteit, is initiatieven ondersteunen die het mogelijk maken om patiënten op een andere manier, dus bijvoorbeeld op afstand of thuis, te verzorgen. Wat de overheid zeker kan doen, is de preventieprogramma's – dat gebeurt nu ook – niet meer stopzetten en waar nodig een mogelijkheid bieden om een inhaalslag te maken. Want we lopen, zeker bij borstkankeronderzoek, nog altijd achter. Wat de overheid kan doen ten aanzien van effecten op de uitval van personeel, is zich realiseren dat er niet één gouden oplossing is en dat je veel initiatieven – zoals u dat noemt – moet nemen om voldoende personeel te bereiken en voldoende impact te hebben.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Kuiken namens de fractie van de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Ik was iets later binnen, maar ik heb wel de hele briefing kunnen volgen. Hartelijk dank. Mijn vraag gaat nog even door op de vraag die de heer Veldman van de VVD aan u stelde over dat onderzoek dat er ligt. Zou er dan niet een nieuw advies aan de Gezondheidsraad gevraagd moeten worden? Want we constateren dit al een aantal weken. Twee weken geleden bij de technische briefing werd deze vraag onder andere ook door mevrouw Agema gesteld. We hebben het ook in debatten aangekaart, maar we zien nog steeds dat dit de grootste groep is en dat die groep ook nog steeds niet in aanmerking komt voor vaccinaties. Mijn vraag is dus concreet: moet er dan niet door het kabinet een nieuw advies aan de Gezondheidsraad worden gevraagd?

De heer Kuipers:

Ja, dat kan. Mijn aarzeling zit even in het tempo. Ik kijk dus, zoals ik net ook naar aanleiding van de vraag van de heer Veldman heb aangegeven, naar het tempo van wanneer de vaccins beschikbaar komen. Ondertussen hebben we goede redenen om aan te nemen dat in april de beschikbare aantallen snel omhoog gaan. Dan kan er ook snel gevaccineerd worden. De voorbereidingen lopen nu voor sterke verdere opschaling van het aantal vaccinaties door de GGD's en door hulp van de huisartsen. Waar nodig kunnen de ziekenhuizen ook heel erg veel doen. Dat betekent dat je een capaciteit kunt leveren die bij elkaar, als de vaccins er zijn, naar meer dan 2 miljoen vaccinaties per week gaat. Als je nu teruggaat naar de Gezondheidsraad en vraagt om een advies, en op basis daarvan het plan moet aanpassen, dan kan dat, maar heeft het alleen een impact als dat allemaal bij elkaar in doorlooptijd heel erg snel gaat. Voor de rest is het niet aan mij om te kiezen welk scenario dan de voorkeur heeft. Ik kan alleen aangeven dat de huidige groepen, die nu gevaccineerd zijn, op de druk op de ziekenhuizen heel weinig effect hebben.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van het eerste blok. Ik dank nogmaals de heer Kuipers voor zijn aanwezigheid, de presentatie en de antwoorden op de gestelde vragen. Dan schors ik de vergadering voor een enkel ogenblik, zodat we van plek kunnen wisselen. In de richting van de heer Kuipers zeg ik: tot een volgende keer en succes met alle werkzaamheden. Dank u wel.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Blok 2

Gesprek met:

- de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM

De voorzitter:

Aan de orde is de update over het coronavirus. Inmiddels is de heer Van Dissel aangeschoven. De heer Van Dissel is directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Hartelijk welkom. Ik stel voor dat u begint met de presentatie. Daarna doen we de vragenronde, zoals gebruikelijk. Het woord is aan de heer Van Dissel. Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik neem u weer kort mee in de huidige duiding van de epidemiologie. Ik wil, net als de vorige keer, aan het eind ook meer ingaan op de OMT-vragen om de antwoorden toe te lichten. Allereerst kom ik op de huidige epidemiologie. Ik toon weer even de bekende eerste slide, die ik eigenlijk alleen nog maar gebruik om het aantal mensen dat globaal met covid besmet is te updaten. Dat zijn inmiddels tegen de 120 miljoen mensen, zoals u ziet, met tussen de 2,5 miljoen en 3 miljoen sterftegevallen als gevolg van covid. Die aantallen zijn natuurlijk zeer waarschijnlijk in een heleboel landen een sterke onderschatting.

U ziet ook de ziektepiramide, waarbij we momenteel erg volgen of de andere varianten die inmiddels ook circuleren – de Britse variant en de Zuid-Afrikaanse variant – in gelijke percentages zullen leiden tot ziekenhuis- en ic-opnames. U ziet de percentages die gegeven zijn. Die gelden nog voor de klassieke variant die tot nu toe in Nederland was. Ik denk dat het verder bekende gegevens zijn.

Dan het huidige beeld. We zitten eigenlijk weer in een stijgend deel. Inmiddels is het misschien weer wat gestabiliseerd na een tweede golf. Het is een beetje semantisch om te spreken van een «derde golf», omdat, zoals ik u straks zal laten zien, die nieuwe stijging steeds meer door de Britse variant wordt veroorzaakt. U ziet in ieder geval duidelijk aan de linkerkant dat de positieve meldingen een tijd lang zijn gedaald, tot ongeveer het weekend waarin het zo koud was en men kon schaatsen. Daarna zie je weer een toename. Momenteel is het erg spannend of het stabiliseert of verder zal toenemen.

U heeft zojuist al het nodige gehoord over de ziekenhuis- en ic-opnames. Met betrekking tot de ziekenhuisopnames zien we eigenlijk dat het beeld na een aanvankelijke daling ook gestabiliseerd is. Ten aanzien van de ic-opnames zien we een toename. Er waren vorige week 271 opnames. Dat is toch een stijging van ruim 20%. Het wordt natuurlijk opnieuw spannend of dat zich voortzet of dat dat zich ook stabiliseert. Het is momenteel een beetje een kantelpunt, zoals ik u straks zal laten zien, waarbij het nog verschillende kanten op zou kunnen gaan. In ieder geval zien we na een daling toch weer een toename en nu wellicht een stabilisatie van het aantal besmettingen. Dit vertaalt zich ook in het aantal ziekenhuis- en ic-opnames.

Het totaalbeeld is dat we ongeveer 180 meldingen op 100.000 inwoners hebben. Dat is iets hoger dan ik u afgelopen week heb laten zien. Dat past natuurlijk bij die stijging die we hebben gezien. Als we kijken naar de verschillende regio's, dan ziet u aan de rechterzijde in het blauw de incidenties per veiligheidsregio in de tijd weergegeven. Een aantal daarvan heb ik omcirkeld. Dat is overigens een beetje arbitrair gedaan. Maar als u inzoomt op degene die ik omcirkeld heb, dan ziet u eigenlijk dat daar weer sprake is van een toename in de afgelopen twee weken. Ook hier is dus het beeld dat we bij een heleboel regio's de twee pieken van de tweede golf hebben gezien, gevolgd door een afname. Bij een aantal regio's is dat inmiddels overgegaan naar een stabilisatie. Het beeld zet zich nog niet echt voort, maar neemt misschien ook nog niet heel erg duidelijk toe. Bij een aantal regio's – ik heb het hier voor een zevental omcirkeld – zien we eigenlijk weer een toename van het aantal gevallen. Dat vertaalt zich natuurlijk ook naar het aantal meldingen per 100.000 inwoners in de tabel aan de linkerzijde. Maar goed, u zou dan de verschillende tabellen over de verschillende weken naast elkaar moeten zetten. Het is dus een beeld waarbij je in een heleboel regio's ziet dat het stabiliseert, maar je toch in een aantal regio's, bijvoorbeeld in Noord-Holland-Noord, een evidente stijging ziet.

Als we dan kijken naar de onderliggende testvraag, dan zien we eigenlijk dat het aantal testen opnieuw is toegenomen: afgelopen week met zo'n 13% ten opzichte van de week daarvoor. U ziet ook dat die testvraag in de periode van slecht weer aanmerkelijk lager lag, en nu weer toeneemt. Met een inmiddels gelijk aantal meldingen van positief geteste gevallen, betekent dat dus ook dat het percentage positieve testen wat is afgenomen. Dat heeft lang tussen de 10% en 11% gezeten, maar u ziet dat het nu tegen de 8% ligt. Op zich is het natuurlijk gunstig als je meer testen doet en minder positief test, maar – daar zal ik aan het eind nog even op terugkomen – de vraag is natuurlijk hoeveel personen met klachten zich laten testen en of daar een variatie in zit. Zou het bijvoorbeeld kunnen dat degenen die zich toch al laten testen, bijvoorbeeld omwille van hooikoortsklachten, nu wat vaker komen, waardoor je de toename ziet? Je verwacht dan ook een afname van het percentage, omdat hooikoorts natuurlijk geen positieve testuitslag geeft van covid.

Dan het beeld van de klachten in de bevolking. De website infectieradar.nl geeft die klachten weer, met een redelijke spreiding over Nederland van personen die daarin participeren, zoals u rechtsonder kunt zien. Die geven per week op of ze al dan niet covidachtige klachten hebben. U ziet hier het verloop in de tijd. Na een duidelijke afname, van ruim 30% tot 40%, trad er een stabilisering op en zien we nu weer een geringe toename. Je kan dan een onderscheid maken. Aan de ene kant heb je paars: alle personen die het invullen. Er is ook nagevraagd: bent u iemand die last heeft van hooikoorts? Een aantal geeft aan dat dat zo is. Als je als het ware die personen ervan aftrekt, dan krijgt u de lijn van personen zonder hooikoorts. Ook daar zie je toch een langzame toename van personen die aangeven dat ze luchtwegklachten hebben.

Dan het beeld met betrekking tot de leeftijdscohorten. Wat we aan de laatste twee balkjes zien – dat zijn de lichtste balkjes, die over de laatste twee weken gaan – is dat het eigenlijk bij de meeste leeftijdscohorten stabiliseert. Dan gaat het eigenlijk om de groep met een leeftijd boven de 25, met uitzondering van de 70-plussers. De 70-plusgroep toont een daling. Als je die ook nog opsplijt in een groep die thuis woont en een groep die in een verpleeghuis woont, dan komt u bij de grafiek linksonder, die van geel naar blauw loopt in de tijd. U ziet dat die grafiek wel duidelijk doordaaft; die is inmiddels nog verder gedaald. Dat gaat om de verpleeghuisbewoners. Daar zie je nu het duidelijke effect van vaccinatie. U ziet overigens ook dat de incidentie eerder behoorlijk hoog was, met name in de oudste groep. Daar is het effect van de vaccinatie inmiddels heel goed terug te vinden. Dat wat betreft de ouderen.

Wat we natuurlijk tegelijkertijd zien, is dat met name de groep van 18 tot 24 jaar een belangrijke toename toont wat positieve meldingen betreft. Dat geldt minder voor de wat jongere leeftijdsgroepen. Daar zit nu dus de stijging, of in ieder geval de stabilisering, van het beeld dat we landelijk zien. Meestal zie je dan ook dat er enige toename gaat optreden bij de ouders. Dat is wat we ook zien bij deze jongeren. Ik wil u in herinnering roepen dat dat natuurlijk ook de wijze was waarop de tweede golf begon, waarbij we zagen dat het bij de wat oudere jongeren toenam en zich vervolgens verspreidde naar de andere leeftijdsgroepen. Dat is uiteraard iets om nauwkeurig te volgen.

Dan in het kort even iets over het bron- en contactonderzoek, omdat er de laatste keer ook naar gevraagd werd. Zoals u weet, wordt aan iedereen die als covid-positief uit de test komt, gevraagd of er mogelijk contact is geweest met andere positief geteste gevallen. Er wordt gezocht naar gerelateerde gevallen. Als dat er één betreft, komt dat in de tabellen terug. Als het er drie of meer betreft, dan komt dat in de zogenaamde clusteranalyse terug. Daar ziet u hier de resultaten van. Dan maken we nog onderscheid tussen clusters onder leeftijdsgenoten, bijvoorbeeld een groep kinderen of jongeren van ongeveer dezelfde leeftijd die elkaar mogelijk besmet hebben. Dat ziet u in de zes grafieken aan de linkerkant. Aan de rechterkant ziet u de clusters waarin die leeftijdsbegrenzing er niet is. Dat betreft dan bijvoorbeeld gezinnen met ouders en jonge kinderen. Die hebben natuurlijk verschillende leeftijden. Die worden aan de rechterzijde geteld.

U ziet dat er een belangrijk verschil is in aantallen. Wat u hier ziet, is de tijd op de x-as, ten opzichte van het aantal clusters op de y-as. U ziet dat het aantal clusters met meerdere leeftijden vele malen groter is dan het aantal clusters binnen leeftijdsgenoten. Desalniettemin geeft het wat verschillende, maar wel interessante, informatie. Als je bijvoorbeeld kijkt naar de leeftijdsgenoten, dan zie je dat de jongste leeftijdsgroepen toch eigenlijk voornamelijk besmet worden op school en tijdens sportactiviteiten. Dat is ook weergegeven in de tabel. U ziet de periode van de schoolvakantie daar natuurlijk ook in terug. Als je bij de wat ouderen kijkt, dan zie je dat bezoek, thuissituatie en werk terugkomen. Ten slotte zijn dat bij de alleroudsten tot nu toe verpleeghuizen, maar dat zal ongetwijfeld gaan dalen. Dit geeft nog steeds weer hoe de situatie is, ook aan de rechterzijde, denk ik.

We zien dat nog steeds de meeste besmettingen, grofweg de helft, in de thuissituatie plaatsvinden. Daar ontstaat het natuurlijk niet, maar daar wordt het binnengebracht door een van de huisgenoten. Waar loopt die huisgenoot het op? Door op bezoek te gaan, of door bezoekers te ontvangen. U ziet dat in het roze weergegeven. Dat is een hele belangrijke groep. Dan heb je nog besmettingen op het werk. Het betekent dat bijeenkomsten op het werk tot besmettingen leiden. Vervolgens ziet u de restgroepen. Eigenlijk is daar in de loop van de afgelopen twee maanden nog niet zoveel veranderd. Vooral het bezoek en het werk leiden tot een besmetting, waarna het in het huishouden wordt gebracht en het zich daar verder verspreidt.

Dan een belangrijk punt hoe we met de kiemsurveillance zitten. U ziet hier aan de linkerkant de ontwikkeling van de Britse variant in rood en de Zuid-Afrikavariant in blauw weergegeven. U ziet de doorgetrokken lijn. Dat is de fit door de gemeten punten, voor de duidelijkheid. De punten die u ziet, zijn geen schatting; dat zijn de daadwerkelijke metingen. Die lopen natuurlijk altijd achter op het moment van nu, omdat het enige tijd kost om die sequenties te bepalen en te analyseren. U ziet het hier dus tot en met de derde week van februari. Duidelijk is het volgende. Waar we er eerder van spraken dat er een afname van de toename leek te zijn door die twee punten, die u ook ziet, die een beetje lager uitvallen, is dat nu weer gelogenstraft, want we zitten weer op de snel stijgende lijn. Wat

betreft de metingen betekent dat dat zo'n 65% van alle isolaten zo'n Britse variant is. Dat was in de derde week van februari.

Ik heb ook even weergegeven, omdat ik merk dat het heel vaak verwarring geeft, dat we dan spreken van de dag van bemonstering. Daar gaan die getallen over. De dag van bemonstering ligt natuurlijk weer één tot twee weken na de dag van besmetting. Want iemand wordt besmet, krijgt een incubatieperiode, wordt ziek en laat zich testen. Dan doe je pas de bemonstering. De ziekenhuisopnames staan er ook weer aan de rechterzijde naast, want het duurt weer een dag of vijf tot zeven voordat men in het ziekenhuis komt. Als we dus bijvoorbeeld kijken naar dit moment, dan ziet u, doorgetrokken naar maart, dat we verwachten dat ergens tussen de 75% en 80% van de bemonsteringen die deze week plaatsvinden positief zijn. Maar als u de lijn naar boven doortrekt, krijgt u het percentage dat nu wordt aangehoest met die variant. Dat ligt natuurlijk al vele malen hoger. Omgekeerd, als u weer kijkt naar het aantal ziekenhuisopnames door de variant, dan ziet u dat dat nog steeds aanzienlijk lager ligt. De drie punten die dus gekoppeld zijn aan deze lijn, zijn wel van belang om uit elkaar te halen. Ik merk dat die nogal eens door elkaar worden gebruikt. Het actuele getal van 65% betreft dus de derde week van februari.

Hoe is dan die spreiding? Daarvan laat ik u nu wat zien uit de rioolwater-surveillance. We nemen van zo'n 315 punten waar rioolwaterzuiveringsinstallaties zijn bemonsteringen af. Daar wordt gekeken of we daar het covidvirus in kunnen terugvinden en, als dat gebeurt, of dat het variantvirus is. U ziet hier met rode punten alle locaties in Nederland weergegeven waar het variantvirus is aangetroffen. Zoals u ziet, is het een spreiding over heel Nederland. Er zit zelfs nog een aantal punten bij die als onzeker worden weergegeven. U begrijpt dat dat altijd mengsels zijn, dus dat vereist wel enige techniek om die uit elkaar te halen. Wat je ziet, is links de toename ten gevolge van de Britse variant, die duidelijk doorzet, en rechts de verspreiding over Nederland.

Dan kan je op grond van die toename – hier van 0 tot 1; dat is dan de proportie, maar maal 100 krijgt u natuurlijk het percentage – ook berekenen hoe het zit met die besmettelijkheid ten opzichte van onze eerdere klassieke covid. Dan ziet u dat die van de Britse variant ten opzichte van vorige week weer wat is opgeplust. Dat komt domweg door het feit dat dat punt van afgelopen week duidelijk weer wat boven de gefitte lijn zit. Dat betekent dus dat de schatting weer omhoog gaat naar 29% à 30%. U ziet dat de Zuid-Afrikavariant daaronder ligt. Aan de rechterzijde ziet u dan hoe zich dat vertaalt naar de prevalentiegraad, dus hoeveel besmettelijken we op dit moment in Nederland hebben. Aan de rechterbovenzijde is weergegeven dat dat samengenomen ongeveer 93.000 mensen betreft. Er zijn dus nog steeds tegen de 100.000 personen in Nederland die besmet en besmettelijk zijn door COVID-19. Aan de onderzijde ziet u weergegeven – dat is nog niet helemaal bijgewerkt, dus het is een iets kortere tijdlijn – hoe het zit met de toename van de Britse variant en de afname van de klassieke variant. Inmiddels hebben die lijnen elkaar gekruist en heeft de Britse variant dus nog meer aan terrein gewonnen. Dit dus even met betrekking tot de varianten. Samengevat zien we de Britse variant doorzetten en verwachten we dat het aantal isolaten met de Britse variant steeds hoger wordt en dat het aantal besmettingen daardoor dus ook is toegenomen. Dat is natuurlijk een probleem, want we zien tegelijkertijd dat de Britse variant besmettelijker is dan degene die we hadden. Hoe frustrerend ook, dat betekent dat we – ik kan niet anders zeggen – ons nog meer aan de basisregels zullen moeten houden om die eronder te krijgen. Dat is natuurlijk een frustrerende situatie.

Dan kom ik op de berekening van het reproductiegetal. U kent de analyse. Het gaat om het aantal personen dat door iemand die nu geïnfecteerd is opnieuw besmet wordt. Als het 1 is, blijft het stabiel. Als het groter dan 1 is, neemt het snel toe. Het neemt snel toe, omdat het zich elke vier dagen herhaalt. Als het kleiner dan 1 is, verwacht je eigenlijk dat de uitbraak

afneemt. Dat getal kunnen we altijd terugrekenen. Dat heeft ermee te maken dat je eerst moet weten hoeveel mensen iemand anders besmet, want daarmee bereken je het getal. Dat betekent dat we nu kunnen zeggen dat het op 22 februari net onder de 1 lag. U ziet dat dat een samengesteld getal is: samengesteld uit het klassieke type – dat maar even aangeduid is met «wildtype» – de Zuid-Afrikaanse variant, die nog maar weinig bijdraagt, en de variant uit het Verenigd Koninkrijk, die steeds meer gaat bijdragen. Met name de Britse variant maakt dat je naar de toekomst toe wat somberder bent, ofschoon het heel mooi is dat het samengestelde getal nu weer een keer net onder de 1 ligt, nadat die een aantal weken daarboven heeft gelegen. Dat is zonder meer gunstig. Maar met het verhaal van net erbij, ziet u ook dat die Britse variant het zal gaan overnemen. Die Britse variant is eigenlijk in al die weken consequent nog boven de 1 geweest. Dat geldt ook voor de Zuid-Afrikaanse variant, maar die draagt als het ware veel minder bij. Dit is op basis van de meldingen in Osiris. Je kunt op basis van de ziekenhuis- en ic-opnames – getallen die we via de stichting NICE krijgen – hetzelfde berekenen. Dan ziet u dat het niet onder, maar net boven de 1 is.

Hoe vertaalt zich dat naar het aantal besmettingen? Dat ziet u aan de linkerkant. U ziet daar in blauw de klassieke variant. Die is afgenomen. U ziet het geheel weer wat toenemen. Die toename komt toch vooral door die Britse variant, die nou eenmaal met een reproductiegetal van boven de 1 nog steeds aan het toenemen is. Aan de onderzijde ziet u, met spreiding weergegeven, de berekening van het reproductiegetal in de tijd. We zien dus opnieuw de Britse variant, die besmettelijker is, een groter aandeel heeft in het aantal nieuwe besmettingen en die in onze visie – ik kom daar zo op terug – ertoe zal leiden dat je eigenlijk niet kan verwachten dat het reproductiegetal op 1 blijft. Dat zal meestijgen, tenzij we erin slagen – dat proberen we natuurlijk met z'n allen – om ook die Britse variant onder de 1 te krijgen.

Dan wilde ik u nog even het volgende laten zien, omdat we dit al enige tijd doen. Ik dacht dat ik het hier nog niet eerder had genoemd. Als maat voor het aantal besmettingen en voor de infectiedruk wordt ook gekeken naar virusdeeltjes in rioolwater. Als iemand covid heeft, zal hij ook virusdeeltjes uitscheiden met de ontlasting. Dat komt uiteindelijk in het rioolwater terecht. Dat kan bepaald worden. U ziet hier dat van die ongeveer 315 meetpunten in Nederland – op de grafiek aan de rechter onderzijde – per week weergegeven is of het meer of minder is dan de week ervoor. Het is maar een manier van uitdrukken. Groepen zijn nog bezig om het op een zo informatief mogelijke manier te vertalen naar infographics, maar dit is in ieder geval één manier. U ziet dat naarmate het rood wordt, er sprake is van een toename. Als het groen wordt, is er sprake van een afname. Maar het geeft natuurlijk een beeld ten opzichte van de week ervoor. Dus het kan best heel hoog en toch op deze kaart groen zijn, omdat het de afgelopen week iets is afgenomen of gestabiliseerd.

Aan de linkerkant ziet u aan de onderkant de actuele metingen weergegeven. U ziet dat daar een geweldige spreiding in is. Dat is logisch, want per rioolwaterzuiveringsinstallatie heb je een verschillend aantal mensen dat daar – als ik het zo mag zeggen – op draineert. Er is regenwater dat daarbij komt. Het is dus ingewikkeld om dat in dit model allemaal door te rekenen en te normaliseren naar een getal dat daadwerkelijk wat zegt en waardoor je de regio's kan vergelijken. Dat is nu in eerste instantie gedaan met de rode lijn die erdoorheen getrokken is.

U vindt die rode lijn ook terug aan de bovenzijde van de grafiek. Daar is de ontwikkeling in de hoeveelheid virusdeeltjes in het rioolwater afgezet tegen het aantal ziekenhuisopnames en het aantal meldingen. U ziet dat dat eigenlijk heel redelijk met elkaar overeenkomt en dat in regio's die rioolwatermetingen ook wat voorlopen op meldingen en ziekenhuisopnames. Zeker in die zin denk ik dat deze gegevens in de toekomst steeds

meer een weg zullen vinden in de interpretatie, als we verder zijn met vaccineren en we vooral op zoek moeten naar resterende haarden. Dan weten we dat er momenteel een toename is in Noord-Holland Noord. Dat heb ik al even genoemd. We weten dat er momenteel een toename is in Noord-Holland-Noord. Dat heb ik al even genoemd. U ziet op de grafiek helemaal rechtsboven met de rode cirkel eromheen dat er ietsje toename is. Ik heb de aantallen in de bepalingen eruit gelicht in de aparte grafiek. Dan zie je daarvoor weer een toename, aangegeven met het rode pijltje. Dus met de rioolwatermetingen wordt een manier ontwikkeld om hopelijk een vroegsignalering te krijgen van toename van virusdeeltjes.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ik vraag me af of dit soort onderzoeken ook op de Caribische eilanden worden gedaan.

De heer **Van Dissel**:

Voor rioolwater weet ik het niet, maar ik ga het voor u navragen. Het meeste wordt daar wel gespiegeld, maar ik weet even niet of dit daarin is meegenomen.

Ik heb u hopelijk een goed overzicht laten zien met getallen van de toename van de varianten en enige interpretatie daarbij. Ik wil nu doorgaan met de vragen die het OMT heeft gekregen. De allereerste vraag heeft betrekking op epidemiologie. We vinden de situatie blijvend kwetsbaar, omdat het aantal personen dat besmet is nog steeds heel erg hoog is, ook wanneer je dat vergelijkt met een aantal andere Europese landen. We zitten rond de 100.000. Als dat stabiel blijft, zou je zeggen: dat is goed; dan blijft het stabiel. Dat ben ik helemaal met u eens. Het probleem met zo'n hoog aantal als uitgangswaarde is dat wanneer er een kleine toename is in het reproductiegetal, je ook absoluut gezien – omdat het zo'n hoog getal is – heel snel een toename krijgt die zich meteen vertaalt naar meer ic- en ziekenhuisopnames. Ik kom daar zo nog even op terug. Bijvoorbeeld een land als Duitsland, dat nu ook heel voorzichtig begint met wat te versoepelen, zit vele malen lager dan Nederland. Dat maakt dat je dan ook veel meer kan opvangen als het onverhoeds toch een negatieve invloed heeft op het reproductiegetal. Dus het reproductiegetal rond de 1.0 tezamen met dat grote aantal besmettelijke personen is wat ons betreft eigenlijk een situatie die je niet wilt. Ik zal u straks in een grafiek laten zien hoe je dat ongeveer kan duiden.

Daarbij passend is ook – en dat heeft u net al gehoord – dat er nog steeds druk is op de zorg. Van de reguliere zorg wordt zo'n 20% à 25% ok's niet gedaan, omdat daar geen ruimte voor is. Dat betekent dat, ook al zijn die aantallen in de ziekenhuizen en in de ic's – waar het dan weliswaar wat oploopt – redelijk stabiel gebleken, het toch al een extra zorgbelasting geeft voor de reguliere zorg die we eigenlijk niet willen. Die drie dingen tezamen maken dat we de situatie nu eigenlijk heel kwetsbaar achten en dat we dus ook adviseren om voorzichtig te zijn met betrekking tot veranderingen in de maatregelen.

Met betrekking tot die maatregelen zijn een aantal specifieke vragen gesteld. Allereerst weer over de avondklok en bezoekbeperking en mogelijkheden tot aanpassing van maatregelen in de zin van versoepelingen. Ten slotte, als dat niet zou kunnen, werd gevraagd of dan wel aan te geven is welke grenswaarden te stellen zijn om dat soort aanpassingen wel te doen. Daar zal ik wat over zeggen. Ik begrijp die vragen goed, want je wilt iedereen natuurlijk toch perspectief bieden in wat men ongeveer kan verwachten als men het nieuws volgt. En verder waren er kleine vragen over zwemmen en het reisverbod.

Dus allereerst de avondklok en de bezoekregel. Dat is iets wat hier al een aantal weken terugkomt. Het zal u ongetwijfeld opvallen dat mijn slide hierover niet zo veel verandert, omdat wij daar weinig aan hebben toe te voegen ten opzichte van de eerste berekening, waarbij we uitkwamen op

ongeveer 10%. Dat zal ik u zo weer illustreren. We hebben contactonderzoeken gedaan, gekeken of het instellen van deze regel, die alleen maar als bundel kon worden geanalyseerd, effect heeft gehad op contacten. Ik heb u al laten zien dat het antwoord daarop ja is. We hebben inmiddels nog een tweede onderzoek binnengekregen, het zogenoemde PIENTER-onderzoek, dat eigenlijk hetzelfde toont. Ik zal u weer laten zien dat het beloop in bijvoorbeeld de ic-opnames echt het beste past bij het feit dat we ongeveer 10% effect hebben van deze gecombineerde maatregel. Dat moet ik er wel bij zeggen, want wij kunnen u niet nader preciseren of het de bezoekregel is die het meeste effect heeft of de avondklok. Ik kan u alleen verwijzen naar de opvolging van deze beide regels, die voor de avondklok wat beter lijkt te zijn dan voor de bezoekregel. Ik neem u even mee naar de verschillende onderdelen van de analyse. Ik heb u eerder het Comix-onderzoek laten zien; dit is het PIENTER-onderzoek, hier weergegeven op een zogenaamde heatmap, waarbij de kleur van het blokje die valt op een samenkomst van leeftijden aangeeft hoeveel contacten er zijn. Die contacten kunnen binnen het huishouden zijn, aan de onderzijde, buiten het huishouden of opgeteld, aan de bovenzijde. Naarmate het blokje geler wordt, zijn er meer contacten en naarmate het meer donkerblauw wordt, zijn er minder. Die as ziet u aan de rechterzijde. U ziet in de periode vóór covid en op vier verschillende periodes tijdens covid de afname weergegeven die er was in april vorig jaar en in de zomerperiode, en weer de toename in september waarbij het beeld meer geel wordt. U ziet de recente situatie waarin het beeld weer donkerder is, maar nog niet zo donker als in april.

U ziet ook dat de meeste contacten van ons zijn met leeftijdgenoten. Als u helemaal naar de onderste rij kijkt, ziet u heel duidelijk het effect van ouders en kinderen. U ziet dat men met leeftijdgenoten het meest contact heeft, maar dat voor kinderen natuurlijk geldt dat ze ook met hun ouders contact hebben. Dat is het tweede balkje dat daar oploopt, gespiegeld, waardoor u eigenlijk met de helft van de grafiek kunt volstaan. Met andere woorden, we zien een afname van contacten. We hebben met het andere onderzoek gezien dat dat ook met het instellen van de avondklok en de bezoekregel het aantal contacten duidelijk verder omlaag gegaan is. Dat wordt hier opnieuw in bevestigd.

Dit soort contactmatrices is uiteindelijk ook onderliggend aan de modellering. U kunt zich voorstellen dat je ook nog kon contactmatrices kunt maken voor de horeca, voor bezoek aan winkels en voor vrijetijdsbesteding. Die kun je gebruiken als input in het model, want zo'n model berekent uiteindelijk de kans door het aantal contacten, de intensiteit en de duur. Die getallen hebben we hier ook, dus dit is de contactmatrix, passende bij een effect van de avondklok/bezoekregel.

Doorgerekend, ziet u hier de modellering voor drie situaties weergegeven. Met de zwarte dots ziet u de actuele metingen, dus domweg wat er daadwerkelijk gebeurd is. U ziet de ontwikkeling van de eerste golf tot de tweede golf en nu weer het opkomen in de derde golf. Dan ziet u eigenlijk dat het moment van de bezoekregel en de avondklok ligt voor de afsplitsing van de rode lijn, want die rode lijn is de berekening in het model als die maatregelen niet waren ingesteld. U ziet dat inmiddels de uiteindelijke bedbezetting op de ic's afwijkt, niet alleen van de rode lijn maar ook van het vlak rond de rode lijnen, het betrouwbaarheidsinterval. Met andere woorden, het past bij een effect van de avondklok en de bezoekregel.

Dan hebben we nog twee lijnen die daar verder doorheen lopen. Daar ziet u dat je nog niet kan onderscheiden met welke lijn de getallen zich gaan ontwikkelen. Het ene geeft de maatregelen aan tot en met bezoekregel en avondklok zonder enige versoepelingen, en de groene lijn geeft hetzelfde aan, maar dan met de huidige ingestelde versoepelingen. Het verschil tussen beide lijnen geeft dus in wezen het effect dat wij verwachten door de versoepelingen, maar belangrijk is ook dat die lijnen duidelijk lijken op

te lopen. Vandaar onze voorspelling, waar ik zo nog op terugkom, dat we toch te maken zullen krijgen met een derde golf. Er zit natuurlijk veel onzekerheid in hoe hoog of hoe groot die wordt. Daarom heb ik die uitslagen ook nog vertaald in een soort kansdichtheidscurves, die u op de y-as aan de rechterzijde geprojecteerd ziet, voor de groene lijn en voor de blauwe lijn. Dat is eigenlijk vooral om weer te geven dat de waarschijnlijkheid van een uitkomst uit de modellering voor die twee situaties in belangrijke mate overlap vertoont.

Dat kun je ook zien omdat de kleurvlakken rond die lijnen, die de 50%-waarde, de mediaan aangeven, natuurlijk ook in belangrijke mate over elkaar vallen. Met andere woorden, de rode lijn volgen we met zekerheid niet, maar in hoeverre we nu wel of niet gaan stijgen zal echt nog afhangen van de actuele getallen, want dan is het al gebeurd. Maar er zit gewoon onzekerheid in, in welke mate dat gebeurt. Dat woord heb ik de afgelopen weken hier ook zeer vaak gebruikt, helaas, maar het is niet anders. Dan kunnen we ook apart berekenen wat de effecten van de avondklok zijn, met de gevolgde maatregelen. Dat ziet u hier weergegeven voor twee situaties met betrekking tot de vaccinatie. Dat doet er nu op zich niet zo toe, maar u ziet wel aan de bovenzijde mét avondklok/bezoekregeling en aan de onderzijde zonder. Dan moet u de roze lijnen vergelijken. De roze lijn van linksboven komt terug als zwarte lijn, als referentielijn in alle andere grafieken. Dan ziet u toch bijvoorbeeld op de bezette ic-bedden een fors effect van die avondklok in het model. Dat voorkomen we dus met het handhaven van deze twee maatregelen in een bundel.

Dan de vraag of er nu mogelijkheden tot versoepeling zijn. Daarvan heb ik u al het nodige laten zien. Ik heb het laten zien voor de bedbezetting. Hier laat ik u dezelfde grafiek weer zien, maar dan voor de opnames, die natuurlijk uiteindelijk tot bedbezetting leiden en afhankelijk van hoe lang men daar ligt, het aantal bezette bedden. De grafiek lijkt daar heel erg op, zoals u ziet. Ook hier is nu wel duidelijk dat de actuele metingen passen bij opnieuw die 10%-effect van de avondklok/bezoekregel, want die rode lijn valt er nu duidelijk buiten. Maar in hoeverre die derde piek echt nog geweldig zal toenemen of dat die relatief beperkt zal blijven – hier weergegeven door de groene en de blauwe lijn, waar gewoon nog geweldig veel overlap in zit – dat kunnen wij net zo min voorspellen als iemand anders. Wij verwachten dat die meer naar de groene dan naar de blauwe lijn zal neigen, maar dat is slechts een verwachting. Ik kom daar zo nog heel even op terug.

Hier ziet u weer precies hetzelfde, maar dan wat uitvergroot op de bedbezetting. Opnieuw moge duidelijk zijn dat de actuele getallen de groene of blauwe lijn volgen. Die gaan nu uit elkaar lopen. De komende periode wordt wat dat betreft dus een spannende periode met betrekking tot de opnames, of die toch meer gaan stijgen of dat het gelukkig beperkt blijft doordat we ons zo goed mogelijk aan de maatregelen proberen te houden. De doorrekening van deze lijn, want die loopt maar tot 1 april, ziet u rechtsonder. Dat maakt fors uit, want u ziet dat er in de blauwe lijn eigenlijk maar een relatief beperkte derde golf is, maar in de groene lijn, waarbij we de effecten van de scholen en dergelijke door proberen te rekenen, ziet u toch dat we verwachten dat er een behoorlijke toename is. Maar ook die is weergegeven met een vraagteken en er is een behoorlijke overlap tussen beide voorspellingen. Je kan ook weleens geluk hebben. 50% van de blauwe lijn ligt tenslotte eronder. Dat is gewoon de onzekerheid waar we momenteel mee te maken hebben.

De prognoses voor die derde golf, hoe hoog die wordt, zijn in belangrijke mate onzeker. Het komende beeld zal echt duidelijk moeten maken welke lijn we gaan volgen. Dan doet zich natuurlijk toch de vraag voor of er waarden zijn aan te geven – anders wordt het wel heel erg een verhaal van elke week weer kijken hoe het er nu uitziet – waar we naar kunnen streven. Zijn er streefwaarden aan te geven, die het, als we eronder

blijven, mogelijk maken om bijvoorbeeld de universiteit en het hbo, de terrassen en de detailhandel te openen? Buitensporten en zwemmen zijn zoals u weet vanaf volgende week weer actueel; daar is al toe besloten. Maar hoe kan je daar nou uiteindelijk een oordeel over hebben? Dat heeft natuurlijk toch te maken met het doorrekenen van kansen, dat er een bepaalde bezetting op de ic wordt bereikt. Wat we daarvoor gedaan hebben, laat zich hier illustreren aan een voorbeeld. U ziet linksboven dat er sprake is van een stabiele R-waarde rond de 1, zoals we die nu in wezen hebben. Stel dat die R-waarde toch plotseling om wat voor reden dan ook zou stijgen, dan verwacht je natuurlijk dat het aantal opnames – in dit geval op de ic, weergegeven aan de onderzijde – langzaam gaat toenemen. Dat stijgende gebied ziet u in de curve weergegeven als een verkleuring naar rood toe. Op een gegeven moment is die stijging dusdanig dat je aan de bel trekt. In de grafiek op sheet 22 is dat een stijging van ongeveer 10 naar 25. Dat is natuurlijk maar wat je dan afspreekt. Dan zorg je dat die R-waarde weer terug onder de 1 komt. Dat is met die rode pijl boven aangegeven. En de vraag die je dan eigenlijk wilt beantwoorden is: wat kan je dan verwachten met betrekking tot de ic-opnames? Je ziet dat die periode van stijging van het reproductiegetal, waar je pas op kan reageren als die zich vertaalt naar ziekenhuisopnames, voor de set van waarden die op sheet 22 is ingevoerd, startend bij 200 en een reproductiegetal van 1,5, gedurende twintig dagen al leidt tot 1.150 bezette ic-bedden. En dat is eigenlijk al onze totale capaciteit. Dit geeft dus al weer hoe kwetsbaar bijvoorbeeld de huidige situatie is. Want ik roep u even in herinnering: we zitten nu niet met 200 bezette ic-bedden, maar met 550 bedden. We zitten met een Britse variant met een Rt-waarde van in de afgelopen weken toch gemiddeld rond 1,15. En dit is wat hoger gerekend, maar ik zal u zo laten zien waar je dan uitkomt bij wat lagere getallen. Dan kan je je niet laten verrassen, maar zie je toch dat je een geweldige druk op de zorg kan krijgen ten gevolge van een toename van het reproductiegetal. Dit is geen modellering, dit is gewoon een aritmetiek, een berekening.

Deze som kan je doen voor een heleboel verschillende reproductiegetallen en ook voor een heleboel verschillende getallen van de bedbezetting. Dan krijg je de grafiek van sheet 23. Ik neem u daar opnieuw in mee. Aan de onderas, de x-as, de horizontale as ziet u het reproductiegetal weergegeven. Dat varieert in dit geval van 0,7 tot 1,6. En de 1 is wat dikker gemaakt, en die lijn is naar boven doorgetrokken. Op de y-as is de bezetting in de zorg weergegeven. Het is natuurlijk arbitrair wat je daarvoor kiest. Ik heb me hier even beperkt tot de ic-bedden, en ook de vertaling naar ziekenhuisbedden ernaast gezet. Dat kan je beschouwen als een druk op de zorg.

Deze grafiek kan je eigenlijk als volgt lezen. Wat geeft deze grafiek namelijk weer voor elk kruispunt van belasting van de zorg en reproductiegetal? Het geeft de verwachting weer als je gedurende twee weken op zo'n reproductiegetal zit. Dan is het eigenlijk heel simpel. Als het reproductiegetal onder de 1 zit, en je zou zelfs, even heel theoretisch, 1.200 ic-bedden hebben, dan is het in de grafiek witgekleurd. Waarom? Omdat het aantal alleen maar zal dalen, want je hebt een reproductiegetal onder de 1. Het wordt natuurlijk pas spannend als het reproductiegetal boven de 1 komt. U ziet hier met de kleuren weergegeven wanneer dan echt de problemen ontstaan. En opnieuw geldt: bij een aantal van 150, helemaal aan de onderzijde van de grafiek, een periode die we bijvoorbeeld hebben gehad na de zomervakantie, hoeft je je nog niet zo acuut druk te maken over een reproductiegetal van 1,5, want je weet dat dan natuurlijk het aantal ic-bedden zal stijgen, maar niet tot een niveau waarbij je in de problemen komt. Ik heb het niveau waarbij je in de problemen komt, hier aangegeven met die 750. Dat is een beetje arbitrair gekozen. Maar eigenlijk loopt dat heel snel op naarmate je omhoog komt in dat rode gebied. Ik heb ook een grens van 1.300 weergegeven.

Nou, laten we dan even kijken naar de huidige situatie. We zitten op 550. Dus op de x-as denken we ons 550 in. We gaan dat dan vervolgen richting rechts. We zitten nu rond de 1. U ziet dat je eigenlijk nog in het witte gebied zit. Uiteraard, want het betekent dat het stabiel is. Maar het wisselt natuurlijk. En de cijfers worden anders als we naar de situatie van 100% Britse variant zouden gaan. We verwachten, ook naar analogie van andere landen, dat die Britse variant een reproductiegetal van 1,10 tot 1,15 heeft. U ziet in de grafiek dat je met zo'n reproductiegetal in het roze gebied komt, uitgaande van die 500. En dat zou best de komende twee weken kunnen gebeuren, want dat merken we natuurlijk pas na die twee weken. Je komt dan dus uit op een ic-bedbezetting van tussen de pakweg 800 en 1.100. Zo kan je voor alle ic-bezettingen een soort grenswaarde aangeven waarbinnen je het in ieder geval nog aankan als het onverhoeds toch sterk gaat toenemen. Dat kunt u in wezen aflezen uit deze grafiek. Nogmaals, naar het oordeel van het OMT is 550 als uitgangspunt met een Rt-waarde die vorige week nog op 1,05 of zo lag, dus in feite al in het oranje gebied, al een gebied waarvan je weet dat je, als je dat gewoon zo laat bestaan, over drie tot vijf weken op iets van 800+ ic-opnames zit. Als je op 800 zit, is de mogelijkheid om nog meer reproductiegetal boven de 1 op te vangen, eigenlijk helemaal tot nul gereduceerd. Dan moet je veel harder gaan drukken om het weer omlaag te krijgen. Dit is een abstractie, maar ik hoop dat die dat wel duidelijk maakt.

Dat kan je natuurlijk weer vertalen naar de indeling van de ic's. Volgens mij heeft Ernst Kuipers die net ook laten zien. Aan de linkerzijde van het staafdiagrammetje staat rechts de situatie nu, met ongeveer 600 bedden voor de standaardzorg en 550 ic-bedden voor de covidzorg. Dan is er altijd nog een buffer. De situatie in maart was dat we uiteindelijk tot zo'n 1.200 ic-bedden door covid kwamen, dat er sprake was van een sterk gereduceerde reguliere zorg en dat we ook nog moesten zorgen voor een back-up in Duitsland, dat vier tot vijf keer meer ic-bedden per inwoner heeft. In die situatie wil je niet meer komen. Als we in de huidige situatie van 550 ic-bedden en rond de 2.000 ziekenhuisopnames – dat getal klopt – een R-waarde rond de 1 hebben – die hebben we de afgelopen weken gehad; we hebben die nu één keer niet, maar we verwachten daar wel weer naartoe te gaan als de Britse variant het verder overneemt – dan komen we dus in een gebied waarin die 500 domweg te hoog is. Dat aantal is nu te hoog vanwege het aantal ic-bedden dat eraan gaat komen. U kunt zich voorstellen dat het heel erg moeilijk wordt als je nu dan nog extra versoepelingen zou doorvoeren of maatregelen zou nemen, want dan verwacht je een nog verdere stijging. Voor de getallen die dan wel geschikt zijn voor versoepeling – dat volgt hier ook uit – betekent het eigenlijk altijd dat je het reproductiegetal onder de 1 wilt hebben, want dan kan je natuurlijk veel meer aan.

Dan de berekeningen met betrekking tot het openen van het wetenschappelijk onderwijs en het hbo en de terrassen en dergelijke, en gezamenlijk. Aan de linkerzijde ziet u de meest gunstige situatie met betrekking tot vaccinatie, namelijk het voorkomen van ziekten, maar ook het voorkomen van overdracht. Dat is eigenlijk zoals we het nu hebben ingericht. De brancheorganisaties zijn ook zeer actief geweest met het komen van voorstellen om dat op een veilige wijze te doen. Wanneer u die lijnen vergelijkt met de zwarte lijn, ziet u dat de effecten gelukkig beperkt zijn. U ziet enige toename. Het zal wat afhangen van de werking van de vaccins hoe groot die dan is – dat zijn de eerste twee kolommen – maar die toename is wel redelijk beperkt. Maar nogmaals, in de kwetsbare situatie waarin we nu zitten, zou het wel net de druppel kunnen zijn die de ton doet overlopen.

In antwoord op de vragen heeft het OMT daarom gezegd dat de situatie nu te kwetsbaar is voor verdere versoepelingen. Ik wil daarbij ook benadrukken dat we pas deze week met de opening van het voortgezet onderwijs zijn gestart. In die groep zijn we een toename van het aantal

besmettingen. We hebben nog onvoldoende tijd om het effect daarvan op het reproductiegetal af te wachten. Het is eigenlijk natuurlijk pas sinds een week opgestart. Ons uitgangspunt is daarom dat we nu even moeten afwachten, maar dat we in die zin wel licht aan het einde van de tunnel zien dat als we het stabiel houden – dat is toch iets wat we met z'n allen zullen moeten doen – we de mogelijkheid krijgen om over te gaan tot verdere versoepelingen. Dat heb ik u hopelijk net duidelijk gemaakt aan de hand van die grafiek. De versoepeling van de maatregelen met betrekking tot zwemmen en buitensporten heeft u kunnen zien. Ten slotte was er momenteel ook geen reden meer voor het reisverbod voor het Verenigd Koninkrijk. Overigens komt dit met name doordat we inmiddels net zoveel mutantvarianten hebben als het Verenigd Koninkrijk. Dan heeft het op zich niet zoveel zin meer om, in ieder geval op grond daarvan, een reisverbod af te kondigen. Het aantal daar is überhaupt een stuk lager dan in Nederland. Dus dit met betrekking tot het advies. Ook als het beeld stabiel blijft of gunstiger wordt, is er duidelijk uitzicht op mogelijkheden. Ik wil het volgende nog even in herinnering roepen; ik herhaal het maar, want dit zijn toch de belangrijke dingen om ook hier te noemen. De bronmaatregelen en de collectieve maatregelen die we met elkaar nemen, zijn buitengewoon belangrijk om dat virus te bedwingen. Als je bijvoorbeeld op het dashboard van de rijksoverheid kijkt naar het percentage opvolging, dan zie je toch dat eigenlijk maar de helft van alle personen met klachten zich laat testen en dat ook de opvolging van een aantal maatregelen gewoon beter kan. Dit is niet een kwestie van schuld geven, maar van benadrukken hoe belangrijk het is om deze dingen te doen. Met name zo'n bronmaatregel als het beperken van infecties binnen een huishouden en die niet meer doorgeven, staat echt centraal in het bestrijden van het virus. Al het andere is afgeleid. Dus hoe beter we ons met z'n allen aan de maatregelen houden, hoe beter het is, hoe moeilijk en frustrerend dat na een jaar ook is – dat begrijp ik heel goed. Dat zijn toch de essentiële onderdelen van de bestrijding om uiteindelijk de aanpassing van de maatregelen en het terugdringen van de ic-opnames en het R-getal mogelijk te maken.

Ten slotte nog even het internationale beeld, van Europa. U ziet dat een aantal landen toch beduidend lager zit dan Nederland, bijvoorbeeld Duitsland en Denemarken. Ook daar ziet men overigens een kleine toename, maar die is beperkt. U ziet dat het in Nederland en België wat lijkt af te vlakken. Dat heb ik, denk ik, net ook geïllustreerd. Een land als Italië laat een stijging zien, net als Frankrijk. Daar is het weer hoger dan in Nederland. Maar al met al zijn er toch duidelijke verschillen binnen Europa, wat ook maakt dat de dynamiek van het openstellen in andere landen, waar weleens naar verwezen wordt, altijd moet worden beschouwd in het kader van de vraag hoeveel besmettingen er zijn en wat de ontwikkeling van die besmettingen is.

Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank, meneer Van Dissel, voor uw presentatie. Die was weer zeer uitvoerig. Ik stel voor dat we overgaan naar het stellen van vragen. Alle leden krijgen de gelegenheid voor het stellen van twee vragen. Ik begin graag weer bij mevrouw Agema namens de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik begrijp dat het heropenen van de scholen niet heeft geleid tot meer besmettingen, want anders was de heer Van Dissel daar wel over begonnen. Ik begrijp ook dat het voor scholen spannend is om weer open te gaan, want er kunnen ook leraren zijn die een verhoogd risico lopen of er kunnen ouders van kinderen zijn die een verhoogd risico lopen op een ernstig verloop van corona. Maar wat ik hoor, is dat heel veel scholen tegenover ouders doen alsof er een testverplichting bestaat.

Daar worden hele grote zorgen over geuit. Niet alle ouders natuurlijk, maar een hele hoop ouders zijn daar heel erg boos over. Op de website van het RIVM lees ik dat er geen testverplichting is. Die is er niet voor volwassenen; die er is er niet voor kinderen. Je kunt kinderen met klachten ook een paar dagen thuishouden. Dat zegt het RIVM. Omdat dit live wordt uitgezonden, zou ik de heer Van Dissel willen vragen om dat een keer te herhalen, zodat hij deze onrust die er onder ouders is, uit de lucht kan halen.

De heer Van Dissel:

U heeft gelijk: er is geen verplichting. Testen is natuurlijk een mogelijkheid om bijvoorbeeld eerder uit een situatie van quarantaine te komen, maar wat u zegt is juist.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik heb nog een vraag, voorzitter. Het openen van de scholen heeft niet geleid tot meer besmettingen. Ik vind het eigenlijk toch wel heel bijzonder dat de heer Van Dissel het daar in zijn presentatie niet over heeft, maar wel de hele tijd een soort fixatie heeft op de avondklok. Daar wordt iedere technische briefing weer op teruggekomen. Wat ik ook zie, is dat wij begin februari in de zwaarste lockdown ter wereld zaten en dat eigenlijk heel veel meer landen wachten op de opkomst van de Britse variant. Ik heb een vraag naar aanleiding van slide nummer 14, waarbij de heer Van Dissel terecht zegt dat we de avondklok en de bezoekregel als één moeten beschouwen omdat ze tegelijkertijd zijn ingevoerd. Onderaan de sheet wordt verwezen naar het rapport van Haug et al., Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. In dat rapport zie je dat de small gatherings helemaal eenzaam en alleen bovenaan staan als het gaat om de effectiviteit van de maatregelen. Ik zou de heer Van Dissel willen vragen of het niet toch mogelijk is om deze twee maatregelen – ik snap dat hij zegt dat ze tegelijkertijd zijn ingevoerd – eens een keer los van elkaar te bezien. Eigenlijk staat in alle onderliggende rapporten – we hebben ze heel goed gelezen – dat de avondklok niet zo heel effectief is, maar de bezoekregel wel. Dan hoor ik de heer Van Dissel steeds zeggen dat de bezoekregel minder goed wordt nageleefd. Het is ook een hele vervelende maatregel; ik heb er zelf ook heel veel last van. Misschien wordt de allereffectiefste maatregel minder goed nageleefd, maar die zou nog wel eens veel effectiever kunnen zijn dan al die andere maatregelen bij elkaar die allemaal niet zo effectief zijn. Dus vraag ik of het mogelijk is dat de heer Van Dissel in een volgende presentatie die twee toch uit elkaar gaat trekken. Ik hoop natuurlijk dat de avondklok wordt afgeschaft.

De heer Van Dissel:

Een aantal reacties. Ik dacht dat ik dit de vorige keer al heb laten zien, maar als dat niet zo is kan ik het de volgende keer meenemen. Voor de gedachtegang kun je natuurlijk schattingen maken van effecten, maar ik wil benadrukken dat dat arbitrair blijft. U verwijst naar die andere stukken. Ik heb daar eerder tabellen uit laten zien. Dan stond de curfewmaatregel als derde. Dat vertaalt zich toch naar de avondklok. Die figuur staat in het stuk in Nature Human Behaviour 2020. Maar daar staan de gatherings bovenaan. Daar heeft u gelijk in. Die maatregel wordt vertaald als hele grote events, intermediaire en kleinere events. Dat komt uit de analyses. Kijk, die stukken zijn geschreven in een poging om die verschillende effecten uit elkaar te trekken. Ook die stukken hebben daar een behoorlijk complexe statistiek voor nodig om er chocolade van te kunnen maken. Dus het is gewoon complex. Het verschilt per context, per situatie. Dat ziet u ook omdat landen als Denemarken qua aantallen altijd lager liggen, terwijl ze qua maatregelen heel erg lijken op Nederland, Duitsland ook. Daar kun je je van alles bij voorstellen, bijvoorbeeld ook dat er cultuurver-

schillen zijn. In Italië wonen misschien meerdere generaties in één huishouden. Kortom, er zijn tussen landen verschillen die het moeilijk maken om dat te extrapoleren. Wij kunnen het in Nederland letterlijk niet uit elkaar halen anders dan, zoals u zelf zei, door te kijken naar de opvolging. Dan kom je tot de conclusie dat de opvolging van de avondklok, natuurlijk noodzakelijkerwijs, hoger zal zijn dan de opvolging van de bezoekerregel, maar je weet niet of dat zich een-op-een vertaalt naar het effect ervan. Dus wij kunnen het gewoon niet uit elkaar halen. U zegt vervolgens dat wij de meest strenge lockdown ter wereld hebben. Dat wil ik hier toch wel bestrijden. Ik heb u eerder de maatregelen die bijvoorbeeld in Ierland zijn genomen, laten zien. Die waren toch aanmerkelijk strenger dan de maatregelen die wij ooit in Nederland hebben gehad met betrekking tot het niet het huis uitgaan en een heleboel andere diensten. Maar ook dat is weer contextgevoelig. Dus als u mij vraagt wat de effectiefste maatregelen zijn, dan zijn dat gewoon de basisregels: bij klachten thuisblijven, testen, handen wassen, 1,5 meter afstand, vermijd drukte en dergelijke. Dat is waar het om draait. Al die andere maatregelen zijn extra om te proberen die basismaatregelen te versterken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Eén klein punt: ik heb niet zelf verzonnen dat wij begin februari de zwaarste lockdown ter wereld hadden. Dat blijkt uit de Government Stringency Index. We kunnen ook duidelijk op de Europese landkaart zien dat wij een veel zwaardere lockdown hebben dan de landen om ons heen die ook op de Britse variant wachten. Mijn vraag is natuurlijk: kun je dan niet met het hele pakket aan hele zware maatregelen dingen eruit vissen die de besmettingen niet omhoog brengen? We hebben het gezien met de scholen: de besmettingen gaan niet omhoog. Die avondklok moet er toch af kunnen zonder dat de besmettingen omhooggaan.

De **voorzitter**:

Uw punt is duidelijk.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Hetzelfde geldt voor de buitenlucht, de terrassen. We moeten toch meer op de landen om ons heen gaan lijken als het gaat om minder zware maatregelen, terwijl de besmettingen daarmee niet omhoog hoeven te gaan.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik ga door naar de heer Van Gerven namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik wilde met de heer Van Dissel ook nog even stilstaan bij de lockdown en de eenpersoonsmaatregel, die natuurlijk enorm veel oproept in de samenleving en waar iedereen toch, hoe je er ook tegenaan kijkt, ontzettend veel last van heeft en moeite mee heeft. De heer Van Dissel zegt dat dit een effect in de orde van 10% heeft. Kan hij heel concreet aangeven hoeveel mensenlevens of sterftes we daarmee voorkomen per week en ook hoeveel ziekenhuisopnames en ic-opnames per week? Zou hij dat nog eens klip-en-klaar kunnen aangeven?

De heer **Van Dissel**:

Dat getal heb ik u vorige week laten zien. Ik moet u daar dan echt even naar verwijzen, want anders noem ik nu net een iets ander getal. De vorige keer heb ik u een tabel laten zien die juist bedoeld was om te illustreren hoe de aanscherping die we hebben gehad vanaf december zich vertaalde in ic- en ziekenhuisopnames. Dat waren er enkele duizenden. U kunt de presentatie zo weer oproepen of weer downloaden.

Dat was juist een onderdeel van de presentatie, dus daar moet ik u dan toch naar verwijzen.

De voorzitter:

Dank u wel. Tweede vraag, de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Dan een andere vraag, over de vaccinaties. Daarvan hoopt iedereen natuurlijk vurig dat die effectief gaan zijn. Nu is er, ook in de eerste ronde, veel discussie over het advies van de Gezondheidsraad, die eigenlijk zegt: eerst de kwetsbaren, bijvoorbeeld het ziekenhuispersoneel of mensen die een direct risico op besmetting lopen als ze patiënten verzorgen. Hoe kijkt Van Dissel aan tegen die discussie? Volgt hij de Gezondheidsraad of zouden we dat moeten aanpassen? En zijn die vaccinatiecijfers ook betrokken bij de cijfers die hij nu schetst in dat toch wat sombere scenario?

De heer Van Dissel:

Het laatste kan ik bevestigen. Wij nemen vaccinaties mee, enerzijds op grond van hoe VWS aangeeft dat ze gegeven gaan worden, dus ook naar de toekomst toe, uiteraard afhankelijk van de leveringen, maar dat kun je natuurlijk niet meenemen. En anderzijds op grond van de effecten die we uit de dossiers van de EMA en dergelijke lezen en hoe effectief we zijn. Dus die effecten zijn meegenomen in de modelleringen die ik u hier laat zien. Met betrekking tot het eerste deel van uw vraag moet ik u toch op mijn rol wijzen. Die is namelijk niet om de Gezondheidsraad hier te bediscussiëren. De Gezondheidsraad brengt een advies uit over het vaccinatiegebeuren, dat al of niet wordt overgenomen door VWS en daarna heeft de Kamer daar een oordeel over. Dat is de situatie zoals die is. De Gezondheidsraad geeft duidelijk aan wat de keuzes zijn: gaan voor kwetsbaren of gaan voor meer bestrijden van de uitbraak; dat is een andere aanpak. Dat hebben zij in hun rapport naar mijn idee heel duidelijk omschreven. Daarin is een keuze gemaakt en die keuze is uiteraard toch aan de politiek.

De voorzitter:

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

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter, en de heer Van Dissel wederom dank voor de presentatie. De vorige keer heb ik meneer Van Dissel gevraagd wat de resultaten zouden zijn als iedereen zich voor 100% aan de basismaatregelen zou houden. Toen heb ik gevraagd of dat misschien berekend kan worden. Ik begreep dat meneer Van Dissel daartoe bereid was. Hij zei te verwachten dat de resultaten redelijk spectaculair zullen zijn. Nu zien we hier wel een rijtje met hoe mensen zich eraan houden, maar ik had dus graag een overzicht gehad als alles op 100% was gezet, wat dat had betekend in het model.

De heer Van Dissel:

Dat klopt, dat had u gedaan. Dat had ik ook gezegd en dat ben ik vergeten te noemen. Daar hebben we wel heel serieus naar gekeken. De effecten in deze modellen zijn echt heel spectaculair, in de zin dat je heel snel die R-waarde omlaag brengt. Want als je uitgaat van bijna 100% werkzaamheid van die basisregels, dan zie je in de modellering dat je de infecties eigenlijk per direct beperkt tot het huishouden omdat je alle overdracht in feite stopt. Het enige wat u daarna nog als curve zal zien, is de halfwaardetijd van het virus in het huishouden, die afhangt van de grootte van het huishouden. Dan neem je bijvoorbeeld een studentenflat als één

huishouden waar misschien 40 mensen wonen. Als die allemaal op de laatste dag van de ziekte één volgende besmetten, dan kun je uitrekenen dat het zo- en zolang duurt, en voor een klein huishouden duurt het veel korter. Die curves kan ik u laten zien, maar omdat je eigenlijk alles op nul stelt, krijg je geen interpretabele uitkomsten meer, anders dan dat het een heel spectaculair effect heeft. De geweldige afname die we in maart vorig jaar hebben gezien – toen waren we natuurlijk allemaal heel bezorgd en volgden we ook heel streng de maatregelen – laat zien hoe snel zo'n afname kan gaan. Ik denk dat dat toch het model is. Als u dat wilt, kan ik u dat nog apart doen toekomen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Tweede vraag, mevrouw Van den Berg.

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

Ik begrijp dat het, hoe langer het duurt, voor mensen moeilijk wordt om het allemaal te kunnen volhouden. Dat «waarom» kan dan juist enorm helpen. Als mensen zien dat we van die avondklok af kunnen en dat de terrassen open kunnen, als we de basismaatregelen volgen – gewoon je handen wassen, afstand houden, niezen in je elleboog en bij klachten thuisblijven – kan dat heel stimulerend werken om ons ook weer beter aan de basismaatregelen te houden. Ik zou de heer Van Dissel willen vragen of hij ons daarvan een illustratie zou kunnen toezenden, want dat kan helpen om weer wat vrolijkheid in het leven te krijgen.

De heer Van Dissel:

Prima. Ik wil u nogmaals in herinnering roepen om ook te kijken naar de snelheid van de afname van opnames, want toen konden we nog niet eens meten hoe het in de bevolking was. Kijk hoe snel dat toen omlaagging. Dat was nog voordat we testen hadden, voordat we mondkapjes gebruikten. Het vloog omlaag en dat heeft hier alles mee te maken.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Van Otterloo, 50PLUS, voor zijn vraag.

De heer Van Otterloo (50PLUS):

Ook nu weer dank aan de heer Van Dissel voor de presentatie. Mijn eerste vraag heeft te maken met wel of niet. Ik ben blij dat de scholen open zijn, daar gaat het niet om, maar als ik kijk naar de besmettingen per leeftijdsgroep, dan zie ik het aantal besmettingen juist in de jonge leeftijdsgroepen toenemen. Er wordt ook gezegd: dit zou weer hetzelfde kunnen zijn als na de zomervakantie, de opmaat naar een nieuwe golf. Is het dan niet toch noodzakelijk om te kijken of het vaccinatieprogramma nog verder versneld kan worden? Ik zie namelijk aan het vaccinatieprogramma dat aan het eind van de maand, wanneer wij gaan praten over verlichting van de maatregelen, nog maar een fractie van de bevolking – ook van de kwetsbaren – gevaccineerd zal zijn.

De heer Van Dissel:

Wat dat betreft ben ik het helemaal met u eens en ik denk iedereen wel. Het punt is dat we niet de vaccins hebben. De limiterende factor van het zetten van vaccinaties is, zoals ik dat nu begrijp, de aanlevering van de vaccins en de productie daarvan.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van Otterloo, tweede vraag.

De heer Van Otterloo (50PLUS):

De tweede vraag heeft te maken met iets wat nu niet aan de orde is geweest, maar wat de heer Van Dissel wel op een eerder moment heeft aangegeven, namelijk in hoeverre vaccinatie beschermt tegen besmetting. Ik zou graag willen weten wat de laatste wetenschappelijke inzichten zijn over de mate waarin vaccinatie ook beschermt tegen overdracht van het virus.

De heer **Van Dissel**:

Over dat laatste punt zijn de boeken nog niet gesloten, maar de eerste berichten zijn niet ongunstig. Dat klinkt misschien een beetje te cryptisch, als een weervoorspelling, maar er zijn een aantal studies die daar enige gegevens over leveren, zij het eigenlijk nog niet de gegevens die je wilt hebben. Zo heeft men bijvoorbeeld bij herhaling gekeken of het virus in de keel zat, dat soort zaken. Daarvan komt het beeld naar voren dat vaccineren zeker een deel van de besmettingen, van de overdracht dan, zal gaan beperken. Maar wat je uiteindelijk wilt bepalen, is of iemand die gevaccineerd is – en dan het liefst in grote groepen die blootgesteld zijn aan het virus en geen klachten krijgen omdat ze gevaccineerd zijn – het eventueel wel aan een ander kan doorgeven. Dat vereist gewoon een hele studieopzet. Die studies zullen zeker beschikbaar komen, maar die zijn er nog niet. Dus het is nu afgeleid. Er worden bijvoorbeeld swaps genomen, dus bemonsteringen uit de keel, om te kijken of dat minder voorkomt bij mensen die gevaccineerd zijn; of als het voorkomt, komt het dan misschien korter voor? Dat soort gegevens beginnen nu beschikbaar te komen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Van Haga namens Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

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

Dank u wel. Twee maanden geleden stelde u hier dat er toen 3 miljoen mensen in Nederland in aanraking waren geweest met COVID-19. Inmiddels zijn we twee maanden verder en heeft de Britse variant zijn intrede gedaan, dus er zullen nog veel meer mensen besmet zijn. Mijn vraag is hoeveel mensen er op dit moment dan al in aanraking zijn geweest met corona. En wat zegt dit over de groepsimmunitet? En wat is het effect hiervan op het aantal valspositieven bij de PCR-testen? En moet dit ook niet van invloed zijn op de vaccinatiestrategie?

De heer **Van Dissel**:

Het meeste: ja. Voor de PCR-testen: nee. Ik zal het antwoord toelichten. We weten natuurlijk niet exact hoeveel personen de ziekte al doorgemaakt hebben. Dat kunnen we enerzijds weten door natuurlijk te kijken naar het aantal positief geteste personen. Dat is gewoon een hard getal en dat is ongeveer 1 miljoen. Inmiddels iets meer dan 1 miljoen mensen in Nederland hebben een positieve test gehad. Je doet die testen bij klachten, zeker tot heel recent, die passend zijn bij een doorgemaakte covidbesmetting.

Daarnaast zijn er twee groepen in Nederland die kijken naar antistofvorming. Als er sprake is van antistofvorming wil dat zeggen dat iemand ten minste blootgesteld is, daar een infectie mee heeft, al of niet gepaard gaand met klachten, die in ieder geval leidt tot antistoffen. Bij Sanquin gebeurt dat op plasma- en bloeddonoren, en bij het RIVM in het zogenaamde PIENTER-onderzoek. Dat laatste is net voor de derde of vierde keer gedaan tijdens covid. We hopen binnenkort de uitkomsten daarvan te hebben. De gegevens van Sanquin, waar men het ook een aantal keren heeft bepaald, dateren van ik dacht ongeveer een maand terug. Daar zat men toen op tussen de 15% en de 16%. Als je dat dan uitrekt, kom je sec genomen op iets van 2,6 miljoen. Maar er zitten

natuurlijk ook personen bij die misschien inmiddels gedaald zijn en het zijn kwijtgeraakt. Er zitten ook personen bij die het gehad hebben en nog antistoffen moeten krijgen. Dus dan zou 3 miljoen denk ik een conservatieve schatting zijn.

En ten slotte kan je nog kijken naar het aantal ziekenhuisopnames, maar het wordt zo steeds grover. Ook het aantal ziekenhuisopnames heeft natuurlijk een relatie met het aantal patiënten die covid hebben doorgemaakt, maar dan met veel minder klachten. Tot nu toe was dat ongeveer 1 op 100. Dat kan best wat veranderd zijn. We hebben zo'n 50.000 ziekenhuisopnames, dus dan zou je zelfs op 5 miljoen komen. Maar ik denk dat dat een te hoge schatting is. Dat zijn dus ongeveer de bandbreedten die we momenteel zien.

Over het opbouwen van immuniteit heeft u gelijk. Met alles wat we nu weten, is iemand die het heeft gehad in ieder geval in belangrijke mate beschermd tegen het opnieuw krijgen van covid. Voor de duidelijkheid: in onze modellen nemen we deze effecten mee. Dus degenen die covid gehad hebben, worden in de modellen resistent tegen nieuwe besmetting geacht. En dat helpt uiteindelijk natuurlijk ook mee; daar heeft u ook gelijk in. Want eigenlijk kun je ze qua immuniteit min of meer vergelijken met mensen die gevaccineerd zijn. En dus telt het op. Daarbij is natuurlijk wel de vraag: kan ik ze dan herkennen? Zoals u weet, heeft de Gezondheidsraad daar net een advies over uitgebracht. Je kunt bekijken of je de mensen die het al gehad hebben en bij wie je dat kunt aantonen en zeker weet, maar één vaccinatie geeft. Dat is dan al een belangrijke verandering. We weten dat dat dan de immuniteit weer boost. Maar twee vaccinaties is dan echt een te veel; dat hoeft niet. Daarmee kan je dus ook vaccins winnen. Dat is wat er momenteel speelt.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw tweede vraag, meneer Van Haga.

De heer Van Haga (FVD):

Ik worstel nog een beetje met die IFR's. Ik zeg altijd dat de IFR van covid vergelijkbaar is met die van een zware griep. Maar er zijn zo veel verschillende getallen in omloop. De Wereldgezondheidsorganisatie zegt: 0,23%. En dan is er een getal van 0,17% voor influenza in 2017 in Nederland. Maar de CFR in 2020 is dan weer 0,15%. En nou snap ik ook wel dat niet iedereen met influenza zich meldt, dus dat die IFR weer moeilijker vast te stellen is, en dat er een hoop valspositieven zijn bij de testen van COVID-19. Maar kunt u misschien aangeven wat het dan voor Nederland exact is, wat het voor de wereld exact is, en of het toch in dezelfde orde van grootte zit?

De heer Van Dissel:

Dat kan ik alleen maar zeggen met een verwijzing naar het antwoord van net, want je wilt de totale groep die het heeft gehad dan natuurlijk in de noemer hebben. De teller kan je op het maximum zetten van de oversterfte van het afgelopen jaar. Met die twee delen kom je inderdaad op de percentages die u ongeveer noemt.

De heer Van Haga (FVD):

Maar dan is het toch wel in dezelfde orde van grootte? Dat is eigenlijk mijn vraag.

De heer Van Dissel:

Ja, maar dat is niet het enige waar het om gaat. U vraagt naar de orde van grootte. Voor de duidelijkheid: ik vind het dan nog steeds wat hoger. Het punt is dat je bij covid niet alleen te maken hebt met de sterfte. Je krijgt ook een overbelasting van de zorg, omdat een ziektebeeld waar in principe nog niemand bescherming tegen had, de hele bevolking door

gaat. Dat zou je ook zien met een hele nieuwe griep. Een belangrijk deel van wat Ernst Kuipers net ook heeft geïllustreerd, heeft niet te maken met sterfte door covid, maar domweg met de aantallen die je krijgt als het ongelimiteerd rondgaat. We hebben dat in Bergamo gezien. Dat levert echt dramatische beelden op van een hele stad die in een hele korte periode covid krijgt. Dat kunnen we gewoon niet aan. Ook al krijgen de meeste mensen het in geringe mate, het percentage dat het ernstig krijgt, is domweg te hoog. Die mensen gaan naar het ziekenhuis en hebben ook zuurstofbehandeling en zelfs beademing nodig. Dat is het probleem.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik wil toch nog een vraag stellen over de avondklok. We hebben hier eigenlijk afgesproken dat die maar heel kort zou zijn. Het zou een van de eerste maatregelen zijn die weer zouden worden afgeschaft. Het was om een piek te voorkomen, maar in uw presentatie lijkt het nu toch een soort standaardmaatregel te zijn geworden. Ik ben benieuwd of er dan ook wordt gekeken naar het effect daarvan op de wat langere termijn. Ik doel dan ook op het feit dat we nu weer een toename bij de jongeren zien. In uw presentatie zien we ook terug dat jongeren vooral besmet raken door bezoek. We horen ook wel dat er creatieve oplossingen tevoorschijn komen. Mensen gaan gewoon overdag bij elkaar op bezoek. Jongeren blijven gewoon tot half vijf 's nachts bij elkaar. Ze blijven bij elkaar slapen. Wordt er dus ook gekeken naar de vraag in hoeverre de avondklok op de lange termijn effect heeft, gelet op het feit dat Nederlanders creatief genoeg zijn om die op allerlei manieren te vermijden?

De heer **Van Dissel**:

Beluister ik nu dat ik commentaar moet geven op hoe je onder de maatregel uit komt?

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dat is ook leuk, maar het gaat mij om het effect daarvan op de wat langere termijn. We hebben bedacht dat die avondklok kortstondig zou zijn, maar we hebben die straks al twee maanden. Wordt ook daarnaar gekeken? Wat is het effect van een avondklok als je die voor twee of drie maanden invoert?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk toch dat wij alleen maar kunnen adviseren over potentiële maatregelen. We kunnen die als bundel onderzoeken. Dat betekent dan ook dat we de avondklok niet sec onderzoeken, tenzij daarnaar gevraagd wordt. En dat wordt er. Maar we modelleren het als een met alle andere maatregelen. Het is niet aan het OMT of aan ons om daar verder een oordeel over te hebben. Daarvoor moet ik echt naar u terugverwijzen, denk ik. Wij gaan niet over een avondklok. Wij kunnen doorberekenen wat het effect van een bundel maatregelen is, en dat is wat ik u laat zien. U kunt gewoon opgeven hoe beperkt dat is of wanneer je dat wilt stoppen en dan berekenen wij dat door. Het gaat ons niet om de maatregel sec. Wij berekenen het effect van een bundel. Als ons wordt gevraagd of we kunnen kijken hoe groot het aandeel daarvan ongeveer is, dan kunnen we dat doen. Maar de keuzes liggen natuurlijk niet bij ons.

De **voorzitter**:

Tweede vraag, mevrouw Van Esch.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik wil toch nog een vraag stellen over die varianten. Wereldwijd poppen er steeds meer op. In Nederland hebben we onder andere die het sequencen ten aanzien van de Britse en de Zuid-Afrikaanse variant, maar we horen zeer verontrustende verhalen over onder andere de variant die er in

Brazilië is. Ik ben wel benieuwd hoe u dat ziet. Wat is uw toekomstbeeld nu er meerdere varianten zijn? Er wordt aangegeven dat we in Nederland nog zo veel kunnen sequencen, maar als dat in andere delen van de wereld niet gebeurt of als we het op een andere manier daar laten zijn, dan gaan wij hier in Nederland uiteindelijk ook de consequenties daarvan ondervinden. Hoe ziet u dat? Ik hoop natuurlijk dat u een positief toekomstbeeld heeft daaromtrent, maar ik ben even benieuwd hoe u de komende periode ziet, gelet op het feit dat er meerdere varianten zijn.

De heer **Van Dissel**:

Er is een onderliggend gegeven: stel dat er immuniteitsopbouw is tegen een circulerende variant en dat het virus al de neiging heeft om spontaan mutaties te maken, dan is er altijd, per definitie, een selectie op een type dat zich een beetje of helemaal kan onttrekken aan die afweer. Dat zie je bijvoorbeeld ook bij griep. Dat is iets wat we niet tegen kunnen gaan. Wat we met de sequentieanalyse doen, is het volgende. We hebben berekend hoeveel we er in Nederland zouden moeten doen om met een bepaalde gevoeligheid een eventuele nieuwe variant op te pikken of om de huidige varianten te volgen. Je kunt zien dat we binnenkort bijna helemaal op de Britse variant zitten; zo ziet het er naar uit. Dan kun je ook zeggen dat je daar bij wijze van spreken niet meer naar hoeft te kijken. Je wil dat natuurlijk vervolgen om te zien of er eventuele nieuwe varianten opkomen. Dat probeer je te doen met een bepaalde gevoeligheid, en daar hebben we de aantallen op gebaseerd. Maar u heeft helemaal gelijk: we zijn ongeveer een hubland in heel Europa. Zeker als het met ons beter gaat, als we meer openstellen en zelf ook weer op vakantie willen, dan neem je risico's als je naar landen gaat waar dit soort dingen minder of helemaal niet gevolgd worden, en dat zijn er een heleboel. Daar heeft u helemaal gelijk in.

De **voorzitter**:

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

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ook van mij een vraag over de avondklok, die natuurlijk een inperking is van onze grondrechten. Eigenlijk is toch gezegd dat we die als eerste gaan afschaffen. Ik zie dat het openen van het hoger onderwijs eigenlijk maar een heel beperkt effect heeft. Er wordt gezegd dat het openen van terrassen en het openen van de detailhandel een groter effect heeft. Hoeveel langer moet je de avondklok nog houden als we op 31 maart de terrassen en de detailhandel zouden openen? Is daar iets over te zeggen? Met andere woorden, nu worden eigenlijk kleine versoepelingen toegestaan, omdat de avondklok die 10% pakt. Je zegt dat je van de avondklok zo snel mogelijk af wil, maar wat betekent het doorvoeren van de versoepelingen voor de avondklok? Hoelang zouden we daar dan nog aan vastzitten?

De heer **Van Dissel**:

Dit lijkt me helemaal uw dilemma.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Bezien vanuit de rekenkundige realiteit.

De heer **Van Dissel**:

Natuurlijk. Ik probeer uw vraag te beantwoorden. Kijk, wij kunnen aangeven wat naar onze schatting het effect is van specifieke maatregelen of van een bundel. Wij verwachten dat, als de bundel avondklok/bezoekbeperking nu zou worden afgeschaft, de R van 1 naar 1,1 gaat. Daar kan ik voor u de consequenties van berekenen. De grafiek met die rode

vlakken die ik u heb laten zien, is in ontwikkeling en indicatief, maar geeft wel ongeveer aan welk effect je dan kunt verwachten. Op die manier kun je dat proberen door te rekenen. Tegelijkertijd zien we dat een heleboel brancheorganisaties een heleboel hebben voorbereid om zo veilig mogelijk te kunnen openen. Dat is natuurlijk geweldig waardevol. Terecht merkt u al op dat je aan de curves ziet dat het bij veel maatregelen nemen een heel beperkt of een gering effect heeft, zoals bij de terrassen en de detailhandel, wat ik u vandaag heb laten zien. U vraagt aan mij hoelang je met die avondklok door moet als je die wilt openen. Ja, dan kom je toch uit op een balans. Daar kunnen we naar kijken, maar dat hebben we in ieder geval nu nog niet apart doorberekend.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Kröger, uw tweede vraag.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Dit lijkt bijna precies de cruciale berekening, want eigenlijk wordt nu de avondklok als een soort standaardmaatregel in het rijtje basisregels opgenomen, als een gedragsregel. Vervolgens wordt gesuggereerd: terrassen openen leidt tot een toename van de besmettingen, idem voor het openen van de detailhandel. Dan is natuurlijk de vraag in welke mate dat bijdraagt en wat dat betekent voor een inperking van de grondrechten: hoeveel langer zou die dan in theorie nodig zijn? Dat is volgens mij toch wel precies de vraag.

De heer Van Dissel:

Ja. Het antwoord is gegeven. Dat vindt u op pagina 25. In de curves daar is de invloed van de terrassen en de detailhandel berekend.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Daar is niet gesuggereerd wat dit betekent voor hoelang de avondklok dan zou moeten doorlopen. Dat is de vraag.

De heer Van Dissel:

De berekeningen die u ziet op pagina 25, die daar in ieder geval deels antwoord op geven, zijn met doorrekening van de avondklok. Wij gaan in onze berekening ervan uit dat dit de bundel is die we moeten doorrekenen naar de toekomst, met de versoepelingen zoals aangegeven in de tabel. Dit is met de avondklok doorgerekend. Als u daar 10% bij zou optellen, zou het snel omhooglopen. Die curves kunnen we ook maken als u dat wilt, maar dan krijg je dus curves die snel veel hoger zullen uitkomen.

De voorzitter:

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

De heer Veldman (VVD):

Ik deel de oproep van mevrouw Van den Berg om in beeld te brengen wat het effect is van het beter naleven van de basisregels. Ik denk dat het visualiseren daarvan misschien nog wel wat indruk kan maken op mensen. Het is natuurlijk een beetje wrang dat we met elkaar eindeloos moeten discussiëren over het in stand houden van beperkingen of waar eventueel versoepelingen mogelijk zijn, terwijl, als ik de heer Van Dissel goed begrijp, het naleven van de basisregels eigenlijk het meeste effect heeft. Daarbij verwijst hij ook naar het voorjaar. Als ik de laatste OMT-adviezen lees, maar ook een aantal daarvoor, zie ik heel weinig terug over het naleven van de basisregels. Ik snap dat het wat lastig is om de hele dag iemand met mij mee te laten lopen om te kijken of ik mijn handen wel vaak genoeg was, maar het RIVM heeft natuurlijk wel een aantal gedragsdeskundigen in huis, die ook adviezen zouden kunnen

geven aan het kabinet en aan ons, zodat wij vervolgens vragen kunnen stellen aan het kabinet, hoe we er met elkaar voor kunnen zorgen dat we ons met z'n allen beter aan de basisregels houden.

De heer Van Dissel:

Het tweede deel van de vraag is in ieder geval niet voor het OMT. We zouden moeten kijken of dat kan worden ingevuld. De gedragsunit houdt zich natuurlijk met name bezig met een beschrijving van wat er gebeurt en niet zozeer met suggesties voor beïnvloeding, zoals ik begrijp uit wat u zegt. Maar ik denk haast dat in negen van de tien laatste OMT-brieven expliciet benoemd is hoe belangrijk het naleven daarvan is. Dat is natuurlijk een Carthagoherhaling, maar dat hebben we wel degelijk gedaan. Ik weet niet of het in de laatste brief staat. Waarschijnlijk niet, want anders had u het niet gezegd. Maar dit is iets wat we continu herhalen. Alles wat we doen, komt daarbovenop. In maart vorig jaar – u zegt het terecht – konden we veel minder testen en hadden we eigenlijk geen persoonlijke beschermingsmiddelen. We gebruikten geen maskers en sneltesten. Toen vloog het letterlijk omlaag. Er is eigenlijk niks wat het nu anders maakt, behalve – dat moet ik toevoegen – de Britse variant. Die is misschien besmettelijker, vraagt nog meer van ons en legt nog meer de nadruk op de basisregels. Maar dan nog, dat is bedoeld om het in wezen niet weer op zo'n manier terug te laten gaan.

De voorzitter:

De heer Veldman, tweede vraag.

De heer Veldman (VVD):

Een vervolgvraag hierop. Ik begrijp dat de heer Van Dissel zegt dat de gedragsunit binnen het RIVM niet per se de eerst aangewezen is om hier een advies over te geven. Maar ik kan mij voorstellen dat hij als voorzitter van het OMT wel een beeld wil hebben van hoe we ervoor kunnen zorgen dat we ons beter aan die regels houden. Wat kunnen we doen? Wat kan het kabinet doen in de communicatie en in andere vormen om dit bij de Nederlander, bij onszelf, toch beter op het netvlies te krijgen? Daar zal hij als voorzitter van het OMT denk ik ook behoefte aan hebben. Welke instanties ziet de heer Van Dissel als degene die hier gerichte adviezen over kunnen geven?

De heer Van Dissel:

Ik vind het moeilijk om dat aan te geven. Ik zou moeten nagaan wie dat soort praktische dingen doet. In zijn algemeenheid zijn de drie onderdelen wel degelijk onderdeel hiervan geweest, wat ik althans ervan zie. Ze verschaffen informatie. Het is de omgeving zo inrichten dat je het bevordert. Ik noem maar een voorbeeld: je kunt in supermarkten eenrichtingsverkeer instellen om te voorkomen dat je elkaar tegenkomt. Dat zijn afgeleide maatregelen in de omgeving om gedrag te nudgen, in de goede richting te sturen. Dat is het tweede onderdeel. Het derde onderdeel, zo wordt in zijn algemeenheid gezien, is handhaving. Want die levert natuurlijk ook terugkoppeling op. Handhaving kan via handhavers, maar kan natuurlijk ook plaatsvinden via sociaal contact, door elkaar aan te spreken.

Die drie onderdelen herken ik wel, ook in het beleid. Hoe je heel specifiek op al die onderdelen nog meer kan doen, zouden we echt moeten uitzoeken, want dat is niet mijn expertisegebied.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geeft ik graag het woord aan mevrouw Diertens voor haar vraag namens D66. Gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ook heel veel dank weer voor uw presentatie. Ik hoop dat heel veel mensen hiernaar kijken, zodat de vragen van mijn collega's van CDA en VVD over de hygiënemaatregelen ons toch een zetje geven en we ons allemaal weer aan die maatregelen gaan houden.

Mijn vraag gaat over het vaccineren en het effect op de modellen. Er zijn al meerdere vragen over gesteld. We zien dat er vorige week minder is geprikt dan de week ervoor, terwijl de levering hetzelfde is gebleven. Sterker nog, er wordt anderhalf keer meer geleverd dan er wordt geprikt. Welke effecten heeft het achterblijven van dat vaccineren op de modellen op slide 17? Wat als we meer voorraad wegprikken, zoals de heer Kuipers hiervoor suggereerde?

De heer **Van Dissel**:

Ik spreek dan een beetje voor mijn collegae, maar ik wil wel benadrukken, zoals vorige week door collega Van Delden hier al gezegd, dat leveren niet hetzelfde is als beschikbaar zijn voor prikken. Daar zitten stappen tussen, controlestappen en dergelijke. Je probeert die natuurlijk zo kort mogelijk te houden, maar dat zou er doorheen kunnen spelen. De strategie is om alles zo snel mogelijk weg te zetten. Dat betekent ook dat de voorraad waarover u het had, inmiddels beduidend kleiner is. Die is echt tot het minimum teruggebracht. Je zal altijd ietsje aan voorraad moeten hebben, bijvoorbeeld om op te kunnen vangen dat een vrachtauto met vaccins een keertje niet komt, terwijl je al wel iedereen hebt uitgenodigd.

De voorraad is dus beperkt tot een minimum om nog wel kleine verstoringen te kunnen opvangen. Verder wordt alles zo snel mogelijk geprikt. Zodra het beschikbaar is, wordt het geprikt. Dat zijn de antwoorden op die vragen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Diertens, tweede vraag.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Kunt u dan aangeven wat op dit moment precies de voorraad is, dus het percentage?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat weet ik niet. Dat zult u echt moeten vragen aan collega Van Delden. Dit is niet iets wat ik dagelijks bijhoud. Het ligt bij de logistiek. Die ligt ook voor een belangrijk deel bij het RIVM, maar het is niet iets waar ik dagelijks informatie over heb. Anders zeg ik nu een fout getal.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de fractie van de ChristenUnie. Gaat uw gang.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank aan de heer Van Dissel voor de presentatie. Ik heb ook een vraag over bladzijde 25. Heb ik nou goed begrepen dat er een gering effect is van het deels openen van hbo en wo en de terrassen openen? Dus dat beide maatregelen afzonderlijk een gering effect hebben en dat er pas een substantieel effect is als je ze combineert? Is daarvoor bij de terrassen ook gekeken naar variabelen zoals de terrassen alleen overdag open laten zijn? Ik noem maar een variabele.

De heer **Van Dissel**:

U ziet maar geringe effecten van eigenlijk alle twee. Als je ze combineert, is het natuurlijk wat hoger. Dat komt deels ook doordat er allerlei maatregelen zijn verzonnen, ook door de instanties zelf, bijvoorbeeld in het wetenschappelijk onderwijs met testen de kansen verminderen. Dat maakt uiteindelijk dat die invloed veel minder is dan we bijvoorbeeld

vorig jaar in deze periode hadden berekend, toen al die maatregelen nog niet golden.

Het gaat er nu dus niet zozeer om – wat ons betreft althans, ook in het advies – dat die maatregelen sec zoveel effect hebben. Het gaat erom dat de basissituatie waarin we zitten, met de onzekerheid en het nog onvoldoende kunnen opvolgen van bijvoorbeeld het openen van de scholen – het is nog te kort om dat al vertaald te zien in reproductiegetallen – nog onvoldoende is om te weten of het veilig kan. We vinden de uitgangssituatie te kwetsbaar. Dat is waar we de nadruk op gelegd hebben.

De voorzitter:

Dank u wel. Tweede vraag van mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Misschien kan de heer Van Dissel nog iets zeggen over de variabelen. Dat komt dan zo wel. Mijn tweede vraag gaat over het snelsten. Er wordt steeds vaker gesproken over het mogelijk maken van snelsten voor culturele voorzieningen, festivals en scholen. Maar weten we al voldoende over het percentage valspositieven en valsnegatieven? Zou dat volgens de heer Van Dissel ook invloed moeten hebben op het beleid rondom snelsten?

De heer Van Dissel:

Met die variabelen bedoelde ik deels wat men zelf al heeft verzonnen aan maatregelen om de risico's juist nog te beperken. Dat is ook onder andere dat je niet met zes, maar met twee man op een terras gaat zitten en dat er een bepaalde tijdsbeperking is. Dat even met betrekking tot de variabelen. Met betrekking tot de snelsten: ja, daar is het nodige van bekend. Het belangrijke van die antigen-snelsten ten opzichte van de standaard, de PCR of zelfs de kweek, is dat we zien dat die snelsten specifiek zijn. Het is dus niet zo dat er veel foutpositieve uitslagen in naar voren komen. Maar ze zijn minder gevoelig. Met andere woorden: je pakt niet alle personen op, maar die snelsten pakken in belangrijke mate wel degenen op waarbij de virale load hoog is en die dus naar alle waarschijnlijkheid het meest besmettelijk zijn. In die zin zijn die snelsten weer zinvol. Met elke test met een bepaalde gevoeligheid en een bepaalde specificiteit is het van belang wat de vooraf-kans is op infectie. Met andere woorden: in welke groep test je eigenlijk? Komen daar veel personen voor met klachten die covid hebben of is dat echt een zeldzaamheid? Want dat bepaalt dan uiteindelijk je testkarakteristiek, dus of het ook een bruikbare test is. Omdat de situatie en de context van de test belangrijk zijn, moet je hem eigenlijk ook in zoveel situaties apart valideren, dus apart vaststellen die die test goed kan werken. Dat zijn dingen die momenteel vrij uitgebreid gebeuren. Er zijn allerlei initiatieven om in de verschillende situaties vast te stellen wat je eraan hebt.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Kuiken voor haar vraag namens de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Nog even voortbordurend op de vraag die mevrouw Dik-Faber stelde. We zijn nu druk bezig om te valideren hoe betrouwbaar, in mijn woorden, een sneltest is. In welke mate kunnen we nu vaststellen welke test wanneer betrouwbaar is? Sneltesten zijn immers een van de routes, naast vaccineren, om tot vrolijke paastaferelen op de terrassen over te kunnen gaan.

De heer Van Dissel:

Ja, daar houden wij een tabel van bij, die op onze website staat. Daar kunt u zien in welke situaties de sneltesten kunnen worden gebruikt, en zo ja welke. Ik denk dat daar al een heleboel van duidelijk is. Twee is natuurlijk dat men ook in het buitenland dit soort onderzoek doet en dat daar dezelfde vragen gelden. U ziet het ook bijvoorbeeld bij de fieldlabs. Er zijn nu een heleboel situaties die steeds doen uitbreiden op het aantal situaties waarin je sneltesten goed kunt gebruiken. Op een gegeven moment zeg je: ik heb nu de meest extreme wel gehad, ik hoef niet letterlijk voor elke situatie uit te zoeken hoe goed de test is, als het een indicatie geeft. Die tabel die ook op de website staat, wordt steeds ingevuld. Ik denk dat die daar indicatief voor is. Maar het gaat dan om een heleboel situaties. Ook in bijvoorbeeld verpleeghuizen is daarnaar gekeken. Er zijn allerlei settings waar gekeken is wat de toepassing van de sneltesten is. Denk ook aan het grootschalig testen. Soms wordt dat ook naast elkaar gedaan. Ik denk dat daar binnenkort steeds meer over bekend wordt. Los daarvan is het natuurlijk zo dat zelfs elk geval dat je oppikt, nog even los van de context, mits ze ook opvolging geven aan de consequenties van de uitslag van de sneltest, er in ieder geval een erbij is. Dat is eigenlijk ook iets wat altijd geldt. Maar het is natuurlijk wel essentieel dat iemand die dan positief getest is, zich daarna ook weer houdt aan de afspraken met betrekking tot de follow-up, bijvoorbeeld het niet naar buiten gaan. Daar zien we helaas ook weer dat daar toch spanning op staat. Het is allemaal begrijpelijk, maar het maakt wel dat gevolgen en effectiviteit van de test minder worden.

De voorzitter:

Dank u wel. Tweede vraag, mevrouw Kuiken.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Mijn tweede vraag. Ik weet niet of er antwoord op kan worden gegeven, maar ik blijf toch een beetje puzzelen met de cijfers over de mate van tempo en de schaal van vaccineren. De heer Kuipers sprak vanochtend over straks 2 miljoen per week. Minister Hugo de Jonge heeft het al over 2,5 miljoen per week. De GGD zelf spreekt nog over 1,5 miljoen per week. Ook het tijdsblok wisselt nogal. Wat is nou ons handvat?

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Van Dissel, kunt u daarop antwoorden?

De heer **Van Dissel:**

Ik zou denken: de Minister.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dat is een politieke inschatting. Dan is het niet ...

De heer **Van Dissel:**

Neenee, daar bedoel ik alleen maar mee dat ik eerlijk gezegd niet weet waar al die anderen hun getallen vandaan halen. Zo is het. Nogmaals, ik ben niet degene die op de logistiek van vaccinaties zit, zoals ik net ook niet de vraag kon beantwoorden hoeveel er op de plank staat. Die informatie lijkt me typisch iets waar de Minister over beschikt.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van deze technische briefing. Ik wil de heer Van Dissel hartelijk dankzeggen voor zijn presentatie en de uitvoerige beantwoording van alle gestelde vragen. Het debat in de plenaire zaal zal zo dadelijk om 13.00 uur aanvangen, dus mensen die dat willen volgen, verwijs ik graag naar dat tijdstip. Ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid. Ik dank de mensen thuis voor de belangstelling. Hiermee sluit ik deze technische briefing.

Hartelijk dank.

Sluiting 11.57 uur.