

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 708

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 5 november 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 14 oktober 2020 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn vijftien leden der Kamer, te weten: Azarkan, Van den Berg, Van Brenk, Diertens, Dik-Faber, Van Esch, Van Gerven, Van Haga, Hiddema, Jansen, Kerstens, Kröger, Lodders, Van der Staaij en Veldman,

alsmede de heer Van Dissel, de heer Kuipers en mevrouw Raaijmakers.

Aanvang 9.30 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing over de ontwikkeling van het coronavirus. Wij hebben vandaag een drietal gasten. Allereerst heet ik welkom de heer Ernst Kuipers. Hij is voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Hartelijk welkom. In de meeluisterzaal zit mevrouw Karina Raaijmakers. Ook tegen haar zeg ik hartelijk welkom. Zij is directeur Toezicht & Handhaving bij de Nederlandse Zorgautoriteit. Rond twaalf uur verwachten wij de heer Jaap van Dissel; hij is een bekende voor ons aan deze tafel. Hij kon vandaag om agendatechnische redenen niet eerder aanwezig zijn. De heer Van Dissel is directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Wij hopen hem te verwelkomen rond twaalf uur.

Hartelijk welkom in de richting van de Kamerleden en uiteraard ook hartelijk welkom richting de mensen die deze technische briefing op afstand volgen. Wij hebben vandaag in deze technische briefing een iets andere volgorde, maar het moet vandaag om agendatechnische redenen maar zoals we het gepland hebben. Tot ongeveer kwart over tien horen we de heer Kuipers en daarna mevrouw Raaijmakers. Mochten we voor 12.00 uur klaar zijn, dan zal ik helaas moeten schorsen, maar dat geeft u de gelegenheid om wellicht nog andere dingen te doen.

Ik stel voor, zeg ik alvast in de richting van de Kamerleden, om in iedere ronde één vraag te stellen. Er is dus geen gelegenheid voor een aanvullende vraag. Wees daarop voorbereid. Daarmee denk ik dat ik de huishoudelijke mededelingen gehad heb. Meneer Jansen heeft een vraag.

De heer Jansen (PVV):

Mag je ook vragen opsparen of zegt u echt: doe nou één vraag per ronde?

De voorzitter:

Als u dat heel graag wilt, geef dat dan even aan. Dat hoor ik dan graag. Dan heb ik alles gehad en geef ik graag de heer Kuipers de gelegenheid voor zijn presentatie. Ik zeg nog even richting de leden dat de presentaties op dit moment worden gekopieerd. Die worden dus zo dadelijk rondgedeeld. Voor de mensen thuis: zoals u van ons gewend bent, kunt u de presentaties vinden op de website van de Tweede Kamer. Dan kunt u daarin ook meekijken.

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

De heer Kuipers:

Voorzitter, dank u wel. Dank voor de uitnodiging. Ik heb een aantal dia's om even te laten zien wat er op dit moment in de ziekenhuizen gebeurt. De titel is al «ziekenhuiszorg onder druk». Ik zal u laten zien waarom ik denk dat dat zo is.

De doelstelling nu is, anders dan bij de eerste golf, heel erg gericht – u ziet dat linksboven in het paneel staan – op het maximaal in stand houden van de reguliere zorg. U weet dat we de vorige keer eigenlijk alles in één keer vrijwel volledig hebben afgeschaald, met uitzondering van de acute zorg. Dat betekende dus spreekuren gesloten, röntgenafdelingen gesloten et

cetera. De vraag is nu juist, om hele goede redenen, om dat níét te doen. Maar we constateren natuurlijk ook dat de maatregelen die er in de afgelopen periode geweest zijn, tot nu toe te weinig effect hadden in termen van demping van het aantal besmettingen en daarmee op termijn ook demping van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames, terwijl de ziekenhuizen zich ondertussen ook geconfronteerd zien met oplopend ziekteverzuim. U kunt zich voorstellen dat ook onder medewerkers corona-infecties heersen, terwijl nu ook het influenzaseizoen begint, de herfst en de winter begint. Mevrouw Raaijmakers zal straks laten zien dat dat normaal gesproken altijd de drukste periode is in de ziekenhuizen, met vakanties en feestdagen. Zo meteen al komt de herfstvakantie eraan. Ik toon u even een aantal dia's. Hier ziet u, om te beginnen, de klinische opnames. Dat zijn de ziekenhuisopnames, maar dan niet op een ic-bed, maar op een gewoon bed. Dat klinkt minder ernstig, maar dan moet u zich nog steeds voorstellen dat het gaat om patiënten die over het algemeen zodanig benauwd zijn, hoge koorts hebben en cetera, die echt dusdanig ziek zijn dat het thuis niet meer gaat. Ze moeten vaak aan zuurstof, maar nog niet aan de beademing. De blauwe golf passend bij de x-as onder de grafiek is het aantal ziekenhuisopnames tijdens de eerste golf van eind februari en dan doorlopend. Dan ziet u een hoge piek, heel snel omhooggaand. Helemaal linksonder was het moment van de lockdown, nog voordat de stijging eigenlijk begon. En ondanks de lockdown ging het toen naar een hele hoge waarde. Ten eerste ziet u het snelle effect. En het tweede belangrijke van deze figuur, van die blauwe lijn, is de duur tot terugkeer naar normaal. Misschien is dat wel de belangrijkste les: op het moment dat je eenmaal zo'n piek hebt en het stijgt zo hoog, dan duurt het vele weken, in dit geval ruim meer dan twaalf weken, voordat je weer naar het normale niveau terugkeert. Het is de spreekwoordelijke olietanker. Ik heb het daar vaak over gehad. Maar dat is belangrijk om te onthouden. Als we eenmaal sturen, dan zijn de ziekenhuizen zeer langdurig overbezet en kunnen zij dat maandenlang niet combineren met reguliere zorg.

Tegelijkertijd ziet u in dat oranje wat grilliger verlopende lijntje het beloop nu van de tweede golf. Dat oranje stipje dat er staat, hoort bij de getallen die er zijn. Dat was het getal van gisteren. De predictielijn is die grijze lijn. Het balletje was gisteren net boven de predictielijn met 1.133 opgenomen klinische patiënten, dus exclusief de ic-patiënten. Deze lijn loopt zo door. En als deze verwachting doorgaat, dan ziet u dat we eind van deze maand op ruim 2.000 klinische patiënten zitten. Nogmaals, dit is een verwachting. Dit is een model. Het is, zoals u begrijpt, geen zekerheid maar het is gewoon gebaseerd op de besmettingen in de afgelopen periode tot en met gisteren plus ziekenhuisopnames, gemiddelde opnameduur et cetera. En deze lijn loopt zo al een tijdje.

Precies hetzelfde tekenen we hier opnieuw. Een blauwe lijn corresponderend met een x-as onder de figuur en een oranje lijn. De blauwe lijn is de eerste golf en de oranje lijn corresponderend met de x-as boven de figuur is de huidige golf. Dan ziet u dat de toename minder snel gaat, maar nog steeds loopt, ook opnieuw met dat oranje bolletje daar waar we gisteren zaten: 277 ic-opgenomen patiënten. En als dat zo doorgaat, zijn dat er aan het eind van deze maand 539.

Dan tillen we dat wat door, want die figuur was een voorspelling tot het eind van deze maand. En u snapt – het is net als met allerlei voorspellingen – hoe verder vooruit je kijkt, hoe meer onzekerheid er komt en hoe meer bandbreedte. Voor algemeen publiek wordt dat, als het gaat om weersvoorspellingen op een journaal, meestal aangegeven als een rookpluim. Nou, in deze figuur heb ik niet de rookpluim, maar wat dit weergeeft is het beloop voor nu van het aantal klinische patiënten. Dat lichtroze/oranje blokje onderin is dat wat nu ondertussen al ingevuld is. U ziet, als u de details ziet, dat die figuur daar loopt tot 11 oktober. In realiteit zitten we ondertussen al met de getallen van 13 oktober. Dan kun je dat

balletje iets doorschuiven. Dan zitten we nog steeds op deze lijn en dan zijn er naar de toekomst tot eind november – tot zover loopt de figuur – drie scenario's opgegeven.

Dat is ten eerste een scenario bovenaan, waarbij de huidige trend van ziekenhuisopnames helemaal doorgaat. Gewoon precies het beloop zoals we het nu hebben in aantallen besmettingen en aantallen ziekenhuisopnames. Dat zou betekenen dat we dan eind november op 4.513 bewezen klinische covidpatiënten zitten. Dan moet u zich realiseren – dat staat rechtsonder – dat voor iedere 100 bewezen covidpatiënten we nog een keer een 40-tal bedden nodig hebben. Dat is én voor de flexibele schil. Je kunt niet continu 24/7 het ziekenhuis helemaal vol hebben overal in Nederland. Je moet altijd ook nog een bed vrij hebben. En er is altijd een contingent van patiënten die binnenkomen met verdenking op covid, waarvan de testuitslag er nog niet is maar die wel zo behandeld moeten worden. Die staan niet in die 4.513. Dus als u die som even maakt, dan tellen we er bij die 4.500 nog even 40% bedden op wat dan nodig is voor covidzorg. Dus dat is het scenario als de huidige trend doorzet.

Het middelste scenario. Het scenario waarbij het R-getal vanaf nu stabiel blijft, is eind november 3.391. En dan nog stijgt het een geruime tijd door. Het onderste scenario is 2.400. Dat is het scenario waarbij vanaf nu het R-getal naar 0,9 gaat. Vanaf nu. En dan nog stijgen we een tijd door.

Immers ziekenhuisopnames ijlen lang na het aantal nieuwe besmettingen. Mensen hebben eerst een week geen klachten maar zijn al wel besmet. Dan hebben ze een week klachten maar nog geen ziekenhuisopname. En dan komt de ziekenhuisopname. Tot en met het ontslag ben je dan weken verder. Dit is dus voor de kliniek.

Dan toon ik eenzelfde figuur voor de ic, met dezelfde aannames. Als de huidige trend doorzet, zitten we eind november op bijna hetzelfde getal als dat van de piek in april, namelijk 1.219. Destijds was dat 1.407. Ook ziet u de andere twee, als de R naar 1 gaat en als de R naar 0,9 gaat. Maar bij elkaar opgeteld zijn het zeer substantiële getallen, met op dit moment de grootste druk op de klinische bedden en iets minder op de ic-bedden. Dan de vertaling: wat betekenen die verschillende scenario's nou? Ik noemde een scenario – dat ziet u hier, aan de rechterkant van de figuur – van 1.133 actuele bedden, oplopend naar een scenario van ongeveer 2.000 bedden aan het eind van deze maand. Eind november ligt dat aantal dan, afhankelijk van de R-waarde, of net boven de 2.000, of boven de 3.000 of ruim boven de 4.000. Met heel veel hulp van de Federatie Medisch Specialisten hebben we voor iedere wetenschappelijke vereniging bekeken wat het betekent als je zoveel procent van de bedden voor de reguliere zorg die je kunt leveren, zou moeten inleveren. Op dit moment, als je die 1.133 helemaal ideaal over het land weet te spreiden, wat al een uitdaging is, zie je dat we dan ongeveer 19% van de klinische zorg moeten inleveren. In het worstcasescenario van die 4.500 eind november zit je echt op het afschalen van driekwart van je reguliere zorg. Dan blijft eigenlijk alleen de acute non-covidzorg over, naast de covidzorg. Dat klinkt een beetje gek, maar reken even met die 4.500 bedden en tel daarbij op wat er nog nodig is voor verdacht, flexibel et cetera; dan kom je op zeer substantiële getallen. Hou ook even in gedachten dat wij normaal gesproken voor volwassen patiënten, niet-ic, in Nederland 10.000 tot 11.000 bedden hebben. Ik krijg daar iedere keer veel vragen over, omdat mensen ook op internetsites kijken. Dan zeggen ze: we zien dat Nederland de beschikking heeft over ruim meer dan 20.000 bedden. Dat klopt, maar dat is een beschikking en dat is inclusief alles, dus couveuses, bedden op een kraamafdeling, dialysetoelen, dagbehandelingsstoelen op de oncologieafdeling, plekken voor acute hartinterventies, et cetera, et cetera. Het zal u duidelijk zijn dat je een volwassen covidpatiënt niet op een kraamafdeling kunt leggen, laat staan in een couveuse. Het aantal echt beschikbare bedden ligt, bij volledig personeel, tussen de 10.000 en 11.000.

Bij afschaling denken mensen het eerst aan een heup- of knieoperatie. Heel vervelend voor het individu, maar niet levensbedreigend als die twee of drie maanden later plaatsvindt. Maar als je naar hogere getallen gaat, betekent dat op een gegeven moment ook dat je bijvoorbeeld een stentplaatsing voor een patiënt met een hart-vaataandoening moet vertragen of dat je het klinische deel van de oncologische behandeling zo veel mogelijk moet verplaatsen naar dagbehandeling, door bijvoorbeeld de chemotherapieschema's aan te passen. Het heeft dus op heel veel andere aspecten van zorg echt een grote impact, anders dan «nou ja, drie maanden later is niet zo'n probleem».

Via het LCPS en met medewerking van alle ROAZ-regio's proberen we de covidpatiënten zo optimaal mogelijk over het land te verdelen. Dat is continu een uitdaging. Op dit moment is de grootste aanwas steeds in Amsterdam, Leiden, Den Haag en Rotterdam. Die moet dus verplaatst worden naar andere delen. Iedere dag krijgen alle collega's in het land deze spiegelinformatie. Het is een druk plaatje, maar hierop ziet u de tien ROAZ-regio's bij elkaar. De twee Amsterdamse zijn hier even bij elkaar gevoegd tot één, dus dan zijn het er tien. Aan die ROAZ-regio's geven we spiegelinformatie: hoeveel patiënten moet je, bij een compleet evenredige spreiding naar rato van beschikbare capaciteit, in jouw regio kunnen opvangen over 24 uur, over 48 uur – dat is het middelste plaatje – en over zeven dagen? Neem bijvoorbeeld Groningen. Dit is het plaatje van gisteren, dus voor vandaag zou het 119 patiënten betekenen, morgen 125 en eind van deze week 154. Dat geeft wel aan hoe snel dat gaat. Aantallen zeggen misschien niet zo veel, maar het verschil tussen 119 en 154 is een tot twee complete verpleegafdelingen weer inrichten voor covidzorg en dus alles leegmaken van wat daar normaal gesproken ligt.

Met andere woorden: het aantal ziekenhuisopnames per dag stijgt. Dat is al sinds 17 september boven de drempelwaarde van 40 per dag die destijds gezet is op het coronadashboard. We zitten dus bijna een maand boven die drempelwaarde. Intussen is het aantal nieuwe opnames per dag meer dan 150. De toename in bezette bedden gaat minder snel, maar dat is logisch. Dat is de mix tussen mensen die vertrekken en mensen die erbij komen. Dus meer dan 250 nieuwe patiënten per dag geeft ook wel aan hoe druk het op allerlei SEH's et cetera overall is. De verwachting is dat er per 31 oktober ruim 2.000 klinische en 500 ic-opnames zijn met, afhankelijk van het verloop van de besmettingen, verdere stijging nadien. De benodigde capaciteit stijgt ruim boven de ingerichte buffercapaciteit uit en maakt substantiële afschaling van reguliere zorg noodzakelijk. Ik heb iets getoond van de percentages. De eerste golf leerde dat terugkeer tot een normaal niveau lang duurt en dat dat ook komt met gezondheidsschade.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Namens alle aanwezige leden zeer dank voor deze toelichting op de cijfers. Als u de microfoon zou willen uitzetten, dan ga ik graag over naar de Kamerleden voor het stellen van een vraag. Als eerste geef ik het woord aan mevrouw Diertens namens de fractie van D66.

Mevrouw Diertens (D66):

Dank u wel weer voor deze presentatie. Het zijn zorgelijke cijfers. Daar gaat mijn vraag dan ook over. Hoe kijkt u uit naar het nu al opbouwen van noodhospitaals en het inzetten van Defensie om de druk op de gereguleerde zorg te verminderen? Want ik denk dat we af moeten van achter de feiten aanlopen en nu ook wat preventieve maatregelen moeten nemen om het allemaal voor te zijn.

De heer Kuipers:

Eerst even ten aanzien van Defensie en onder andere militaire hospitalen in het UMCU. Het is duidelijk met deze verwachting dat iedere hulp die

geboden kan worden, zeer welkom is. Dat kan zijn van Defensie en geneeskundig personeel van het Regiment Geneeskundige Troepen en inrichting van bedden in een militair hospitaal. Dat kan ook zijn met ondersteuning van ander personeel om de druk op zorgpersoneel te verlichten.

Ten aanzien van het echt inrichten daarnaast van grote calamiteitenhospitaals: daar hebben we ook in het opschalingsplan zeer nadrukkelijk naar gekeken. De bottleneck blijft aan het eind altijd het personeel. Dus of je dat nou doet per ROAZ-regio of landelijk, op het moment dat je grote noodhospitaal inricht, bijvoorbeeld ergens in de Flevopolder een ziekenhuis met 2.000-plus bedden, vraagt dat nog steeds om professioneel, ervaren personeel. Dat moet je dus ergens anders weghalen. Dat leidt dan tot dezelfde afschaling. Dat is één. Het vraagt ook om nóg meer vervoer dan we nu al doen, want dat betekent dat je dan alle patiënten uit het hele land daarnaartoe moet brengen. Dus veel hulp is nodig, maar dat allemaal inrichten in één ziekenhuis – we hebben daarnaar gekeken – vraagt nog steeds om hetzelfde personeel.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

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

Dank aan de heer Kuipers voor de presentatie. Het zijn zeer indringende cijfers. De vorige keer hebben wij gesproken over de cijfers die worden aangeleverd. Ik lees in de brief van de Minister van vannacht dat het dashboard wordt aangepast, maar dat nog wel wordt verwezen naar de NICE-cijfers. Ik vroeg me af, ook omdat we daar de vorige keer over hebben gesproken, wat de stand van zaken is om ook het dashboard meer van actuele cijfers te kunnen voorzien.

De heer Kuipers:

Ik heb vanochtend even gekeken, maar je ziet nu opeens totaal andere ziekenhuisopnamegetallen. Daarbij wordt verwezen naar zowel het LCPS als naar de stichting NICE. In het oorspronkelijke dashboard tot en met dit weekend zag je bijvoorbeeld ten aanzien van ziekenhuisopnames dat de drempelwaarde van 40 die ik noemde, pas op 6 oktober, dus heel recent, was gepasseerd. De werkelijke getallen liet ik zien. Die drempelwaarde passeerden we op 17 september al. We zitten er ondertussen ongeveer ruim zes keer boven. Er staan nu wat andere getallen. Daarmee is de schaal helaas ook opgerekt. Die liep tot 100. Als mensen nu kijken, zien ze die al veel verder oplopen. Volgens de voorspellingen wordt die straks nog wat verder opgerekt.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Azarkan namens de fractie van DENK. Gaat uw gang.

De heer Azarkan (DENK):

Dank, voorzitter. We zitten in een situatie die, denk ik, niet alleen de heer Kuipers, maar wij allen niet gewild hadden. Helaas is die nu eenmaal zo. Ik heb een vraag over het deel van de capaciteit dat niet ingevuld gaat worden voor mensen in de reguliere zorg. Dan hebben we het over een knieoperatie et cetera: niet levensbedreigend, maar ongelofelijk vervelend als je er al een tijd op zit te wachten. Kan de heer Kuipers aangeven hoe ziekenhuizen omgaan met het maken van een keuze maken ten aanzien van patiënten? En hoe zorgen we nou dat we die patiënten daarin goed meenemen? Mensen kijken en denken: «Ben ik dan degene die volgende week niet geopereerd wordt? Hoor ik dat een dag van tevoren of weet ik dat nu al? Word ik daar goed op voorbereid?» Hoe gaat de zorg daarmee om?

De heer Kuipers:

Eerst even dit: dit is echt een uitdaging. U merkt natuurlijk – en dat snap ik ook wel – dat de interpretatie bij een deel van het algemeen publiek is: de maatregelen zijn nodig omdat de zorg het niet aankan. Het wordt vertaald naar de zorg. Ik heb dat de vorige keer ook al gezegd. Waar dit allereerst gewoon om gaat, is dat wij met z'n allen vinden dat als een burger zorg nodig heeft, voor een hart- en vaataandoening of voor kanker, of geboortezorg of iets anders, die zorg beschikbaar is. Als we dat met z'n allen vinden, dan moet het aantal covidpatiënten naar beneden en dan moet dus het aantal besmettingen naar beneden. Dat is één.

Het tweede is: deze ontwikkelingen gaan ontzettend snel, heel erg snel. Als ik deze aantallen laat zien en bijvoorbeeld de situaties schets die de afgelopen dagen zowel hier in Den Haag alsook in Amsterdam en Rotterdam voorkwamen, dan waren er momenten dat in deze steden verschillende SEH's gesloten waren – dat probeer je altijd zo kort mogelijk te doen – omdat het ziekenhuis vol lag, de SEH vol lag en er voor de deur ambulances stonden die hun patiënten niet kwijt konden. Als dat de aantallen zijn waarmee het omhooggaat, dan kunt u zich voorstellen dat ziekenhuizen soms een dag van te voren, of zelfs op de dag zelf, genoodzaakt zijn om een operatie af te zeggen. Het is iets wat je absoluut niet wil, maar ze worden dan geconfronteerd met zo'n snelle stijging dat ze dat niet anders kunnen accommoderen.

Wat we van tevoren hebben gedaan – ik liet dat plaatje net zien – is samen met een federatie met medische specialismen in de afgelopen maanden, in een rustigere periode, heel nadrukkelijk kijken: wat als? Wat als we 10% moeten afschalen, wat als we 20% moeten afschalen per specialisme, welke zorg moet dan echt doorgaan? En welke zorg kun je mogelijkwijs met aanpassingen omzetten van klinisch naar poliklinisch of moet je dan maar twee maanden vertragen? Zo wordt er met die richtlijnen, die ieder medisch specialisme in ieder ziekenhuis heeft, naar gekeken.

Er speelt nog een extra factor doorheen, met excuus voor het langere antwoord. Ook hier worden ziekenhuizen soms genoodzaakt om iets anders te doen, om de simpele reden dat er ziekteverzuim is onder personeel. U hebt de voorbeelden eerder gezien, bijvoorbeeld twee weken geleden het Martiniziekenhuis in Groningen, dat zich vanwege een uitbraak van corona-infecties onder cardiologiepersoneel genoodzaakt zag om tijdelijk af te schalen. Als dat leidt tot situaties die de kwaliteit van leven van patiënten beïnvloeden, dan schakelen die ziekenhuizen met andere collega's in de regio.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van Brenk namens de fractie van 50PLUS. Gaat uw gang.

Mevrouw Van Brenk (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Dank u wel, meneer Kuipers. Ik vroeg mij af of het niet verstandiger zou zijn dat wij gaan sturen op een lagere R-waarde, bijvoorbeeld 0,8 in plaats van 0,9. U noemde aan het begin van uw betoog de termijn van twaalf weken. Zou u daar eens op kunnen reflecteren?

De heer Kuipers:

Die termijn van twaalf weken benoemde ik ook om te illustreren dat... We zitten nu weer in een stijgend deel van de curve. Op het moment dat je een piek bereikt, duurt het een tijd voordat al die patiënten het ziekenhuis verlaten hebben. Sommigen gaan snel weg, maar het is de bekende normaalverdeling. De overallbezetting duurt gewoon heel lang. Natuurlijk zou je de R-waarde vanuit het perspectief van de gezondheidszorg zo snel mogelijk zo ver mogelijk naar beneden willen brengen, maar alleen al die naar 0,9 brengen, is een hele grote uitdaging. Daarbij moet er een balans zijn tussen de maatregelen en de impact daarvan op de maatschappij.

Puur vanuit ziekenhuisperspectief gezien: hoe eerder het aantal besmettingen drastisch naar beneden gaat, hoe eerder ook de curve naar beneden gaat en hoe lager de verwachting uitkomt. Ik hecht eraan om te zeggen – ik zei dat ook – dat dit de verwachtingen zijn op basis van de trends en de data die we nu hebben. Als de R-waarde bijvoorbeeld met de maatregelen van nu bij wijze van spreken plotseling naar 0,6 zou gaan – wat ik niet verwacht, maar stel – dan kun je gelukkig ook die getallen naar beneden bijstellen.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Jansen namens de PVV-fractie.

De heer Jansen (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Kuipers voor de heldere toelichting en ook voor de cijfers. U zei net zelf in antwoord op een andere vraag: de bottleneck blijft toch het zorgpersoneel. We hebben gezien wat de uitvalcijfers waren in de eerste golf. Is er in deze scenario's ook rekening mee gehouden dat er een zelfde percentage aan uitval zou kunnen zijn? Of zijn dit gewoon puur de brutocijfers, ervan uitgaande dat alle medewerkers gezond blijven – laten we dat hopen – en hun werk kunnen blijven doen?

De heer Kuipers:

Niet alle medewerkerscijfers, maar wel op basis van het aantal operationele bedden dat we normaal hebben. Ik geef er even een voorbeeld bij. Ik kan dat melden, omdat ik de getallen heb voor het ziekenhuis waar ik zelf werk, het Erasmus MC. Daar hebben wij nu iedere dag tussen de 30 en ruim 50 positief geteste medewerkers. Nu is het een grote organisatie, maar als je dit iedere dag hebt, heeft dat uiteindelijk echt een impact op de beschikbare capaciteit die je overeind kunt houden. Het laatste scenario gaat dus over: bij beschikbaar personeel. Als het ziekteverzuim aanzienlijk omhooggaat – daarom had ik dat ook in een van die eerste boxen op mijn tweede dia – heeft dat een aanvullend nadelig effect.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Kerstens namens de fractie van de Partij van de Arbeid.

De heer Kerstens (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Dank ook aan de heer Kuipers voor zijn heldere toelichting. Mijn vraag gaat over het afschalen en het ook weer inhalen van reguliere zorg, waarvan in de eerste golf sprake was. Er is toen snel en fors afgeschaald. De bedoeling is om dat nu op een wat andere manier te doen, maar de cijfers lopen behoorlijk op en komen al snel boven de kritische 25% die echt gezondheidsschade gaat opleveren. Zijn dit vooral mensen die gemerkt hebben dat ze al bij de eerste golf niet aan de beurt waren en nu nog langer moeten wachten, of is daar zo veel van ingehaald dat er nieuwe patiënten zijn? Zou u daar iets over kunnen zeggen? Is de groep uiteindelijk twee keer zo groot, of is het dezelfde groep die deels nog een keer geraakt wordt?

De heer Kuipers:

Ik weet vrijwel zeker dat mevrouw Raaijmakers van de Nederlandse Zorgautoriteit daar zo meteen ook iets over zal zeggen, want zij monitoren alle getallen ten aanzien van verwijzingen en behandelingen. Dus zij zal dat ongetwijfeld illustreren. Ik kan er wel iets over zeggen. In de eerste golf hebben we naast het afschalen van de reguliere zorg gezien dat de reguliere bevolkingsonderzoeken werden stopgezet, voor baarmoederhals-, borst- en darmkanker. U moet zich voorstellen dat normaal gesproken vele honderdduizenden mensen per jaar een uitnodiging

krijgen. Als je dat langere tijd stopzet, mis je daarmee ook heel grote aantallen kankerdiagnoses.

Op dit moment is het aantal patiënten bij wie de diagnose kanker gesteld is, nog niet op het niveau dat je normaal gesproken nu, op 14 oktober, zou verwachten. Dat klinkt een beetje vreemd, maar u begrijpt precies wat ik bedoel. Dus dat betekent dat er nog steeds een cohort mensen is bij wie de diagnose nog niet gesteld is, maar van wie we eigenlijk wel met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid moeten aannemen dat ze het wel hebben. Hoe langer dat duurt, hoe groter de kans dat ze in een later stadium gediagnosticeerd worden. Daarmee moeten ze dus ook intensiever behandeld worden en wordt de kans op genezing verkleind. Het is nog te vroeg om het totaaleffect te zien, maar dit geeft aan dat die hele inhaalslag voor diagnoses die echt heel relevant zijn om op korte termijn te stellen, nog niet volledig is gedaan.

Dus één advies is om in ieder geval zo lang mogelijk die bevolkingsonderzoeken niet opnieuw te stoppen, zoals we de eerste keer hebben gedaan. Die moeten gewoon doorgang vinden. Gelukkig is een groot deel van de zorg die erachteraan komt voor mensen met een positieve uitslag, poliklinische zorg. Maar de echte inhaalslag was er nog steeds niet. Dat maakt het des te zorgelijker als wij nu opnieuw reguliere zorg moeten afschalen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik het woord aan mevrouw Kröger namens de fractie GroenLinks.

Mevrouw Kröger (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Kuipers voor deze presentatie. Het zijn inderdaad zeer zorgwekkende cijfers, ook met betrekking tot het zorgpersoneel. U schetste dat er in uw eigen ziekenhuis 30 tot 50 positief geteste medewerkers per dag zijn. Dat horen wij ook breed uit het veld. Het gaat nu al om gemiddeld 10% tot 15% ziekteverzuim, geloof ik. Dat is het eerste deel van mijn vraag. Dan mijn tweede vraag, eigenlijk voortbordurend op die van de heer Jansen: als deze trend doorzet, wat betekent dat voor deze cijfers? Wat betekent dat voor deze prognoses?

De heer Kuipers:

Zoals net ook al aangegeven zijn deze cijfers, sec in termen van afschaling, gebaseerd op een normaal gemiddeld ziekteverzuim. Ik herken nog niet de getallen die u noemt van 10% tot 15% sectorbreed, maar dit soort ziekteverzuimpercentages op individuele afdelingen wel degelijk. Als het ziekteverzuim van normaal 5% naar 10% zou gaan, dan is het aantal beschikbare bedden ook aanzienlijk kleiner. Even voor de beleving van mensen geef ik hier de gezondheidsgraden aan voor zorgmedewerkers die werken op een spoedeisende hulp. Als iemand binnenkomt die ernstig benauwd is en hoge koorts heeft versus een geplande operatie voor iets, dan heb je op dat moment geen keus. Je zou misschien de afweging moeten maken wie eerst gaat, maar die keuze heb je op dat moment helemaal niet. Je vangt de acute patiënt op om logische redenen. Dat zouden wij allemaal doen.

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):

Dank u wel, voorzitter en dank aan de heer Kuipers. Indringende cijfers, zeker voor diegenen die stellen dat er niet zo veel aan de hand is of dat het virus statistisch weg was. Mijn vraag gaat over het aantal bedden. Het gaat natuurlijk om de hoeveelheid personeel, want die moet aan dat bed

staan. Maar is in deze berekeningen van bedden meegenomen de inzet vanuit zelfstandige klinieken? Er is in het voorjaar wel wat samenwerking op gang gekomen, maar dat heeft toen even geduurd. In hoeverre zijn de zelfstandige klinieken nu meegenomen in dit soort prognoses?

De heer Kuipers:

Dit sluit aan op de eerdere vragen die ik al kreeg over het personeel. Met de zelfstandige klinieken zijn we nauw in overleg. Dat kan tot twee opties leiden. Eén is behandelcapaciteit, zeker als het gaat om een operatieve behandeling. Vanuit het perspectief van de Nederlandse burger: ik heb een aandoening en ik moet ergens geholpen worden. Een andere optie is de inzet van personeel, maar dan op een andere locatie dan in het zelfstandige behandelcentrum, bijvoorbeeld in een ziekenhuis of op een andere plek. Dat is met name tijdens de eerste golf gebeurd. Waar we nu naar kijken en wat iedereen in de eigen regio doet, is kijken wat de meest optimale inzet per regio is. Is dat om ze te gebruiken als een plek om patiënten te behandelen of om personeel in te zetten in de ziekenhuizen? Het hangt ook echt een beetje van de lokale situatie af. Het meest directe antwoord is dus: ja, we kijken nadrukkelijk samen met de zelfstandige behandelklinieken hoe we dat zo goed mogelijk kunnen optimaliseren, want we hebben alle inzet nodig.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Van der Staaij namens de fractie van de SGP.

De heer Van der Staaij (SGP):

Voorzitter. Mijn vraag gaat over de capaciteit op de spoedeisende hulp. Ik hoorde gisteren een arts die zei dat zijn spoedeisende hulp urenlang gesloten moest worden, omdat die eigenlijk verstopte. Hij zei: waarom is daar nog zo weinig aandacht voor? Mijn vraag aan de heer Kuipers is: welke mogelijkheden zijn er om via spreiding die verstopping van die toegangspoort van de spoedeisende hulp te voorkomen?

De heer Kuipers:

Dat is een heel belangrijk punt. Het klopt – ik schetste dat net al even – dat in de afgelopen dagen en vorige week ook al er herhaalde momenten waren, zeker in de grote steden in de Randstad, waar spoedeisende hulpen zich genoodzaakt zagen om te sluiten. Dat doen ze overigens ook altijd in nauw overleg met de collega's. Op verschillende plekken zijn er gewoon dashboards voor waar je het precies kunt zien en er zijn ook heldere criteria voor. U snapt dat we zeer terughoudend zijn om een spoedeisende hulp te sluiten. Alleen: op het moment dat een kliniek vol ligt, alle behandelkamers op een spoedeisende hulp vol liggen en er ambulances voor de deur staan die hun patiënt niet kwijt kunnen, dan heeft het eigenlijk even geen zin om te zeggen «wij zijn open», want de patiënt kan gewoon niet terecht. Dus dan doe je dat weliswaar in samenspraak met, maar dan ben je er even toe genoodzaakt. De duur daarvoor is altijd zo kort mogelijk. Dan moet je meestal denken in termen van een uur of uren. Zelden een hele nacht, maar ook dat is in de afgelopen periode wel een keer voorgekomen. Dat betekent meer werk voor de betreffende ambulances, die verder moeten rijden, meer werk voor de resterende SEH's waar patiënten dan naartoe komen, en een grotere belasting voor patiënten, die soms verder vervoerd moeten worden of soms eerst naar de een maar dan toch naar de ander gaan. De beste benadering daarvan is om te zorgen dat patiënten zo veel mogelijk gespreid worden. Ik liet u even die spiegelinformatie zien. Wat we tot nu toe deden, is echt kijken naar een match tussen een vraag voor uitplaatsing en een aanbod van een beschikbaar bed. Gezien de situatie in de afgelopen dagen, waarbij het voorkwam in grote steden dat meerdere

SEH's tegelijkertijd gesloten waren en dus de rest draineerde op een enkele resterende SEH, hebben we gisterochtend met alle collega's het beeld veranderd. Wij kijken nu puur naar de regio's die aanvragen doen voor uitplaatsing. Die moeten dat vooruit doen: 24 uur vooruitkijken van hoeveel capaciteit heb ik nodig om te zorgen dat mijn SEH de komende 24 uur niet dicht gaat? Wij matchen dat dan met een ontvangende regio die naar rato minder bezet is en plaatsen uit. Met andere woorden, gewoon de vraag: u krijgt zoveel patiënten en zegt u maar in welk ziekenhuis die terecht moeten. Ik kan het uiteraard omwille van de patiëntgegevens niet laten zien, maar stel dat we hier een dashboard laten zien, geanonimiseerd, dan zou u actueel de verplaatsingen kunnen zien van een patiënt uit Amsterdam die naar Harderwijk gaat en van een patiënt uit Rotterdam die naar Geleen gaat et cetera. Dat soort verplaatsingen, in grote getale.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dank u wel. Hartelijk dank voor uw presentatie. Ik heb een vervolgvraag daarop. Ik ben benieuwd of er ook covidpatiënten weer terug naar huis zijn gestuurd omdat dat nou eenmaal moest en of dit een scenario is waar in de toekomst rekening mee wordt gehouden.

De heer Kuipers:

Ik vertelde net over het aantal ziekenhuisopnames. Het staat hier onder de eerste bullet: meer dan 250 opnames per dag. We zien gelukkig de getallen ten aanzien van bezetting, waar we het meest op focussen, niet met meer dan 250 per dag omhoog gaan. Gisteren kwamen er 112 erbij. Dat is natuurlijk de netto resultante tussen het aantal opnames, die meer dan 250, en het aantal mensen dat naar huis gaat of naar een verpleeghuis of een revalidatie-instelling, of dat overlijdt. Voor het gemak van het rekenen: stel dat dit 250 is en de toename was 110, dan zijn er dus ook 140 mensen van een ziekenhuisbed ontslagen. Dat is één. Het tweede is dat er nauwe afspraken zijn met huisartsen in termen van verwijzing, zowel naar een ziekenhuis als naar een vvt-instelling, om zo direct aan de voorkant te zorgen dat de patiënt op de plek komt die voor die patiënt het meest geschikt is.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Hiddema namens de fractie Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

De heer Hiddema (FvD):

Ik heb nu nog geen vragen, dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan ga ik door naar de heer Van Haga. Gaat uw gang.

De heer Van Haga (Van Haga):

Dank u wel. De kritieke beperking wordt nu bepaald door het aantal reguliere bedden en het aantal ic-bedden. Dat is dan bepalend voor het afschalen van de zorg. Ik hoor nu al verhalen van mensen die geen stent of een behandeling voor kanker kunnen krijgen. Mijn vraag is: waarom is er dan in de afgelopen zeven maanden al niet enorm opgeschaald om meer capaciteit te bereiken en bijvoorbeeld een coronahospitaal in te richten? Mevrouw Diertens had het er al even over. En als dan personeel het probleem is, waarom is er dan in de afgelopen zeven maanden niet actief begonnen met werven en omscholen van meer zorgmedewerkers? Ik vraag dat met name omdat bepaalde partijen hier aanwezig in de

afgelopen jaren duizenden verpleegkundigen hebben wegbezuinigd en duizend ic-bedden hebben verminderd. Die verpleegkundigen moeten toch nog ergens aanwezig zijn?

De heer Kuipers:

Eerst even ten aanzien van dat opschalen. Ik heb de vorige keer even iets gepresenteerd van het opschalingsplan. Ik heb laten zien dat we in de afgelopen periode ongeveer 300 ic-bedden en 600 klinische bedden opgeschaald hebben, in een zomerperiode. Even om daar een idee bij te geven, dat zijn bij elkaar dus 900 bedden. Dan praat je dus over vele duizenden medewerkers. Dat is van alle collega's in het land een majeure inspanning. Ik hecht er echt aan om dat te benoemen, omdat er vaak een beetje gedacht wordt dat de zorg zich niet voldoende heeft voorbereid. Er is een einde aan de rekbaarheid van de ziekenhuiszorg. 900 bedden erbij in een paar maanden tijd, die je 24/7 moet bemannen, en dan niet met iets simpels zoals alleen maar een maaltijd uitdelen, maar echt met intensieve zorg, ook voor de klinische patiënten, want het gaat over het algemeen over patiënten die ernstig ziek zijn, dat is majeur. Dat kon ook alleen maar door de inzet van ieder ziekenhuis in Nederland, van de grootste tot de kleinste aan toe. Dat kan ook niet verder. Dat kan nog wel in de loop van de maanden verder of als u ons een aantal jaren zou geven, kan dat verder, maar niet in deze periode. Dat was ook de reden dat die drempelwaarde gezet is op 40 opnames per dag. Dat is wat we erbij kunnen doen, als de uitdaging ook is om de reguliere zorg helemaal voort te zetten. We hebben eerder de vraag van de heer Jansen gehad over continuïteit en een inhaalslag maken voor de reguliere zorg. Die moeten we eigenlijk doen. Dat is het eerste ding.

Het tweede, en daarmee kom ik terug op de eerste vraag: helpt het dan om ergens één hele grote centrale faciliteit neer te zetten? We hebben dat op landelijk niveau bekeken en ook op regionaal niveau. Linksom of rechtsom vraagt zo'n hele grote centrale faciliteit, los van veel extra vervoer, nog steeds om hetzelfde geschoolde personeel. Nu worden er pogingen ondernomen om te zoeken naar mensen die in het verleden er opleiding tot verpleegkundige hebben gehad en nog BIG-geregistreerd zijn maar niet meer werken dan wel van wie de BIG-registratie verlopen is en die je opnieuw kunt inzetten. Ook dat is een inspanning die tijd kost. Met andere woorden...

De voorzitter:

Misschien kunt u heel even stoppen, want de bel gaat erdoorheen. Ik wilde u op een logisch moment onderbreken. Dit was de bel voor de aanvang van de plenaire vergadering. Rondt u uw antwoord af.

De heer Kuipers:

Wat we daar in de zorg van merken op dit moment – ik geef u dit maar even mee... De beeldvorming ontstaat snel dat aanvullende maatregelen nodig zijn omdat de zorg zich niet voldoende voorbereid heeft. Ik hoor van eigen medewerkers en van collega's dat de situatie op een spoedeisende hulp grimmiger wordt. We hebben gezien dat mensen tot en met een kort geding protesteerden tegen een eventuele uitplaatsing. Dat waren allemaal dingen die we in de eerste golf absoluut niet zagen. We kunnen even niet anders. Het is niet dat de zorg zich in de afgelopen maanden niet maximaal heeft voorbereid, maar er zitten wel grenzen aan wat je in zo'n periode kunt bereiken.

Ik hoor ook regelmatig de vergelijking met het Duitse systeem. Duitsland heeft bijvoorbeeld vijf keer zo veel ic-bedden als Nederland. Duitsland heeft qua bedden et cetera de situatie die wij in de zeventiger jaren van de vorige eeuw hadden. Wij hebben hier gezamenlijk, met zijn allen echt gekozen voor een ander zorgsysteem, een moderner zorgsysteem. Dan moet je het doen met ruim 1.000 ic-bedden in plaats van 5.000 ic-bedden.

In Noordrijn-Westfalen is een populatie van 18 miljoen, met vijf keer zo veel ic-bedden.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van Gerven, namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

De heer Van Gerven (SP):

Dank u wel, voorzitter. Dank ook voor de presentatie van de heer Kuipers. We moeten constateren dat de zomervakantie van de politiek, of het kabinet, en dat gepolder over corona ons in de tweede golf heeft gerommeld, waar we nu de gevolgen van zien, die u ook in uw presentatie heeft laten zien. Nu vraag ik me af hoe het zorgpersoneel die tweede golf in de ziekenhuizen beleeft – u verkeert daar dagelijks – en wat het zorgpersoneel van de politiek vraagt om de situatie zo snel mogelijk te verbeteren en een derde golf te voorkomen.

De heer Kuipers:

Het zorgpersoneel in Nederland is om te beginnen buitengewoon professioneel. Ze zorgen voor de patiënt die binnenkomt. Daarbij moet ik wel zeggen dat op het moment dat de aantallen patiënten omhooggaan, men ook wel diep zucht en zegt «hier gaan we». Ze weten van de eerste golf hoelang dat geduurd heeft en hoe intensief dat is. Daar komt bij dat de stemming op allerlei plekken wel enigszins verandert. Ik noemde dat al. Niet alleen in de ziekenhuizen; ik hoor dat ook van mensen die in een teststraat zitten, die uitgeslagen moeten doorbellen of andere dingen. Ook dat is wel een extra belasting. Dus wat het zorgpersoneel vooral wil, is dat de maatregelen die er nu zijn zo optimaal mogelijk nageleefd worden en dat iedereen daaraan meedoet om dit te voorkomen. Het zorgpersoneel wil echt zorgen dat die patiënt met kanker of de patiënt die een stent nodig heeft voor een vaataandoening, geholpen wordt. Dus het belangrijkste waar het personeel om vraagt is naleving van de maatregelen en hopen dat daarmee die R snel naar beneden gaat.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber namens de fractie van de ChristenUnie.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Kuipers voor zijn toelichting. Ik ben behoorlijk geschrokken van de cijfers van besmettingen in uw eigen ziekenhuis. 30 tot 50 per dag is aanzienlijk. Als we op meer plekken dit soort aantallen gaan zien – hoge besmettingscijfers onder het personeel, waarbij het personeel vaak ook nog niet uitgerust is van de eerste coronagolf – dan vrees ik dat we te maken krijgen met hogere ziekteverzuimpercentages dan waar we nu waarschijnlijk allemaal op hopen. Mijn vraag aan de heer Kuipers is of het Landelijk Netwerk Acute Zorg dit heeft doorgerekend. Zijn er doorrekeningen beschikbaar? Stel dat een kwart van het zorgpersoneel uitvalt, of 10% of 15%, hoeveel zorg kunnen we dan nog leveren? Ik denk dat het goed is voor de politiek om dat te weten. Als er minder personeel beschikbaar is, hebben we dus minder bedden en komen we ook eerder in het zwarte scenario terecht.

De heer Kuipers:

Op de eerste vraag of we dat hebben doorgerekend, is het antwoord ja. Als u even rekent met verpleegkundigen die zorgen voor klinische patiënten, dus voor die bedden: op het moment dat je 10% hoger ziekteverzuim hebt, moet je ook 10% van je bedden inleveren. Dat heeft automatisch een effect naar rato op de klinische zorg die je kunt leveren. Dan kijken we wel heel erg naar welke ingrepen de kortste opnameduur hebben en toch belangrijk zijn. Het is dus allemaal een weging van

impact, van opnameduur. Dus: hoeveel kun je nou eigenlijk nog met een bed doen? Ook dat is een factor om naar te kijken. Maar voor het gemak van het antwoord: kijk maar echt even naar rato. 10% hoger ziekteverzuim betekent 10% inleveren van bedden. Dat betekent ten aanzien van de klinische zorg ook 10% verder afschalen. Dat is de makkelijkste benadering.

Wat die besmettingen zelf betreft: in ieder ziekenhuis kijkt men nadrukkelijk of er aanwijzingen zijn dat de besmettingen geclusterd zijn en bijvoorbeeld komen door overdracht en door het zorgen voor een besmette patiënt. Dat hebben we in de eerste piek ook gezien. Daar zijn met de huidige beschermingsmiddelen over het algemeen heel weinig aanwijzingen voor. Zijn het overdrachten tussen collega's, in de koffiekamer, op de gang? Dat zijn plekken waar nog steeds heel veel mensen komen. Met andere woorden, hebben verschillende collega's hetzelfde virus? U weet dat je dat met een DNA-analyse verder kunt typeren. Ook daar zijn meestal geen aanwijzingen voor, soms wel. De meeste besmettingen, ook voor zorgpersoneel, gebeuren in de maatschappij, als burger, onderweg naar het werk, misschien in een thuisituatie, op allerlei manieren.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van de eerste ronde. Nogmaals dank in de richting van de heer Kuipers voor uw aanwezigheid, presentatie en de beantwoording van de vragen. Wij wensen u uiteraard heel veel sterkte toe de komende tijd. Dat zult u ongetwijfeld nodig hebben, en met u alle mensen in de zorg. Zeer hartelijk dank. Ik schors de vergadering voor een enkel ogenblik. Onze volgende gast is al in deze zaal, dus we gaan echt in enkele seconden door.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Aan de orde is de technische briefing over de ontwikkeling van het coronavirus. Inmiddels is mevrouw Karina Raaijmakers aangeschoven aan tafel. Hartelijk welkom. Zij is directeur Toezicht & Handhaving bij de Nederlandse Zorgautoriteit. Zij gaat eerst haar presentatie geven; daarna geef ik de leden de gelegenheid om een vraag te stellen. Mag ik u het woord geven? Gaat uw gang.

Mevrouw Raaijmakers:

Goedemorgen. Hartelijk dank voor de uitnodiging om hier met u te spreken over de toegankelijkheid van zorg in covidtijd. In zijn verhaal heeft de heer Kuipers ook al het nodige gezegd over de gevolgen van deze crisis voor de reguliere zorg. Daar wil ik met u wat verder op inzoomen vandaag.

Ik zou willen starten met een hele korte terugblik op de eerste golf. De eerste golf is namelijk heel erg bepalend voor het vraagstuk waar we nu mee zitten in het kader van de toegankelijkheid van de reguliere zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft tijdens de eerste golf een aantal acties in gang gezet. Dat begon eigenlijk met de noodzaak om ervoor te zorgen dat de mogelijkheden van digitale zorg werden verruimd. Vervolgens hebben wij samen met de zorgverzekeraars en het ministerie gekeken wat er gedaan kon worden om te voorkomen dat bij de zorgaanbieders, die massaal hun zorg moesten staken tijdens de lockdown, de financiële consequenties verkeerd zouden uitpakken voor de beschikbaarheid van zorg. Zo zijn er allerlei mogelijkheden gekomen om de extra coronakosten te declareren, maar ook om gedeelde omzet te compenseren. In april – daar wil ik straks wat nader op ingaan – zijn wij door het ministerie gevraagd om de coördinatie en regie te voeren over de opschaling van de reguliere zorg. Daar kom ik straks wat uitgebreider op terug. Onderwijl

hebben we ook gewerkt aan een advies voor passende zorg, dat in juli is verschenen. Dat advies ziet op de toegankelijkheid van de zorg. We hebben met elkaar ondervonden hoe belangrijk die is. Hoe kunnen we die ook in de toekomst borgen, wetende dat de kosten van de gezondheidszorg hard stijgen en dat we die kosten in Nederland ook met elkaar moeten opbrengen? De rode draad van dat advies is het verruimen van de mogelijkheden voor digitale zorg, maar ook het inzetten op het organiseren van zo veel mogelijk zorg rondom de patiënt en alleen doen wat bijdraagt.

Ik zoom even in op de tweede pijler die ik net liet zien. Ik gaf al aan dat wij in april door het ministerie zijn gevraagd om de opschaling van de reguliere zorg, waar we toen tegen aankeken, samen met alle partijen in het veld ter hand te nemen. In de eerste periode hebben we vooral heel veel data verzameld om te kijken wat op dat moment nou eigenlijk de staat van de reguliere zorg was. Ik wil daar straks nog een paar plaatjes van laten zien. Wat is nu de impact op de zorg? Wat heeft wel plaatsgevonden, wat heeft niet plaatsgevonden? Kunnen we iets zeggen over het aantal mensen dat nu op zorg wacht? In die periode hebben we ook erg ingezet op het benutten van alle regionale structuren die er in dit land al zijn, om te kijken hoe die samenwerking zo goed mogelijk zou kunnen plaatsvinden om de reguliere zorg zo hard mogelijk op te schalen.

Daarbij heeft één ding voor ons steeds als een paal boven water gestaan: we willen dat de toegang tot de Nederlandse gezondheidszorg voor alle Nederlanders in gelijke mate is geborgd. Regionale verschillen – de heer Kuipers heeft daar net ook iets over gezegd; daar ligt natuurlijk ook een belangrijke rol voor het LCPS – willen we zo veel mogelijk voorkomen, omdat het voor de toegang tot de zorg niet uit zou moeten maken waar in Nederland je woont.

In de zomerperiode hebben we geconstateerd dat de zorg heel veerkrachtig is gebleken en dat de zorg die op dat moment werd geleverd, toch al best aardig op niveau terugkwam. Dat zal ik straks ook laten zien. In de zomerperiode konden we, omdat het virus zich wat meer koest hield, ook wat gas terugnemen. Maar in september hebben we geconstateerd dat het virus in volle hevigheid terugkwam. Inmiddels zitten we in de situatie dat we weer heel intensief monitoren hoe het gaat met de reguliere zorg en dat we samenwerken met het LCPS om de gelijke spreiding van covidpatiënten over het land te borgen, allemaal vanuit de gedachte dat die gelijke spreiding van de covidpatiënten bijdraagt aan de toegankelijkheid van de reguliere zorg.

Dan een aantal plaatjes om te illustreren waar we tegen aankijken, naar aanleiding van de eerste golf. U ziet hier wat we het «stuwmeer» noemen dat is ontstaan, het stuwmeer aan verwijzingen tijdens de eerste golf. Tijdens de eerste golf bleven mensen massaal weg bij de huisarts. Dat is wat u hier ziet. De gestippelde blauwe lijn geeft, op basis van voorgaande jaren, weer wat normaliter het aantal verwijzingen zou zijn. De rode lijn is het aantal verwijzingen dat werkelijk heeft plaatsgevonden. Wij hebben dat kunnen berekenen op basis van de data van ZorgDomein. Het gat tussen die aantallen verwijzingen is het stuwmeer: het aantal verwijzingen dat niet heeft plaatsgevonden tijdens de eerste golf en normaal gesproken wel te verwachten zou zijn. Vervolgens zien we dat ongeveer rond de zomerperiode het aantal verwijzingen weer behoorlijk op niveau terugkwam. De laatste data, heel recente data van begin deze week – dat is het staartje van deze grafiek – laat zien dat het aantal verwijzingen weer terugloopt. Hoewel we weten dat huisartsen er alles aan doen om de zorg ook daar toegankelijk te houden en vol hebben ingezet op de digitale mogelijkheden van zorg, zien we toch dat het aantal verwijzingen weer terugloopt. De vraag is natuurlijk: waar gaat dat naartoe? Vandaar ook onze oproep aan mensen – daar begint het toch altijd – om bij klachten wel de huisarts te blijven vinden, want die kan beoordelen wat verantwoordelijke vervolgstappen zijn om te zetten.

Een ander plaatje dat ik met u wil delen, laat zien welke reguliere zorg er in de afgelopen periode heeft plaatsgevonden. De stippellijn is het moment van de lockdown. Vervolgens hebben we op basis van productiecijfers naar urgentieklasse aangegeven welke zorg in de periode na de lockdown heeft plaatsgevonden. Wat u daar kunt zien, is ook wel in lijn met het verhaal dat de heer Kuipers net hield, namelijk dat na een forse terugval – gelukkig een wat minder grote terugval van de urgente zorg, maar een grotere terugval van de niet-urgente zorg – de zorg weer is opgeklommen, dat het rond de zomerperiode ongeveer weer op niveau was of misschien zelfs een beetje daarboven, dat dus echt wel is geprobeerd om in de zomerperiode wat inhaalzorg te verlenen, maar dat er vervolgens ook weer sprake is van een teruggang. Dit plaatje loopt door tot ongeveer begin september. De actuele cijfers moeten wij nog krijgen. Die zullen ongetwijfeld – maar dat laat ik straks ook zien – wel weer een terugval in productie laten zien, omdat we inmiddels weten dat die zorg in het land wordt afgeschaald. Als u hiernaar kijkt dan ziet u... Eerder noemde ik al de veerkracht van de zorg. Na de eerste lockdown is heel hard geprobeerd om de reguliere zorg weer op niveau te brengen. Maar tegelijkertijd zien we ook dat er geen of nauwelijks inhaalzorg heeft plaatsgevonden. Dat is natuurlijk relevant, omdat we weten dat het aantal verwijzingen zo laag is gebleven. We weten dat er gewoon mensen zijn – we weten natuurlijk niet precies wie dat zijn – die nog steeds op zorg wachten. Dat is zorgelijk, omdat we ook weten dat de reguliere zorg nu weer wordt afgeschaald.

Hoewel we hier vandaag behoorlijk focussen op de ziekenhuizen, vind ik het ook wel van belang om even aandacht te geven aan de andere sectoren, omdat we daar op onderdelen echt wel een vergelijkbaar beeld zien. We hebben gisteren berekend wat het aantal gemiste verwijzingen in de ggz is sinds de uitbraak van de eerste golf. We weten dat dat inmiddels 71.000 verwijzingen zijn die niet hebben plaatsgevonden maar normaliter wel plaatsgevonden zouden hebben. We weten dat in de ggz na de eerste lockdown heel veel is gedaan om toch zo veel mogelijke behandelingen wel doorgang te laten vinden, digitaal of, met alle maatregelen van dien, in een fysieke setting. We zien wel dat het aantal gestarte behandeltrajecten in 2020 lager is dan in 2019. De wachttijden zijn vooralsnog stabiel. Dat lijkt goed nieuws, maar de wachttijden in de ggz, met name voor de complexe ggz, waren al behoorlijk lang. De wachttijden in de basis-ggz zijn over het algemeen op orde, maar in de complexe ggz zijn die wachttijden al lang.

De langdurige zorg laat eigenlijk het beeld zien – we hebben daar met elkaar ook veel over gehoord en gelezen – dat tijdens de eerste golf het aantal afgegeven indicaties naar beneden is gegaan en dat het aantal mensen dat in een verpleeghuis is gestorven, is toegenomen. De facto heeft het er dus toe geleid dat de leegstand tijdens de eerste golf is toegenomen. We zien wel dat dat nu weer wat aantrekt. We zien ook dat het aantal wachtenden, met name het aantal «wenswachtenden», dus mensen die wachten op een voorkeursplek, nog hoog is en dat mensen ook wel wat terughoudend lijken te zijn om nu een plek in een verpleeghuis in te nemen, misschien ook wel terugdenkend aan de beperkende maatregelen die golden tijdens de eerste golf.

Wat hier speelt – die parallel is eigenlijk wel te trekken met alle sectoren – is dat het personeel echt een punt van aandacht is, zowel in de langdurige zorg als in de wijkverpleging. We hebben net natuurlijk ook gehoord dat er in de ziekenhuiszorg sprake is van uitval van personeel. Dat is natuurlijk ook een beperkende factor als het gaat om de mate van zorg die geleverd kan worden. We zien dat ook heel nadrukkelijk terug in de wijkverpleging. Sinds de uitbraak van de eerste golf is de productie daar gedaald. Over het algemeen hebben mensen gemiddeld minder zorg genoten. De zorg heeft wel doorgang gevonden, maar op een wat lager niveau. Ook daar is nu sprake van een wat lagere instroom van cliënten en wel een toename

van het ziekteverzuim. Over de huisartsenzorg heb ik eigenlijk net al iets gezegd. Die zorg is langs digitale weg heel goed toegankelijk gemaakt. We zijn daar natuurlijk echt afhankelijk van de bereidheid van mensen om naar de huisarts toe te gaan. Ik denk dat we er sterk op moeten inzetten dat dat wel gebeurt.

De volgende sheet is eigenlijk het verhaal dat de heer Kuipers net ook al heeft verteld. Als ik even focus op de afschaling van zorg die wij nu zien, dan is het plaatje met de landkaartjes volgens mij het meest inzichtelijk. Dat is gebaseerd op data van het LCPS. Vorige week woensdag is uitgevraagd wat op dat moment de mate van afschaling van zorg was. Er is toen ook uitgevraagd wat de verwachting was voor vandaag. In dat plaatje zien we dat er woensdag al best wel sprake was van een forse afschaling in het westen van het land, eigenlijk ook in lijn met hoe de besmettingen zich daar oorspronkelijk concentreerden. In het oosten van het land was dat op dat moment nog beperkt het geval. De verwachting was toen dat die afschaling ook op andere plekken in het land zou toenemen. Dat is ook wel het beeld dat op dit moment bestaat. Het plaatje dat we aan de rechterkant zien, is ook het plaatje waar we op dit moment rekening mee moeten houden. Dat betekent dat er overal in het land inmiddels wel sprake is van afschaling van de reguliere zorg. In het oosten is dat nog in een wat mindere mate dan in het westen.

Als laatste wil ik u het plaatje laten zien van het aantal verpleegdagen in de winter, of eigenlijk in alle seizoenen maar even specifiek met aandacht voor de winter, omdat dat in onze ogen namelijk de urgentie vergroot om het aantal besmettingen echt in te dammen. In de winterperiode ligt het aantal verpleegdagen namelijk doorgaans hoger dan op andere momenten in het jaar. Als er wordt afgeschaald, is de impact daarvan in de winter dus nog groter dan in andere seizoenen. Ik heb de indruk dat de urgentie ook behoorlijk is aangewakkerd door de presentatie van de heer Kuipers, maar dit laat ook wel zien hoe nijpend de situatie dan is in de reguliere zorg.

Voorzitter, daar wil ik het voor deze presentatie even bij houden.

De voorzitter:

Hartelijk dank. De afkorting LCPS kwam een aantal keren voorbij. Dat is het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding.

Dan geef ik de Kamerleden het woord om vragen te stellen. We doen dat op dezelfde manier als in de vorige ronde. Er is helaas geen gelegenheid om door te vragen. Stelt u dus een concrete vraag. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Diertens. Zij spreekt namens D66.

Mevrouw Diertens (D66):

Dank u wel voor de heldere presentatie. Ik heb eigenlijk een hele technische vraag. Er zijn veel zorgen over de afschaling van de reguliere zorg. Ik krijg daar ook veel mails over. Mensen vragen zich af wanneer covidzorg belangrijker is dan reguliere zorg en waar het kantelpunt zit. Is er een richtlijn daarvoor? Denk aan de triage op de ic's. Geldt die dan ook voor de zorgdomeinen buiten de ic-zorg?

Mevrouw Raaijmakers:

Wij maken vaak het onderscheid tussen enerzijds acute zorg en anderzijds planbare zorg. Binnen de planbare zorg bestaan een aantal urgentiecategorieën. Gelet op de klachten waarmee mensen nu naar de ziekenhuizen gaan, wordt covidzorg vaak wel gekwalificeerd als acute zorg. In Nederland wordt ingezet op de spreiding van die acute zorg. Het LCPS – ik mag inmiddels de afkorting gebruiken – is druk doende daarmee, maar ook het Landelijk Netwerk Acute Zorg is daarmee bezig. Dat is in het leven geroepen om te kijken hoe de toegang tot de acute zorg in Nederland zo

goed mogelijk geborgd kan blijven door ook in regionale settings bepaalde overleggrems daarvoor te creëren. Uw vraag is eigenlijk ook of dat wel terecht is, dat verschil tussen acute zorg en planbare zorg. De heer Kuipers heeft er net ook iets over gezegd. De Federatie Medisch Specialisten is echt al een tijd druk doende om handvatten te ontwikkelen voor medisch specialisten voor wanneer het verantwoord is om zorg af te schalen. Dat is echt een zorginhoudelijke afweging van medische professionals. We moeten alles op alles zetten om die acute zorg zo veel mogelijk doorgang te laten vinden. We hebben tijdens de eerste golf gezien dat dat is gebeurd en we zien dat het nog steeds gebeurt. Ik denk dat dat in ieder geval iets positiefs is. Binnen de planbare zorg zitten verschillende urgentiecategorieën. Daar is het echt zaak dat de medisch specialisten de afweging maken tussen wat verantwoord kan wachten en waar actie op nodig is. Waar actie nodig is, dus waar patiënten wel echt gewoon behandeld moeten worden, is het zaak dat dat in eerste instantie gebeurt in de regio. Wij kijken nu ook of zorgverzekeraars een ondersteunende rol kunnen spelen om patiënten toegang tot zorg te kunnen geven, zodat we voor de meest urgente aandoeningen de toegang tot zorg borgen. Dus daar is de inspanning nu op gericht.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg namens de fractie CDA. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Ook dank voor de presentatie die heel duidelijk was, mevrouw Raaijmakers. Ik kom even terug op het stuwmeer van reguliere zorg. U geeft aan dat in de planbare zorg verschillende niveaus zitten. U laat op een sheet zien dat er nu alweer een daling is in het aantal doorverwijzingen. Dat is dan toch omdat mensen niet bij de huisarts komen, want ik verwacht dat de huisarts gewoon nog wel doorverwijst als die een probleem ziet. In hoeverre is er nog een stuwmeer in de acute planbare zorg? Kunt u daar wat over zeggen?

Mevrouw **Raaijmakers:**

Een exact inzicht in wat voor zorgvraag in dat stuwmeer zit, hebben we niet op het hoogste detailniveau. We hebben wel onderscheid gemaakt naar urgentieklasse. We weten daarom ook wel dat tijdens de eerste golf – ik ga ervan uit dat dat op dit moment ook zo is, maar dat kan ik niet volledig onderbouwen – de meeste urgente acute zorg zo veel mogelijk is doorgegaan. Dat was echt wel de inzet van de huisartsen. Het punt is natuurlijk wel dat bepaalde kwalen die op het eerste oog niet zo heel erg urgent lijken, zich wel urgenter kunnen ontwikkelen. Ik denk dat dat de reden is waarom we met elkaar die mensen wel naar de huisarts moeten zien te krijgen. De afweging moet daar gemaakt worden. Als iemand bij de huisarts komt en de huisarts maakt de inschatting dat die persoon echt zorg nodig heeft, dan lukt dat tot nu toe ook nog steeds wel. Daar moet ook de inzet op gericht zijn.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Azarkan namens de fractie DENK.

De heer **Azarkan** (DENK):

Ik bewaar mijn vraag voor de heer Van Dissel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van Brenk namens de fractie 50PLUS. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Dank u wel voor de presentatie. Ik was wat verrast over de gedaalde productie van de wijkverpleging, omdat u ook aangeeft dat mensen toch wachten richting verpleeghuis. Dan zou je denken dat er veel meer zorg thuis is. Zitten er dan problemen in de intake? Kunt u misschien daar nog iets dieper op ingaan?

Mevrouw **Raaijmakers**:

Wat wij hebben gezien als een belangrijke oorzaak van die daling is dat de geleverde zorg per patiënt naar beneden is gegaan. Patiënten hebben recht op een x-aantal uur zorg per dag. We zien dat, ook om de toegang tot de wijkverpleging te borgen, de geleverde zorg per dag wat lager is geworden. Dat telt uiteindelijk op tot die daling in productie.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Er is enige onduidelijkheid, begrijp ik, bij leden over hoeveel vragen ze mogen stellen. We hebben drie blokjes, in ieder blokje één vraag. Wilt u een vraag doorzetten naar een volgend blok, zoals de heer Azarkan doet, is dat prima, maar... Meneer Azarkan, u wilt toch gebruik maken van de gelegenheid.

De heer **Azarkan** (DENK):

Ik had het verkeerd. Ik dacht dat u aan het begin zei «twee vragen».

De **voorzitter**:

Nee, ieder blokje één vraag. Gaat uw gang.

De heer **Azarkan** (DENK):

Als u dat toestaat, wil ik graag een vraag stellen. De ggz is natuurlijk een wat bijzondere zorg. U noemde een cijfer. U gaf aan dat duizenden verwijzingen niet zijn doorgegeven. Wat is daar nou de impact van? Ik wil daar even een gevoel bij krijgen. Wat betekent dat nou voor die mensen, maar ook voor de samenleving? Wat zijn de gevolgen daarvan?

Mevrouw **Raaijmakers**:

Dat is natuurlijk een terechte vraag. Ik noemde het aantal van 71.000 verwijzingen minder dan vorig jaar. Er is een nadere analyse nodig om te weten wat de impact daarvan is. Dat kunnen wij op basis van de verwijzingsdata nu niet zeggen. Wat het betekent, is dus dat 71.000 mensen minder, als we ervan uitgaan dat een verwijzing gelijk staat aan een persoon, met geestelijke klachten naar de huisarts zijn gegaan. Maar de exacte impact daarvan kan ik op dit moment niet schetsen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Jansen namens de fractie PVV.

De heer **Jansen** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Als ik het goed begrijp, mag ik dus de heer Van Dissel één vraag stellen. Dan heb ik toch een vraag voor mevrouw Raaijmakers. Dank voor uw heldere toelichting. Mijn vraag gaat over de wijkverpleging. Wij hebben daar vorige week een indringend verzoek van gekregen. De wijkverpleging staat ernstig onder druk. Medewerkers willen graag zelf kunnen beslissen of ze wel of niet beschermingsmiddelen kunnen gebruiken dan wel de cliënt kunnen vragen om een mondkapje te dragen. Hoe ziet u zelf die ontwikkeling? Er wordt in de sheet uitgegaan van een toename van het ziekteverzuim. Heeft dat met name daarmee te maken in uw optiek of zijn er meer zaken die spelen?

Mevrouw **Raaijmakers**:

Dit is een terechte vraag, die ik helaas niet voor u kan beantwoorden op basis van de informatie die ik heb.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Kerstens namens de fractie Partij van de Arbeid.

De heer Kerstens (PvdA):

Ook van mijn kant dank voor de heldere toelichting en de plaatjes. Daar wil ik het even over hebben als het gaat over het thema afschalen. U laat ook zien – ik vroeg het ook al aan de heer Kuipers – dat er eigenlijk nog nauwelijks ingehaald is. Dat betekent dat mensen die moesten wachten, nog langer moeten wachten en dat zij achter in de rij nieuwe mensen aansluiten. U gaf net aan dat er bij de ggz 71.000 minder verwijzingen waren. Zou u een beeld kunnen schetsen bij de verschillende vormen van zorg van over welke aantallen we het hebben, zodat we daar iets beter inzicht in krijgen?

Mevrouw Raaijmakers:

Misschien is het goed om even de term inhaalzorg te duiden. Wat we daarmee bedoelen, is dat de zorg in de zomerperiode, hoewel die was aangetrokken, niet structureel boven het normale productieniveau, om even een lelijk woord te gebruiken, heeft gezeten. Dat is wel nodig als er meer mensen op zorg wachten. Dat wil niet zeggen dat wie zich als laatste meldt, ook als laatste wordt behandeld. Het is echt aan de professionaliteit van alle medisch specialisten, ook de huisartsen, om een goede afweging te maken in wie zij het eerst moeten zien. Die inschatting naar urgentie is erg belangrijk om goed te maken in tijden van schaarste. Dat betekent dat een deel van de mensen die tijdens de eerste golf op zorg wachtte waarvan nu de inschatting wordt gemaakt door de medisch specialisten dat die zorg gewoon geleverd moet worden, nu wel wordt geholpen. Dat vertrouwen mogen we echt hebben in de medisch specialisten. Ik denk dat het belangrijk is dat het zo op orde blijft.

De voorzitter:

Kunt u nog iets zeggen over de aantallen?

Mevrouw Raaijmakers:

Wat ik net ook zei: het aantal verwijzingen zijn eigenlijk de mensen die niet naar de huisarts zijn gegaan. Dus het echte inzicht in wat de vraag zou zijn waarmee ze normaal gesproken wel zouden zijn gekomen maar nu niet zijn gekomen, dat is er helaas op dit moment niet.

De voorzitter:

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

Mevrouw Kröger (GroenLinks):

Dank voor de heldere presentatie. Ik heb een vraag. Er werd kort iets gezegd over de samenwerking tussen NZa en LCPS om de landelijke spreiding van patiënten in de reguliere zorg zo veel mogelijk doorgang te laten vinden. Wat is er daar nou nodig voor? Wat is er nog meer nodig om die landelijke coördinatie echt beter vorm te kunnen geven?

Mevrouw Raaijmakers:

U heeft wellicht gezien dat wij vorige week een bericht naar buiten hebben gebracht om het belang van de spreiding van patiënten met covid te onderstrepen. De gedachte daarachter was dat als de covidpatiënten gelijk verdeeld worden over het land, de gelijke toegang tot de reguliere zorg in het land ook beter geborgd is. Daar hebben wij met het LCPS de

krachten voor gebundeld. Ik begrijp ook van de heer Kuipers dat dat in toenemende mate ook beter gaat. Toen wij die opdracht kregen van het ministerie in april hebben wij steeds ingezet op het zo veel mogelijk benutten van de regionale structuren. De gedachte daarachter is dat de zorg in de regio op een bepaalde manier is georganiseerd, partijen op elkaar zijn ingespeeld en er bepaalde verwijfspatronen zijn. Het is juist in tijden van crisis belangrijk om die werkwijze in stand te houden. Wij denken wel dat het heel belangrijk is om centraal een goed inzicht te hebben in wat er gebeurt, zodat we op tijd kunnen zien of er onevenwichtigheden in de regio ontstaan. Dan is er een soort bovenregionale interventie nodig om die onevenwichtigheden op te lossen. Dat is waar de datarapportages die wij uitbrengen, maar ook de gesprekken die we zowel landelijk als in de regio's voeren, op gericht zijn.

De voorzitter:

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

De heer Veldman (VVD):

Mevrouw Raaijmakers had net een sheet waarbij ze de zorgdoorverwijzing vanuit de huisartsen liet zien, die bijna is komen stil te vallen. Er is een enorme daling. Het verschil ten opzichte van het reguliere aantal is dan het «stuwmeer». Even vanuit de aanname dat een verwijzing nog niet hetzelfde is als de start van een behandeltraject bij een specialist, zien we dat het aantal verwijzingen nu dan weer een beetje op het normale niveau zitten. Nu zou je kunnen verwachten dat alle niet doorverwezen mensen met een inhaalslag alsnog zijn doorverwezen, waarmee er een wachtlijst ontstaat uiteraard bij het ziekenhuis, of dat een deel van die normale doorverwijzing nu dan toch als zorgvraag verdampt is. In hoeverre is daar zicht op en wat kunnen we met die informatie over die verdampde zorg?

Mevrouw Raaijmakers:

Dat is een terechte constatering. In dat stuwmeer zit inderdaad zorg die misschien uiteindelijk niet nodig is gebleken. Er zijn klachten waar mensen normaal gesproken wel voor naar de huisarts gaan, maar als ze een week wachten, is de klacht over en is de zorg eigenlijk niet nodig. Er zullen ongetwijfeld ook mensen zijn die, toen ze dachten dat het weer wat veiliger was om de huisarts te bezoeken, alsnog zijn gegaan en alsnog in zorg nu zijn, dus dat er een behandeltraject is geweest. En het zal zo zijn dat mensen zich hebben gemeld, op een wachtlijst zijn geplaatst en nog steeds op zorg wachten. De exacte percentages kan ik helaas niet benoemen. Ik snap uw behoefte goed, maar dat is op dit moment helaas niet inzichtelijk te maken op basis van de data die wij hebben.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van der Staaij namens de fractie van de SGP. Gaat uw gang.

De heer Van der Staaij (SGP):

Mijn vraag gaat over de ggz, de geestelijke gezondheidszorg. Er werd net aangegeven door mevrouw Raaijmakers dat er inderdaad een flink aantal minder verwijzingen zijn, maar ook dat de wachtlijst voor met name complexe problematiek nog steeds onverminderd groot blijft. Mijn vraag is of wij ook lessen kunnen trekken uit de ervaringen in de ziekenhuiszorg, waar er met veel druk en aandacht tot betere spreiding wordt gekomen. Zou je dat ook niet kunnen toepassen op de complexe ggz, omdat zo veel mensen nu eigenlijk toch uiteindelijk niet de hulp krijgen die ze nodig hebben of ook de huisartsenzorg blijven belasten?

Mevrouw Raaijmakers:

We zien gelukkig dat dat op dit moment ook gebeurt. Het is dus een heel terechte opmerking. Het is altijd vervelend om te zeggen dat een crisis ook iets oplevert, helemaal gezien het onderwerp waar we het vandaag over hebben, maar ik denk dat we winst boeken op het vlak van de digitale zorg – nu leent de complexe ggz daar zich niet per se voor – maar ook op het vlak van samenwerking tussen partijen. Wij zien op dit moment ook in het land voorbeelden van spreiding van ggz-patiënten, waarvoor lange wachtlijsten waren bij bepaalde ggz-instellingen. In de regio wordt gekeken naar de vraag, is er meer gezamenlijke triage en wordt gekeken hoe patiënten misschien sneller op een andere plek zorg kunnen krijgen. Daar bestaan inmiddels ook hele positieve verhalen over. Dat leidt tot in ieder geval het laten teruglopen maar in sommige gevallen zelfs ook het oplossen van de wachtlijsten. Ik denk inderdaad dat dit de kant is die we op moeten. Wij zijn zelf nu als NZa ook bezig om de wachttijdinformatie die wij genereren via onze regelingen te verbeteren, om partijen nog meer in staat te stellen dit soort acties te ondernemen. Wij houden ook in de regio, samen met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, een vinger aan de pols bij dit soort initiatieven, omdat wij denken en geloven dat dit de route is om de ggz toegankelijker te maken.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van Esch namens de fractie van de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik ben benieuwd of er al cijfers bekend zijn over hoeveel mensen psychische klachten hebben door corona. Hoeveel mensen komen bij hun huisarts of hebben klachten als angst, stress, depressie of hebben verergerde klachten door het feit dat we nu in een tweede golf zitten? Die kan voor een deel van de bevolking behoorlijke consequenties hebben voor hun werk of het reguliere leven. Ik ben benieuwd of daar al iets over bekend is.

Mevrouw **Raaijmakers:**

Daar durf ik op dit moment helaas niks over te zeggen. Ik vermoed dat MIND als patiëntenorganisatie in de ggz daar wel wat onderzoek naar heeft gedaan, maar de exacte uitkomsten daarvan ken ik op dit moment helaas niet.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Hiddema namens de fractie van Forum voor Democratie.

De heer **Hiddema** (FvD):

Mevrouw de voorzitter. De bevindingen van mevrouw Raaijmakers, waarvoor dank, zijn voor mij wat ze zijn. Ik heb daar verder geen vragen over.

Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik het woord aan de heer Van Haga. Gaat uw gang.

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

Ik heb ook geen vragen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan kom ik bij de heer Van Gerven namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

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

Voorzitter, dank u wel. Ik heb een vraag over de financiering van hulpverleners in de zorg, dus bijvoorbeeld fysiotherapeuten, zorginstellingen enzovoorts. Er zijn nu allerlei afspraken gemaakt met zorgverzekeraars en zorgkantoren over de financiering. Er bereiken ons signalen dat bijvoorbeeld fysiotherapeuten heel lang moeten wachten voordat zorgverzekeraars overgaan tot betaling van rekeningen en dergelijke. Mijn vraag is eigenlijk of ook de NZa dergelijke signalen ontvangt, waarbij mogelijk zelfs faillissementen in het geding zijn, en wat de NZa daar als toezichthouder aan kan doen.

Mevrouw **Raaijmakers**:

Wij hebben op dit moment niet heel veel signalen dat betalingen moeizaam plaatsvinden en dat dit leidt tot risico's op financiële discontinuïteit van aanbieders. We zijn daar overigens wel erg in geïnteresseerd op het moment dat die signalen spelen. Normaal gesproken werkt het als volgt, en daar houden wij inderdaad ook toezicht op. Een zorgverzekeraar is uit hoofde van de zorgplicht ook verantwoordelijk voor de toegankelijkheid en de continuïteit van zorg. Op het moment dat er financiële problemen spelen bij zorgaanbieders, rust eigenlijk ook de verantwoordelijkheid op de zorgverzekeraar om in gesprek te gaan om te kijken wat er nodig is om die problemen op te lossen. Wij zullen op dat vlak volgende week zelf trouwens een vernieuwd zorgplichtkader publiceren dat die handvatten echt nog wat meer geeft.

In algemene zin hebben wij gezien dat het doordat die zorgverlening in één keer zo abrupt tot stilstand kwam, bijvoorbeeld bij de fysiotherapeuten en de tandartsen, belangrijk was om de beschikbaarheid van zorg te borgen en dat zorgverzekeraars die verantwoordelijkheid ook hebben genomen door bepaalde financiële regelingen in het leven te roepen. Maar als die signalen er zijn, nemen wij daar heel graag kennis van en zullen wij er ook alert op zijn dat de zorgverzekeraars daar de stappen zetten die genomen moeten worden.

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 mevrouw Raaijmakers voor de toelichting. Ik heb de indruk dat we op dit moment kwantitatief heel veel weten. We weten hoeveel mensen nu niet naar de huisarts gaan. We weten op basis van oude cijfers hoeveel mensen niet naar een verpleeghuis gaan, terwijl ze die zorg wellicht wel nodig hebben. We weten hoeveel mensen geen operatie krijgen omdat de zorg werd afgeschaald. Maar ik heb ook een paar keer gehoord dat we niet weten om welke mensen het gaat, waar ze tegen aanlopen, welke aandoeningen ze hebben. Mijn vraag is of dat kwalitatieve onderzoek op al die gebieden niet heel hard nodig is. Moeten we dat niet nu in gang zetten of kan dat bijvoorbeeld ook na de tweede golf, als we hopelijk in rustiger vaarwater zijn gekomen? En als we dat onderzoek in gang willen zetten, wat is daar dan voor nodig vanuit de overheid?

Mevrouw **Raaijmakers**:

Een terechte vraag en ik begrijp ook het ongemak. Dat delen wij ook. Wij zien deze cijfers nu inderdaad als een startpunt. We denken ook dat het belangrijk is dat nader onderzoek plaatsvindt om te kijken waar het eigenlijk precies over gaat. Ik denk dat dat ook direct een soort dilemma oproept, ook gegeven de situatie waar we nu weer voor staan: de mensen die dat zouden moeten doen – ik noem de huisartsen, die misschien toch eens moeten kijken, ook in hun bestand, of er mensen zijn waarover zij zich extra zorgen moeten maken – worden op dit moment ook in die

tweede golf juist weer belast. Dat is dus echt een groot dilemma. Om die reden willen wij nu ook inzetten op het delen van de inzichten om die gezondheidsschade zo veel mogelijk te voorkomen. Als mensen moeten wachten, willen wij er dus voor zorgen dat dat op een soort verantwoorde manier kan. Dat is ook het hele verhaal van de heer Kuipers over ervoor zorgen dat het aantal besmettingen afvlakt en dat de zorg weer normaler toegankelijk wordt. Maar ik denk zeker dat het belangrijk is om ook veel meer zicht te krijgen op de mensen achter de cijfers en op waar het nu wringt en dat we daar als overheid een rol in te spelen hebben. Ik denk ook dat de patiëntenorganisaties daar een belangrijke rol in kunnen spelen en dat het dus zinvol zou kunnen zijn om daar de krachten te bundelen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van dit tweede blok. Ik wil u, mevrouw Raaijmakers, zeer hartelijk danken voor uw komst naar de Kamer, uw presentatie en met name ook de beantwoording van de vragen van de Kamerleden.

Ik had al aangekondigd dat we helaas moeten schorsen tot 12.00 uur. We hebben net de bevestiging gekregen dat de heer Van Dissel hier niet eerder dan 12.00 uur kan zijn. Ik schors de vergadering dus tot 12.00 uur en dan gaan we van 12.00 uur tot 13.00 uur in gesprek met de heer Van Dissel. Hartelijk dank.

De vergadering wordt van 10.55 uur tot 12.00 uur geschorst.

De voorzitter:

Hartelijk welkom bij de vaste commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is de technische briefing over de ontwikkeling van het coronavirus. We hebben al twee blokken gehad. We hebben even moeten schorsen, maar inmiddels is ook aanwezig de heer Van Dissel. Hartelijk welkom, zeg ik in de richting van de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIMV. De leden heb ik al welkom geheten en dat geldt ook voor de mensen thuis. Ik geef de heer Van Dissel graag de gelegenheid zijn presentatie te geven. Daarna kom ik bij de leden voor het stellen van vragen. Mevrouw Van Brenk heeft zich moeten afmelden voor deze ronde vanwege andere Kamerverplichtingen. Ik schat in dat de overige leden zo meteen nog binnenlopen. We hebben tot 13.00 uur, dus ik ga weer vrij strak sturen op één vraag, geen vervolgvragen enzovoort.

Meneer Van Dissel, mag ik u de gelegenheid geven voor uw prestatie? Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Dank u wel. Ik zal proberen er snel doorheen te lopen. Voor de technische briefing van vandaag heb ik een aantal onderwerpen, maar de apparatuur werkt niet. Ja, hij doet 't nu. Ik wil kort de huidige epidemiologie bespreken, dan het afwegingskader dat we hebben gebruikt voor de voorgestelde maatregelen in ons advies, vervolgens wat dingen over de modellering en dan in het kort afsluiten met wat er nieuw is aan met name antigeensneltests en hoe die eventueel kunnen worden ingezet, want daar zijn natuurlijk veel ontwikkelingen gaande. Allereerst dan de epidemiologie. Dit plaatje kent u. Ik toon het alleen om het weer allemaal samen te nemen: het nieuwe coronavirus, een bovenste luchtweginfectie en een longbeeld, problemen met onder andere trombosevorming die secundaire problemen kunnen veroorzaken, verspreiding van mens op mens, druppel en contact, aerosolgenererende procedures die soms een rol spelen en verspreiding van zowel symptomatische als presymptomatische personen die dan in contact zijn. Er is een korte generatietijd, wat wil zeggen dat het virus zich snel vermeerdert,

zeker als het zogenaamde reproductiegetal boven de 1 is. Wat kunnen we eraan doen? Met name hygiënische maatregelen, de anderhalvemeterregel aanhouden en ventileren. In het ziekenhuis zijn er nog allerlei extra maatregelen. Globaal spreken we nu al over meer dan 38 miljoen bevestigde gevallen en meer dan 1 miljoen personen die zijn overleden ten gevolge van een COVID-19-infectie. We weten dat dat een zeer grote onderschatting is, omdat in veel landen minder dan 10% bevestigd wordt. Het is dus een potentieel ernstige infectie, die soms ook een zeer mild verloop kent en die globaal toch hele hoge aantallen personen heeft besmet.

We hebben het ook gehad over de zogenaamde hammer and the dance, waarbij er onderscheid werd gemaakt met het eerste contact met het virus, toen veel nog onbekend was en het virus uiteindelijk met forse maatregelen omlaag is gebracht, waarna er een periode kwam waarin het voorkomen van besmettingen weer erg laag was. Dat is inmiddels weer hoger geworden. U ziet dat aan de grafieken rechtsboven, waar achter-eenvolgens het aantal bevestigde gevallen bij de GGD-teststraten, het aantal opgenomen patiënten en het aantal patiënten dat door of met COVID-19 is overleden getoond wordt. U ziet dat de eerste piek met betrekking tot de bevestigde gevallen – dat is de bovenste grafiek – in maart veel lager was dan hij nu is. Een belangrijk verschil is natuurlijk de teststraten, waar inmiddels toch hele grote aantallen testen worden uitgevoerd.

Daaronder ziet u de opnames. Dat was natuurlijk vooral het probleem in maart. U ziet nu dat de opnames in ieder geval in relatie tot het aantal bevestigde gevallen, als dat een-op-een zou mogen worden vertaald, achterblijven, maar dat mag natuurlijk niet een-op-een vertaald worden. Ik kom daar zo nog wel op terug. Eigenlijk zien we op alle drie de fronten, zowel de bevestigde gevallen als ziekenhuisopnames als inmiddels ook ic-opnames, weer een beduidende toename. De paarse en gele balkjes geven weer wat de laatste week was en wat al eerder was.

Als we dan wat meer inzoomen op de opnames en de opnames op de ic-afdeling, en we kijken dan naar de aantallen per dag – dit zijn niet de cumulatieve aantallen – dan ziet u ook dat het in maart sneller opliep dan nu, maar dat kan natuurlijk ook het begin zijn. Het is geen garantie dat dat zo blijft. Een van de redenen die we denken dat daaraan ten grondslag liggen, is... Dat ziet u aan de rechterzijde, waar de leeftijdscohorten worden weergegeven: per ongeveer tien jaren wordt aangegeven wat het aantal gevallen is. In ieder geval is helder dat er van 0 jaar tot en met 9 jaar in maart weinig gevallen waren en dat dat eigenlijk nog steeds buitengewoon laag is, maar u ziet bijvoorbeeld dat er in de groep van 20 tot 30 in maart een kleine piek was, maar dat die piek thans de hoogste van alle leeftijdscohorten is. Maar dit plaatje maakt ook duidelijk dat er bij de groep die daarvoor zit, maar met name ook bij de groepen tussen de 30 en de 60, inmiddels toch ook een forse toename in het aantal gevallen is en dat de gevallen onder de 70-plus en de 80-plus misschien nog wat achterblijven bij wat er in maart was, maar we die inmiddels ook zien toenemen. Dat verontrust ons natuurlijk. Dit zijn de bevestigde gevallen. Dat betekent vaak dat de invloed op het aantal ziekenhuisopnames... Daar zit altijd ten minste een week vertraging in. Ik kom daar zo nog even op terug.

Als je dan weer even naar de eerste en de tweede golf kijkt met betrekking tot het aantal besmettelijken, dan ziet u dat we daar nog steeds onder zitten, zij het natuurlijk dat het volgens... Die schattingen zijn gebaseerd op het Osiris-systeem, dat vooral door de GGD's wordt gevoed, en het zogenaamde NICE-systeem, de ziekenhuis- en ic-data. Dat verschilt natuurlijk een klein beetje, maar je ziet eigenlijk dat die schattingen heel redelijk overeenkomen. De belangrijkste boodschap is, denk ik, de volgende. In maart hebben we een grote piek gehad, die zich deels onder de medische radar heeft afgespeeld maar zich wel heeft vertaald – ook

omdat ouderen meededen – in een hoog aantal opnames. Inmiddels zien we dat het totale aantal ook weer toeneemt. Gelukkig is het nog minder hoog dan in maart, maar u ziet dat het daar toch weer naartoe kruipt. Het belangrijkste verschil tussen de tweede en de eerste golf ziet u aan de rechterzijde, in die felgekleurde grafiek, als ik het zo mag omschrijven. Wat daar per week is weergegeven, is tot uiting gebracht in de verschillende kleuren hokjes. Dat zijn de leeftijdscohorten van de opgenomen patiënten. Dat is dan even op 100% gesteld, want u ziet dat er een periode is geweest dat er nauwelijks opnames waren, maar dat wordt dan uiteindelijk naar 100% vertaald.

Wat is de bedoeling om met deze grafiek te tonen? Als je er op afstand naar kijkt, is duidelijk dat het gebied dat groen en naar het rode gekleurd is, aanvankelijk tot bijna de helft was. Dat betekent dat de opnames toen met name in de 60-plus-, maar vooral de 70-plus- en 80-plusgroep waren. U ziet eigenlijk dat die groep naar de tweede golf toe vooralsnog heel klein is geworden, maar inmiddels misschien weer wel wat aan het toenemen is. Dat maakt het geweldige verschil, dat zich deels ook vertaalt naar minder ernstige opnames en waarschijnlijk ook naar minder sterfte. Momenteel zien we dus dat de groep die wordt opgenomen in het ziekenhuis – dat zien we deels ook terug op de ic – jonger is dan bij de eerste golf. Dat kan zich natuurlijk ook vertalen naar een kortere opnameduur, naar relatief minder problemen tijdens de opname en misschien ook naar een lagere sterfte. Ik wil hier eigenlijk mee zeggen dat dit betekent dat we ons dus niet rijk moeten rekenen met de huidige stand van zaken, waarbij we zien dat de opnames achterblijven en het ziektebeeld misschien wat milder lijkt. Er speelt ook doorheen dat tijdens de eerste golf de diagnose eigenlijk pas in het ziekenhuis werd gesteld. Dat betekent dat de huisarts alleen personen doorstuurde die ernstiger ziek waren en bijvoorbeeld ondersaturatie in het bloed toonden, hetgeen betekent dat er te weinig zuurstof in het bloed is door longproblemen. Zij werden dan opgenomen, de diagnose werd gesteld en er moest een behandeling worden gegeven. Tegenwoordig is bij de meeste patiënten die worden opgenomen, de diagnose al in de thuissituatie gesteld. Dat heeft invloed op het verwijspatroon, want als iemand in de thuissituatie stabiel is maar bijvoorbeeld pijnklachten op de borst aangeeft, zal een huisarts nu heel snel geneigd zijn om zo iemand in te sturen om bijvoorbeeld een longembolus uit te sluiten, terwijl die personen in de eerste fase misschien niet altijd in het ziekenhuis zijn gezien. Er spelen dus allerlei factoren die maken dat wij ons zorgen maken over het aantal ziekenhuisopnames, ook al blijft dat achter. We maken ons met name zorgen of we voldoende begrijpen waarom het verschillend is en of dit toch niet een voorbode is van meer problemen daar.

Om nog even de invloed van leeftijd op zowel de opnames als de overlijdens te tonen: in het midden ziet u weer het grafiekje uit Denemarken, de matrix die ik al een keer eerder heb getoond. Die geeft aan dat naarmate iemand ouder wordt en er meer zogenaamde comorbiditeiten zijn, wat in wezen betekent hoeveel medische problemen iemand heeft met bijvoorbeeld de long, het hart of de bloeddruk, je eerder in de rode hokjes kwam en het percentage dat kwam te overlijden, toeneemt. Aan de rechterzijde ziet u min of meer hetzelfde, nu uitgedrukt door het CDC uit Amerika. Zij hebben een vergelijking gemaakt: hoe groot is nou de kans om te worden opgenomen en wat is de kans om met covid te overlijden in de verschillende leeftijdsgroepen die getoond zijn, ten opzichte van de groep van 20 jaar tot 30 jaar? U ziet bijvoorbeeld dat je bij 75 jaar zo'n 10 tot 15 keer meer kans hebt om te worden opgenomen, maar dat de kans om aan covid te overlijden maar liefst 630 keer hoger is dan in de groep tot 30 jaar. Ook daar is het verschil in de leeftijden dus heel duidelijk. Tot slot, helemaal aan de linkerzijde, ziet u dat dit niet een Nederlands probleem alleen is. We zien dit eigenlijk in de meeste Europese landen, met name in Frankrijk. Maar ook in België en in Spanje

zien we steeds een sterke toename. Deze grafiek uit de NRC toont de ziekenhuisopnames, maar hetzelfde geldt voor het aantal bevestigde gevallen.

Wat zijn onze parameters? Dat is met name het reproductiegetal, waarvan u weet dat het gebaseerd is op de eerste ziektedag. Dat betekent dat als iemand zich nu ziekmeldt, je moet weten wanneer de eerste ziektedag was. Dat betekent dus ook dat je altijd terugkijkt. Onze laatste betrouwbare schatting is ongeveer van 24 september, toen hij rond de 1,3 was: 1,27. Wat ons daar toch een beetje in verontrust, is dat die groene lijn op de bovenste grafiek – het aantal bevestigde covidgevallen – eigenlijk nog de neiging heeft om door te stijgen en er nog weinig afvlakking naar voren komt. Je verwacht dus eigenlijk dat de R, op 24 september althans, niet meteen de neiging heeft om heel snel omlaag te gaan. Dat verontrustte ons natuurlijk, omdat dit de periode is dat er verschillende persconferenties zijn gehouden om te trachten iedereen te doordringen van het belang van covid en van de potentiële toename, die natuurlijk exponentieel is, dus de getallen worden dan plotseling heel snel groter. Daar zagen we nog geen effect van.

Als we naar de verdere analyse kijken, zien we bijvoorbeeld dat een reproductiegetal dat statistisch gezien echt heel duidelijk boven de 1 kwam – dat noemen wij dan significant – inmiddels vanuit het westen het hele land betreft. Ook andere parameters, bijvoorbeeld een aantal parameters die we op het dashboard hebben, zoals het aantal personen per week op de 100.000 en het aantal regio's met een bepaald percentage positieve testen, geven het beeld – in dit geval vanaf week 32 weergegeven – dat de hele matrix langzaam volloopt. Als u naar week 40 en 41 kijkt, is duidelijk dat al veertien regio's boven de 150 zitten; u kunt dat zo invullen. Je ziet die getallen over heel Nederland en in de verschillende regio's eigenlijk alleen maar toenemen. Ook het aantal regio's met een testpositiviteit boven de 10% ziet u toenemen. Hetzelfde geldt voor de ic-opnames en voor het landelijk reproductiegetal, dat al gedurende langere tijd boven de 1 is. Dit alles toont een uitbraak die z'n ding doet, die voortgaat en die, voor zover we dat konden inschatten, eigenlijk nog nauwelijks de neiging had om af te nemen.

Dit was natuurlijk reden om op 28 september, inmiddels twee weken terug, op een persconferentie verschillende maatregelen af te kondigen. Daarover was geadviseerd en die adviezen zijn in belangrijke mate overgenomen. Die maatregelen zijn tot stand gebracht door terug te kijken op het reproductiegetal, wanneer dat continu duidelijk onder de 1 zat. We hebben naar daarbij passende maatregelen gekeken, dat wil zeggen de maatregelen die op dat moment speelden. Dat was de periode van juni. In wezen hebben we de maatregelen van juni op 28 september voor een belangrijk deel weer ingevoerd, waarmee je uiteraard hoopte dat je qua situatie met het reproductiegetal en het aantal besmettingen weer terug zou gaan naar de periode van juni. Dat is hier gesimuleerd. Voor de verpleegafdelingen ziet u hier allereerst de eerste piek. De zwarte dots zijn de actuele getallen, de daadwerkelijke getallen. Die blijven in het begin wat achter, maar dat komt zeer waarschijnlijk door onvoldoende narapportage. Dat is een fenomeen dat we nu eenmaal kennen bij de ziekenhuisbedden. U ziet dat de fit daarna eigenlijk heel goed is.

In het meest recente deel, dus vanaf 1 oktober, ziet u een blauwe en een groene lijn lopen. De blauwe lijn is de lijn als de maatregelen van 28 september niet genomen zouden zijn. De groene lijn is de predictie, de voorspelling, met betrekking tot het aantal gevallen als die maatregelen wel effect zouden hebben. Rechtsonder op het plaatje heb ik een deel van de linkerzijde van de grafiek uitvergroet. U ziet daar het actuele getal van het aantal ziekenhuisopnames. Daaronder ziet u de blauwe en groene lijnen lopen. Je zou dan zeggen: nou, dat is mooi, want we zitten eronder. Dat klopt, maar we kennen dus dat fenomeen van die narapportage en we moeten dat getal dus ongetwijfeld wat hoger zien.

Belangrijk is dat er op dit moment, dus de tweede week van oktober – dat heb ik met die rode cirkel aangegeven – nog geen evident verschil op te maken is, of we nou in die blauwe lijn acteren of in die groene lijn. Dat is natuurlijk belangrijk, want in de blauwe lijn zou betekenen dat het geweldig toeneemt, terwijl de groene lijn nog de mogelijkheid geeft om af te buigen. Hetzelfde geldt voor de ic-opnames. We hebben dit ook voor de ic-opnames weergegeven. U ziet dat de getallen hier veel harder zijn. Dat komt doordat ze sneller worden gerapporteerd via NICE. U ziet opnieuw dat het aantal gevallen momenteel toeneemt, maar dat we momenteel – 13, 14 oktober – opnieuw in een gebied zitten waarin de opnames nog onvoldoende discrimineren tussen of er nou wel of geen effect is van de maatregelen van 28 september.

Met het stijgende aantal bevestigde gevallen maakt dit toch dat je je onzeker voelt of je nou de groene of de blauwe grafiek gaat volgen. Daarom hebben we ook naar afgeleide parameters gekeken. Die afgeleide parameters hebben met name betrekking op mobiliteit. We hebben eerder het verzoek gedaan om dat met geaggregeerde en geanonimiseerde telefoondata te mogen doen, maar dat is vooralsnog niet toegekend. Dat betekent dat we het met minder optimale, indirecte parameters moeten doen. Daarbij komen bijvoorbeeld de Apple mobility trends en de Google community mobility trends enigszins te hulp. Zo'n Apple mobility trend houdt bijvoorbeeld bij dat u een bepaalde bestemming intoetst op uw telefoon. Op die manier kunnen zij een inschatting geven van het aantal bewegingen van personen, gebruikmakend van die telefoon. Daar ziet u hier een aantal getallen van, uitgesplitst in rijden, locatie en dergelijke. Een aantal daarvan worden weergegeven.

Belangrijk is het volgende. Als je zou willen dat je weer op het niveau van juni zit, wat ik met de rode stippellijn heb weergegeven... Dat gaat door die paarse grafiek op het moment dat we in juni zitten. Dat was het gewenste gedrag dat we eigenlijk nu wilden hebben. Als je bij oktober kijkt, zie je dat je daar nog duidelijk ver vanaf bent, nog maar ongeveer halverwege. Die lijn is wel wat aan het afbuigen, dus het zou best kunnen dat er effect geweest is, maar dat effect lijkt in ieder geval een stuk minder te zijn dan het in juni jongstleden was. Dat maakt dan natuurlijk dat je onzekerder wordt of het gedrag zoals dat nu wordt tentoongespreid, wel leidt tot voldoende daling van het aantal gevallen.

Aan de rechterzijde ziet u eigenlijk hetzelfde weergegeven voor Google mobility. Daar lopen wat meer grafieken door elkaar, dus ik nodig u uit om dat uit te spinnen, maar eigenlijk geeft dat exact hetzelfde beeld. Je ziet dat de gele en de blauwe momenteel niet op het niveau zitten waar ze in juni waren. Op dezelfde manier hebben we informatie over de incheck in het openbaar vervoer en over de drukte in winkelstraten. Ook daar wordt een afname gezien, maar geen afname die even groot is als het moment van juni. Ten slotte hebben we de gegevens van de gedragsunits van het RIVM met de GGD, die om de zoveel tijd 40.000 tot 60.000 Nederlanders enquêteren om te kijken hoe men zich houdt aan de verschillende regels en wat men doet als men klachten heeft en dergelijke. Daaruit blijkt dat een aanzienlijk aantal personen bij klachten, maar zelfs ook als ze positief zijn getest, toch nog naar bijvoorbeeld winkels gaan of van horecagelegenheden gebruikmaken en natuurlijk potentiële bronnen van verspreiding zouden kunnen zijn. Dat zou je natuurlijk ook graag een stuk beter hebben.

Al die dingen tezamen maakten dat wij ons eigenlijk zeer onzeker voelden of de maatregelen wel voldoende effecten zouden hebben. We zien dus – dat heb ik u net getoond – wat minder bezoek, minder reizen, maar uiteindelijk is het allemaal minder uitgesproken dan in juni. Er werken ook minder mensen thuis dan in juni. Dat betekent dus dat we eigenlijk op het punt stonden dat we verwachtten dat de afgekondigde maatregelen van 28 september onvoldoende effect zouden resulteren.

Dat betekende terug naar het tekenbord. Ik wil u nog even meenemen naar wat nou de afwegingen zijn bij zo'n bestrijding in het publieke domein. Daar is sprake van een zekere hiërarchie. Ik wil u aan de hand van twee dia's tonen hoe je daarover kunt nadenken. Bij een uitbraak is het altijd belangrijk om de bron te isoleren. Dan neem je in wezen degene die potentieel verspreidt, weg uit de interacties. Dat heeft natuurlijk verreweg het grootste effect. Dat betekent ook dat bijvoorbeeld het terugbrengen van contacten in eigen huishoudens belangrijk is, maar met name dat men bij klachten zelfisolatie toepast, dus dat men niet naar de winkel gaat. Dan begrijp ik dat dat ook allemaal mogelijk moet zijn. Sommige mensen moeten nu eenmaal een heleboel buitenshuis doen, en dat is niet altijd simpel te regelen. Maar toch is dat natuurlijk een heel belangrijk uitgangspunt.

Ook het testen is belangrijk, omdat je bij testen via bron- en contactonderzoek snel kunt achterhalen wat er eventueel speelt. Je kunt dan ook snel hotspots identificeren en proberen om die lokaal uit te stampen. Het huishouden in quarantaine houden is natuurlijk ook belangrijk als een geval binnen het huishouden bevestigd is, omdat je daarmee limiteert hoever de infectie door kan gaan.

Als die bronmaatregelen er zijn, dan komen vervolgens collectieve maatregelen om de hoek kijken. Eigenlijk zijn dat maatregelen die met name weer effect hebben als die bronmaatregelen onvoldoende werken. Dat zijn maatregelen als: vermijd drukte, vermijd hotspots, zoek minder contacten op, waarbij je er dan van uitgaat dat dat misschien een besmet contact is. Dus er zit een bepaalde hiërarchie in de verschillende maatregelen die je kunt nemen. En de 1,5 meter afstand en het handen wassen zijn natuurlijk onze basisregels. Die worden dus zowel vanuit bronmaatregelen als vanuit collectieve maatregelen redenerend als essentieel gezien. In het ziekenhuis hebben we dan de mond-neusmaskers, die inmiddels ook verplicht zijn gesteld in de andere publieke ruimtes. Daarvan wil ik u alleen maar aangeven – even los van dat besluit – dat het uiteindelijk een sluitstuk is op het stoppen van risico's. In ziekenhuizen maak je daar natuurlijk gebruik van als je de bovenstaande maatregelen niet kunt nemen, bijvoorbeeld omdat je binnen de 1,5 meter afstand van iemand verpleegkundige handelingen moet verrichten aan een positieve patiënt. Dus dan dek je dat risico af met mond-neuskapjes. In de publieke ruimte is die invloed natuurlijk totaal anders als alle andere maatregelen spelen. U heeft daar het nodig over kunnen lezen in onze OMT-brief. Ik geef alleen aan hoe die hiërarchie werkt.

Het tweede dat van belang is bij het suggereren van en adviseren over potentiële maatregelen, betreft een aantal referentiesystemen, meetlatten, aan de hand waaraan je vervolgens de verschillende activiteiten kunt vergelijken. Ik noem bijvoorbeeld aantallen. Bij aantallen is het natuurlijk helder dat als we individu op individu wel toestaan, dat een relatief gering risico is ten opzichte van een situatie waarin een hele groep met elkaar in interactie gaat. En een groep individuen is een tussenliggende groep daarin.

Ook voor locatie heb je een dergelijke hiërarchie. Binnen zijn de risico's natuurlijk groter dan buiten. Binnen kan ook door drukte de 1,5 meter eerder ter discussie komen. Buiten is dat natuurlijk allemaal makkelijker. Dus ook dat geeft een bepaalde hiërarchie.

Uiteraard is dat ook zo voor mobiliteit. Als we binnen het huishouden blijven versus nationaal of internationaal iets doen, geeft dat natuurlijk verschillende risico's met betrekking tot het verspreiden van een infectie. Dat geldt ook weer voor gastheren, want we hebben kwetsbaren onder de bevolking. We hebben de jongeren die misschien veel minder kwetsbaar zijn en we hebben mensen die gemiddeld kwetsbaar zijn. Ook dit is een hiërarchie met betrekking tot maatregelen die je specifiek op die groepen wilt toespitsen.

Dan kun je van activiteiten nog een bepaalde indeling maken. Is iets recreatief, is iets gewenst of noodzakelijk? Noodzakelijk is bijvoorbeeld dat je naar een leverancier van maaltijden en voedingsmiddelen kunt.

Funshopping, zoals dat wel wordt genoemd, zou misschien recreatief zijn. Ook daar kun je een hiërarchie in maken. Dan gaat het om de vraag: wat vind je het belangrijkste om intact te houden en wat zou eventueel kunnen worden gestopt?

Op deze manier worden maatregelen vastgesteld. Dat geldt dan natuurlijk ook nog in verschillende domeinen, want je wilt een zekere consistentie tussen het publieke domein, het curatieve domein en het domein van de instellingen.

Ten slotte is het zo dat de maatregelen nu veel meer een generiek karakter zullen dragen, terwijl de maatregelen eerder bijvoorbeeld met name gebaseerd waren op het bron- en contactonderzoek en de uitkomsten daarvan, omdat je toen nog het idee had dat je hotspots zou kunnen uitschakelen.

Als je dat toepast, kom je op het volgende. Ik ga niet alle maatregelen herhalen die u in de brief heeft kunnen lezen, maar er zijn een aantal algemene dingen over te zeggen. Die staan op de volgende slide. In z'n algemeenheid wil je dus het aantal contactmomenten terugbrengen. Je wilt er in ieder geval voor zorgen dat het mogelijk wordt om drukte te vermijden. Je wilt de mobiliteit terugbrengen omdat dat de risico's van verspreiding terugbrengt. Je wilt kwetsbaren beschermen, bijvoorbeeld via vensteruren of via een speciale bezoeksregeling. Aan de andere kant wil je misschien ook dingen toelaten waar dat mogelijk is, omdat er al een heel pakket aan maatregelen, dat dus meer gericht is op die bronmaatregelen en collectieve maatregelen, goed kan worden uitgevoerd.

Ten slotte hebben we in het OMT ook dilemma's besproken. Een daarvan betrof de scholen en het onderwijs. Het is natuurlijk heel duidelijk geworden wat het belang van scholen en onderwijs is. We hebben eigenlijk een boel gedaan, althans in de advisering, om te trachten om die vrij te stellen van maatregelen. Dat betekent overigens automatisch dat je elders wel meer maatregelen moet nemen om uiteindelijk op een pakket te komen dat het reproductiegetal voldoende terugbrengt.

Verder leest u in het OMT-advies natuurlijk nog een aantal dingen over communicatie. We denken dat het misschien interessant kan zijn om te kijken of we bepaalde dingen zouden kunnen belonen, omdat dat de maatregelen minder in het negatieve stelt. Er zijn de afgelopen weken ook een aantal innovatieve ideeën geweest. Denk aan de studenten in Delft die het voortouw daarin nemen. Ik denk dat je dat soort initiatieven specifiek zou kunnen stimuleren of subsidiëren, zodat je de gedachte probeert toe te spitsen op de vraag hoe we nou het beste met die 1,5 meter kunnen omgaan. Ten slotte is er natuurlijk altijd een aspect van handhaving.

Dit allemaal gezegd hebbende, kwam er dus een advies over maatregelen naar voren. Die maatregelen zijn vervolgens in scenario's gemodelleerd. Ik laat u zien wat volgens onze schattingen het effect van die nieuwe interventie boven de maatregelen van 28 september is. Daarin wordt een onderscheid gemaakt. U ziet in eerste instantie voor de ziekenhuizen het aantal opnames per dag en het aantal bezette bedden. Dat ziet u aan de rechterzijde. U ziet opnieuw twee kleuren grafieken. Het zijn niet helemaal dezelfde kleuren, maar de verklaring staat ernaast. U ziet een bovenzijde met een rood pijltje en een onderzijde met een groen pijltje. De twee bovenste grafieken geven de situatie weer waarin achteraf gezien de maatregelen van 28 september eigenlijk geen effect hebben gehad. In turquoise wordt aangegeven hoe de situatie is als de gisteren afgekondigde maatregelen wel het gewenste effect gaan hebben.

Een belangrijk verschil tussen beide is natuurlijk de gedragscomponent. Met name bij de maatregelen van 28 september werd duidelijk gevraagd om aan bepaalde maatregelen ook compliant te zijn, om daarmee in te stemmen. Als een maatregel zoals het sluiten van de horeca wordt

genomen, dan is dat gewoon een absolute maatregel. Dat kunt u zich voorstellen. Daarmee neem je een deel van de gedragscomponent eigenlijk uit de vergelijking. Daarom kunnen we dus met wat meer zekerheid zeggen dat je die turquoise lijn gaat volgen. Maar u ziet dat die voorspelt dat je nog steeds een toename hebt van het aantal opnames, tot een piek. Die zal dan eind oktober, begin november liggen. Daarna zal het naar verwachting weer dalen. Het betekent opnieuw wel dat we er in de modellering van uitgaan dat de maatregelen waar wel een gedragscomponent in zit, op dezelfde wijze als eerder bij de uitbraak worden opgevolgd.

Aan de onderzijde ziet u de weergave als de maatregelen van 28 september wel effect zouden sorteren. Maar het is dus eigenlijk nog te vroeg om definitief te zeggen of ze wel of niet effect sorteren. Als die wel effect zouden sorteren – daar ziet u dus in wezen de cumulatie, zowel alleen maar de maatregelen van 28 september als beide, wat dan weer de turquoise lijn is – dan kan de piek van het aantal opnames al relatief snel worden verwacht en zal het daarna snel dalen. De spreiding van deze schatters – het zijn natuurlijk schattingen – wordt aangegeven door de breedte van de lijnen die rond de dikke lijnen staan.

Hetzelfde toon ik u hier voor de ic-bedden. Ook daar is aan de bovenzijde de situatie weergegeven van het wel of niet opvolgen van de maatregelen van 28 september. In turquoise zijn de nieuwe maatregelen weergegeven. Aan de onderzijde ziet u de situatie die we krijgen als we de maatregelen in beide pakketten goed zouden opvolgen. Je ziet een indrukwekkend effect. We kunnen onszelf een cadeau doen door alle maatregelen die nu gelden toch strikt in acht te nemen. U ziet dat we dan aanzienlijk sneller terug zijn in een situatie waarbij de aantallen beduidend teruggaan dan wanneer we moeten vertrouwen op de maatregelen van gister.

Ik kom snel terug op de sneltesten, maar zal eerst de modellering even samenvatten. We zijn nog onvoldoende zeker over of de maatregelen van 28 september wel of niet effecten tonen, maar we hebben daarover grote twijfels. Dat komt omdat we nog heel weinig zien gebeuren, terwijl dat eigenlijk rond deze tijd zou moeten beginnen. Het tweede is dat we aan de hand van de afgeleide parameters, bijvoorbeeld Apple Trends, Google Mobility, inchecken in het ov en de Gedragsunit, het idee hebben dat die maatregelen minder effectief zijn, omdat ze minder strikt worden uitgevoerd dan afgelopen juni. Met de modellering hebben we laten zien wat het effect is van de maatregelen die we nu extra hebben genomen. Als die gesuperponeerd zijn, dus worden toegevoegd aan het toch uitvoeren van de maatregelen van 28 september, leidt dat tot een snelle piek die aanmerkelijk lager is dan wanneer het gedrag aan de hand van de eerdere maatregelen minder verandert. Dan krijgen we een piek eind oktober. Afhankelijk van hoe dat precies loopt, kan de piek voor ic-bedden toch nog behoorlijk oplopen, zoals u ziet, tot 750. Dat is minder dan we in maart hebben gehad. Toen hadden we het over 1.200. Maar het aantal is natuurlijk nog steeds schrikbarend groot. Het belang van de simulaties is dat u zelf kunt inzien dat, als we ons wel aan de maatregelen houden, we veel eerder terug zijn bij een situatie waarin wellicht weer meer mogelijk is, omdat de aantallen besmettingen dan sneller zouden teruglopen.

Ik wil in het kort nog iets zeggen over de antigeentest, want dat zit momenteel in een geweldige versnelling. Ik wil u heel even meenemen naar een aantal aspecten die daarbij een rol spelen. Met de antigeentest wordt het virus eigenlijk rechtstreeks aangetoond. Het virus bestaat uit eiwitten. Die eiwitten kan je soms rechtstreeks aantonen. U kunt dat een beetje vergelijken met een zwangerschapstest, waarbij je lijntjes ziet ontstaan. Het grote voordeel hiervan is dat je binnen een kwartier een uitslag kan hebben. De test is eenvoudig uit te voeren. Het vereist alleen maar een heel basale infrastructuur. Het is ook bedoeld om door leken te kunnen worden uitgevoerd. Wel is een nadeel dat de personele inzet hoog moet zijn als je er veel moet doen, bijvoorbeeld in een teststraatsetting.

Dat komt omdat één persoon per dag maar zo'n 60 sneltesten kan doen, terwijl hij bijvoorbeeld 600 PCR's per dag kan doen. Daar zit dus een belangrijk verschil in. Je zult veel meer personele inzet moeten bewerkstelligen.

Het nadeel van de antigeentesten ten opzichte van de PCR – dat zal ik u straks in een grafiek illustreren – is dat je aanloopt tegen een bepaald percentage foutnegatieven. Dat wil zeggen dat iemand in de PCR positief is maar in de sneltest negatief. Dat kan natuurlijk gevolgen hebben, bijvoorbeeld als je aan een negatieve sneltest de consequentie geeft dat iemand het gevoel heeft het virus niet te hebben en dus allemaal activiteiten gaat ondernemen, terwijl hij positief bleek als hij wel een PCR had gedaan. We weten ook nog niet hoe de sneltest presteert in de situatie dat iemand geen klachten heeft. Dat is wellicht toch een belangrijke focus voor de toepassing. Daar moet dus echt nog meer onderzoek naar gebeuren. Dat is inmiddels gaande. Er wordt van dezelfde swab en dezelfde swabtechnieken gebruikgemaakt als bij de PCR-test. Bij voorkeur zou dat simpeler moeten, want niet iedereen kan bij zichzelf een goeie swab door de neus afnemen, ook omdat het pijnlijk is. Omdat er vrij veel personeel moet worden ingezet om er veel te doen, hangt de testcapaciteit vooral af van het personeel en het aantal mensen dat je ervoor kunt vrijstellen.

We hebben het er eerder over gehad dat de PCR aanzienlijk meer tijd neemt. Daar ben je realiter eigenlijk altijd wel een dag mee kwijt. Het is complex en je hebt bepaalde apparatuur nodig. Het personeel kan wel een heleboel testen tegelijk doen. Dat is dan het voordeel. Maar het duurt langer. Wat is het voordeel van de PCR? Die geeft niet alleen een plus- of min-antwoord, maar ook een zogenaamde kwantitatieve uitslag. Met andere woorden, we leren ook hoeveel virus er aanwezig is. Dat zal ik u zo tonen. Tevens maakt de PCR het uiteindelijk ook mogelijk om het virus te sequencen, dus om de volgorde van het erfelijk materiaal van het RNA van het virus te bepalen. Dat is natuurlijk van belang, omdat we daar onder andere ook naar kijken om de verspreiding van het virus in de gaten te houden. Het virus maakt steeds kleine veranderingen in het genetisch materiaal. Daardoor kun je het virus als het ware volgen, bijvoorbeeld bij uitbraken. Dat is voor ons een belangrijke tool, een belangrijk instrument voor de surveillance. Dat zou je niet willen missen. Als de sneltesten meer worden ingezet, moet je daar dus iets voor in het leven roepen. De testcapaciteit bij de PCR hangt met name van apparatuur en materiaal af. Hoe ziet dat er in de praktijk uit? Op een aantal plekken in Nederland zijn er al onderzoeken verricht. U ziet hier de aantallen personen in teststraten waarbij gebruik is gemaakt van de verschillende testen zoals aangegeven. Er zijn vier verschillende testen op vier verschillende plaatsen onderzocht. Die plaatsen wisselden sterk wat betreft het voorkomen van positieve gevallen. Dat is de prevalentie, die is gebaseerd op de PCR-test, omdat die gevoeliger is. U ziet bijvoorbeeld dat het op Aruba een op de drie was, waar het in Breda een op de twintig was. Door vergelijking van de PCR en de uitkomst van de sneltest is berekend wat de specificiteit is, met andere woorden: hoeveel zijn er in de antigeentest positief die niet positief zijn in de PCR-test. Ten slotte ziet u ook de sensitiviteit. Dat is een maat voor hoeveel positieve PCR-tests je kunt oppakken met de sneltest. Dan is duidelijk dat de specificiteit van de test heel hoog is. Met andere woorden, als de sneltest positief is, is de PCR eigenlijk ook altijd positief. Dat zit tegen de 100% aan. Maar u ziet dat de gevoeligheid van de antigeentest beduidend lager is dan de PCR. Die wisselt zo tussen de 70%, 80% en 95%. Aan de onderzijde heb ik het zogenaamde Ct-getal uitgezet. Zo'n PCR-test heeft een bepaalde cyclus die steeds doorlopen wordt. Naarmate de cyclus korter is, is de virale load hoger. Dan pik je eerder het signaal op. U ziet dat terug in de gevoeligheid van die test. Waar de Ct-waarde bijvoorbeeld onder de 30 is, vond men in Utrecht een gevoeligheid van bijna 94%. Als die Ct-waarde hoger is – met andere woorden, iemand

heeft minder virus in de bemonstering, dus waarschijnlijk ook in zijn keel – ziet u dat de antigeentest minder gevoelig is. De drempel waarop de antigeentest positief wordt, is dus van belang om te weten in welke situaties je 'm wel of niet wil toepassen.

Dat kan ik illustreren aan de hand van de volgende grafiek, die door het Erasmus MC gemaakt is. U ziet daarop voor drie verschillende situaties – personen met milde klachten die naar de teststraat komen, personen die zijn opgenomen in het ziekenhuis maar nog niet op de ic liggen en personen die op de ic liggen – in de balkjes weergegeven het percentage met de bijbehorende virale load, die u aan de onderzijde ziet. De virale load is aan de rechterzijde hoog en aan de linkerzijde laag. De kleur van het balkje, oranje of rood, geeft aan of het virus in het monster ook te kweken was. Er vallen een aantal dingen op. Naarmate je meer aan de rechterzijde komt, zijn in de verschillende situaties de rode balkjes groter dan het oranje deel. Op dat moment is de virale load hoog. Dat leidt vaak nog tot kweekbaar virus. Als je helemaal aan de linkerzijde kijkt, zie je eigenlijk alleen maar oranje balkjes. Dat zijn situaties waarin weinig virus aanwezig is. Dat virus is ook niet meer op te kweken. Dat komt ook omdat de PCR veel gevoeliger is dan kweek, maar u kunt zich voorstellen dat kweek-positief voor het virus zijn, zich vertaalt naar een verhoogde besmettelijkheid. Iemand die een heel laag aantal virusdeeltjes in zijn keel heeft, die dus helemaal aan de linkerzijde van de grafieken zit, zou domweg minder besmettelijk kunnen zijn. Als dat zo is, zou dat mooi zijn. U ziet de sneltesten – test A, B en C – met de verticale lijntjes erdoorheen gezet. Laten we even sneltest A nemen. Sneltest A is positief aan de rechterzijde maar negatief aan de linkerzijde. Met andere woorden, als er weinig virus is, zal de sneltest soms negatief zijn, terwijl de sneltest positief is als er meer virus is. U ziet aan de grafiek van het onderdeel «Mild, teststraat» dat als we sneltest A hadden gebruikt, we in deze situatie eigenlijk alle personen die kweekbaar of een hoge concentratie virus hebben, met de sneltest hadden geïdentificeerd, terwijl we er een aantal met een lage virale load, die misschien ook minder besmettelijk zijn, misschien niet hadden gevonden. U kunt zich voorstellen dat je deze situaties nader wil uitzoeken. Dat ziet u ook geïllustreerd bij de patiënten die wel opgenomen zijn maar niet op de ic liggen, en de patiënten die wel op de ic liggen. Ic-patiënten hebben vaak last van het ontstekingsbeeld bij covid, maar hebben minder nog actief vermeerderende virusdeeltjes. Naarmate je verder in het ziektebeloop komt, is er bij ic-patiënten een lager percentage nog rood. Zij hebben dus minder kweekbaar virus ten opzichte van restvirus dat misschien nog aanwezig is. Daaraan zie je dat de testen een heel andere interpretatie geven dan wanneer je het doet bij het percentage links. Met andere woorden, hier leer je iets uit over testen volgens voorbeeld A. Aan voorbeeld C ziet u dat je veel te veel kweekbaar virus aan de linkerzijde mist en een hele grote groep in de PCR wel positief is, maar in deze test niet. Dat is dus niet een goeie test. Test A zou dat in dit geval wel zijn.

Dit soort analyses moeten wij uitvoeren om te begrijpen in welke situatie we die sneltesten het beste kunnen inzetten. In de teststraat bij personen met klachten zou het volgens deze grafiek heel redelijk kunnen, zij het dat je altijd een groep hebt die negatief test, waar je dan beleid op moet maken. Dan zou je kunnen zeggen: de negatieven doe ik in een poel, ik doe toch een PCR en als die positief zou uitvallen, ga ik per persoon in de poel kijken wie positief was. Op die manier kun je die economischer gebruikmaken van je testcapaciteit met betrekking tot de PCR. Wij denken dat we op korte termijn verder moeten uitzoeken hoe we die sneltesten het slimst kunnen toepassen, maar ik wil benadrukken – hopelijk heb ik dat hier ook geïllustreerd – dat sneltesten niet een panacee, een alles oplossend geneesmiddel of test zijn om de hele problematiek rond testen bij covid op te lossen. Hoe je ze inzet, hangt af van de situatie waarin je tests wil uitvoeren. We willen bijvoorbeeld met name tests uitvoeren bij

mensen die nog geen klachten hebben, maar die een notificatie krijgen van de corona-app. Dan is de vraag, als je test voordat iemand klachten heeft, waarbij de virale load misschien nog lager is, of je dat een keer moet herhalen als die niet positief is. Want als die positief is, dan heeft die het natuurlijk gewoon, maar als die negatief is, moet je het misschien herhalen. Dat soort volgordes in hoe je het beste de testen kan uitvoeren, is iets wat we momenteel met de verschillende groepen in Breda, Utrecht en het Erasmus MC zo snel mogelijk proberen helder te krijgen. Kort nog even samengevat. Die antigen testen zien er echt mooi uit. Die worden deels dus ook al toegepast om er meer ervaring mee op te doen. We hopen dat die uiteindelijk een deel van de PCR kan verminderen, waardoor we weer meer capaciteit daarop krijgen natuurlijk. Maar er zijn nog zeker vragen met betrekking tot presymptomatisch testen en het herhaald testen. Ten slotte. Die PCR blijft belangrijk, hoe goed die antigen testen ook worden en zijn, omdat we in bepaalde gevallen ook echt kwantitatieve uitslagen willen, maar met name ook omdat we voor surveillance die sequencing nodig hebben. Dank u wel.

De voorzitter:

Zeer hartelijk dank. Ik wil u namens alle leden bedanken voor deze presentatie. Dat scheelt hopelijk tijd bij alle vragen die we stellen. Bij dezen gedaan. Dank, meneer Van Dissel. Ik heb een vraag aan alle leden. We hebben tot 13.00 uur. We zullen dus iets uitlopen, maar het is belangrijk dat alle leden een vraag kunnen stellen. Dus gelijk uw vraag stellen, zonder allerlei inleidende betogen. Een uitdaging waarop we elkaar scherp houden. Mevrouw Diertens, D66.

Mevrouw Diertens (D66):

Ik zal proberen kort te zijn. Wij hebben nu heel veel informatie gehad over wat als het erger wordt. Wat is de afschalingsystematiek? Wanneer kunnen we een stap terug doen? Kan de heer Van Dissel een indruk geven van hoe het terugschakelen er straks uit komt te zien in relatie tot het R-getal?

De heer Van Dissel:

Uitgaande van de huidige getallen en de schattingen van de R die we nu hebben, en ook de toename in bevestigde gevallen terugziend van de afgelopen week, denk ik echt dat we minimaal aan vier weken zitten voordat we voldoende een situatie hebben gehad waarbij de R dan hopelijk onder de 1 is. Dan moet het toch weer uitfaseren met de generatietijd van het virus, totdat we weer op een niveau zitten waarbij al die positieve indicatoren op het dashboard weer terug zijn in de normale regio. Dus ik denk dat we minimaal toch naar zo'n vier weken interventies kijken. We zullen zeker tussendoor kijken of het de goede kant op gaat, want het zou natuurlijk ook nog minder goed kunnen verlopen. Dan moet je misschien toch meer doen. Maar die periode schat ik ten minste vier weken in. In die vier weken is die escalatieladder gereed. Daar heeft u wat over ontvangen. Daar zullen we ons natuurlijk ook over buigen. Wat niet op voorhand vaststaat, is dat je dezelfde route meteen terug moet gaan. Ook daar moeten we leren over wat er nu gebeurt na deze interventies. Dus ik denk dat we de zogenaamde de-escalatieladder in de komende weken rond moeten krijgen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een aanvullende vraag op die van mevrouw Diertens. Ik moet na de vraag ook gelijk weg vanwege een andere

vergadering. Er is een mooie routekaart gemaakt van waar je je aan moet houden bij welke R et cetera. Nu komt de winter eraan. Iedereen is dan toch wat pessimistischer dan in de zomertijd. Kan meneer Van Dissel iets zeggen over het verwachtingspatroon ten aanzien van de maatregelen die we moeten vasthouden voor de basissituatie in de winter?

De heer **Van Dissel**:

We kennen de basismaatregelen, omdat die in maart goed gewerkt hebben, maar we constateren onder andere uit de gedragsunit van de GGD en het RIVM dat de adherentie, hoe goed men zich daaraan houdt, momenteel lager is. Dat geeft natuurlijk een probleem. Je zou willen dat iedereen opnieuw de intrinsieke motivatie voelt van hoe belangrijk het is. Ik hoop ook dat ik getoond heb dat we ons daarmee nu een belangrijke dienst bewijzen, omdat we veel eerder teruggaan naar een niveau waarop we weer over de-escalatie kunnen denken. Dus die component van gedrag op de maatregelen blijft een belangrijke onzekerheid waarop moet worden ingezet.

Wat is er dan anders in de winterperiode ten opzichte van nu en van maart? Het stellen van de diagnoses, dus het vaststellen of iemand COVID heeft, is niet anders. Maar je kan wel verwachten dat er meer personen zijn met luchtweginfecties, die zich ook melden bij die teststraat. Dus je zult meer teststraten moeten opzuigen, waarbij we dus hopen dat die nieuwe antigen testen wellicht ook een rol kunnen spelen, omdat die weer wat gunstiger te doen zijn. Ik denk ook dat het belangrijk is dat we ons realiseren dat we een griep prik kunnen halen. Een griep prik is zeker voor kwetsbaren maar ook voor met name zorgpersoneel essentieel om te zorgen dat dat weer niet een doorkruisende factor wordt. We zitten in de winterperiode natuurlijk ook over het algemeen vaker binnen dan in de lente- en de zomerperiode. Dus je verwacht eigenlijk dat de druk hoger is en dat we dus misschien meer basismaatregelen moeten handhaven om het op een laag niveau te houden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Azarkan, DENK.

De heer **Azarkan** (DENK):

Gisteravond zijn maatregelen aangekondigd. Een enorme rotsituatie, niet alleen voor ondernemers, maar voor alle burgers die dat wederom mentaal moeten opbrengen. Die kijken naar ons. Die kijken naar politici en die zien een wetenschapper, directeur van infectieziekten.

De **voorzitter**:

Uw vraag.

De heer **Azarkan** (DENK):

Het is ook goed om terug te kijken naar wat we nu kunnen leren. Het is anders uitpakket dan we met z'n allen hadden gewild, gehoopt en waarop we met z'n allen hadden ingezet. Als we naar de situatie tot aan vandaag kijken, wat moeten we dan echt anders doen dan in de afgelopen twee maanden om te zorgen dat er niet ook een derde golf komt?

De heer **Van Dissel**:

Het enige wat ik door mijn bril kijkend kan zeggen, is: we weten wat effectief is. We hebben een geweldige uitbraak weten te beteugelen in de periode maart; aanzienlijk groter dan nu. Dus we weten wat onze belangrijkste basisregels zijn. Als we ons daaraan houden, kunnen we verwachten dat dat voldoende effect heeft op contacten en op mobiliteit om overdracht tegen te gaan tot een niveau waarbij het aantal laag blijft. Wat we gezien hebben en ook gedocumenteerd, denk ik, door de enquêtes van de gedragsunit, is dat op de haalbaarheid en de

compliance met maatregelen een probleem ontstaan is. Als bijvoorbeeld twee op de tien personen positief testen – dus positief testen, niet eens onzekerheid – en toch naar buiten gaan en contacten opzoeken, dan hebben we gewoon een probleem met z'n allen. Ik begrijp best dat het niet altijd mogelijk is om binnen te blijven. Dus we moeten niet alleen maatregelen stellen. We moeten ook de uitvoering van maatregelen zo veel mogelijk proberen te vergemakkelijken en mogelijk te maken. Dat ben ik helemaal met u eens. We moeten er meer op inzetten om ook dat aspect in te vullen. Maar uiteindelijk gaat het toch om het terugbrengen van contacten en het terugbrengen van mobiliteit. De basismaatregelen zullen daarvoor niet veranderen. Dus ik denk dat we met name slim moeten kijken of we toch nog mogelijkheden zien om het volgen van de basismaatregelen niet alleen door handhaving af te dwingen, maar ook door de omgeving zo in te richten dat dat ook beter mogelijk wordt.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Jansen, PVV.

De heer Jansen (PVV):

Het OMT heeft aangegeven dat restaurants mogelijk gewoon open kunnen blijven. Kan de heer Van Dissel aangeven hoe het OMT tot dat advies is gekomen? Iets meer inhoudelijke uitleg graag.

De heer Van Dissel:

Zeker. U moet zich realiseren dat het OMT geen juridische kennis heeft. Wij hebben geen kennis, zoals het beleid dat heeft, van wat wel en niet een restaurant is. Wij kijken er wat dat betreft toch veel naïefer tegen aan dan u dat ongetwijfeld doet. Wat het OMT aangeeft, is dat je je kunt voorstellen – daarom hebben we gezegd «onderzoek dat», want als dat kan, zou het mooi zijn, maar als het niet kan, vervalt het gewoon – dat een restaurant dat eigenstandig is, dat geen onderdeel van een horeca is en waar alle dingen goed geregeld zijn, misschien toch door zou kunnen gaan. Maar we realiseren ons ook – dat wil ik meteen toevoegen – dat als dat om wat voor reden dan ook niet kan, bijvoorbeeld omdat wetgeving met betrekking tot wat wel of niet horeca is daardoorheen speelt, dat een groot probleem is. In onze brief hebben we aangegeven dat dat uiteindelijk het sluitstuk moet zijn. Dus wij willen alleen maar aangeven «onderzoek het nou», maar als dat op te grote bezwaren stuit wat betreft handhaving of juridische problematiek, dan moeten restaurants de horeca volgen.

De voorzitter:

De heer Kerstens, Partij van de Arbeid.

De heer Kerstens (PvdA):

Ook als de gisteren aangekondigde extra maatregelen hun werk doen, duurt het volgens mij nog tot januari tot we onder of op het gewenste niveau zitten als het gaat om ziekenhuisopnames en mensen die op de ic terechtkomen. Dat betekent dat we ons moeten voorbereiden op een eenzame kerst, om het zo maar te zeggen. Als je dat nou niet acceptabel vindt – de winter staat voor de deur, het personeelstekort is groter dan ingeschat wordt...

De voorzitter:

Uw vraag.

De heer Kerstens (PvdA):

Wat is er dan extra nodig? Ik stel die vraag omdat uit de rapportage blijkt dat het OMT zelf onderling verdeeld is over een aantal extra maatregelen

die je zou kunnen nemen, en bijvoorbeeld ook minder ver gaat dan het kabinet als het gaat over het sluiten van de horeca.

De heer **Van Dissel**:

We hebben geadviseerd over pakketten. Die hebben verschillende onderdelen. U heeft kunnen zien – dat heb ik ook achteraf gezien – dat het op sommige onderdelen strenger is en dat we op andere onderdelen meer ruimte laten. Uiteindelijk moet je een consistent en zo simpel mogelijk pakket kiezen. Als we binnen een maand indicaties hebben dat de maatregelen onvoldoende effecten sorteren, moet je misschien verscherpen. Waarop verscherp je dan? Dat zijn dan toch de branches die we nu vrijstellen, als ik het zo mag zeggen, ook in het advies. Dat zijn de situaties waar we minder verspreiding hebben gezien, waar vaak van individuele contacten sprake is, zoals bijvoorbeeld de contactberoepen en een deel van de sporten. Al die gebieden die we nu buiten ons advies laten, zouden dan potentieel natuurlijk wel geraakt worden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Kröger, GroenLinks.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Het is duidelijk dat het met dit pakket maatregelen een tijd gaat duren. Mensen hebben behoefte aan een perspectief. Als nou het doel is om terug te komen op risiconiveau 1, waarbij je met bco 1.200 echt grip houdt op het virus, wat is vanaf het punt waar we nu staan dan een reëel tijdpad om op dat niveau 1 te komen?

De heer **Van Dissel**:

Als we doorrekenen op aantallen... We zien al eerder of de ziekenhuisopnames gaan teruglopen. We zien al eerder of de ic-opnames teruglopen. Dus, met andere woorden, je weet al eerder of je succes hebt met de maatregelen. Dat is belangrijk. Want als we dat zien, kunnen we ook veel nauwkeuriger dan nu – ik heb het u ook niet getoond, want de schattingen zijn te breed nu – gaan voorspellen wanneer de aantallen besmettingen echt zijn teruggelopen, met grotere mate van zekerheid. Als je dat nu doorrekent, zit je al snel in december, op zijn minst, en misschien begin januari. Maar dat hoeft dus niet te betekenen, als je ziet dat alles al duidelijk terugloopt, dat je bepaalde dingen niet zou kunnen versoepelen. Daar moeten we echt over nadenken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Veldman, VVD.

De heer **Veldman** (VVD):

Een van de voordelen van die PCR-testen is dat er een kwantitatieve uitslag komt. Nu heb ik begrepen dat die kwantitatieve uitslag, dus de mate waarin iemand besmettelijk is, niet teruggelinkt wordt naar de GGD. Is het zinvol om dat wel te doen, is mijn vraag aan de heer Van Dissel, omdat ik me kan voorstellen dat je bij uitstek wil dat de mensen die heel erg besmettelijk zijn, echt nergens meer komen.

De heer **Van Dissel**:

Ik vind dat een complexe vraag, in alle eerlijkheid, omdat u nu een verschil suggereert in mate van besmettelijkheid die denk ik meer is dan we kunnen waarmaken momenteel. Misschien dat we daar nog op leren, maar ik denk dat het meer is dan we nu kunnen waarmaken. Als je daar nu aan koppelt dat mensen zich minder aan isolatie mogen houden dan wanneer ze hoger zitten, lijkt me dat een hele gevaarlijke boodschap. Wat de getallen tonen, is dat als iemand op de ic komt of iemand al een ziektebeeld van twee weken achter de rug heeft, de kans dat de virale load

hoog is en het virus nog kweekbaar is, heel erg klein wordt. Dat ziet u in de getallen van het Erasmus MC. Dat betekent dat we van dat soort getallen en de interpretaties kunnen leren met betrekking tot hoe lang iemand bijvoorbeeld ten opzichte van de eerste dag van klachten wel of niet geïsoleerd moet worden. Wat u suggereert, gaat misschien verder. Je moet je voorstellen dat er altijd ook deels een fout zit in de afname. Dat moet je dan heel gestandaardiseerd gaan doen. Dat kan in een ziekenhuissetting natuurlijk toch vaak weer wat anders dan in een teststraatsetting. Ik denk dat we zo ver nog niet zijn, maar daar zouden we kunnen komen. Wat u misschien ook suggereert, is een combinatie van de antigentest en de PCR in bepaalde gevallen, want dan zou je dus door de combinatie wellicht dat wel heel gemakkelijk kunnen aangeven. Dus in die zin biedt dat misschien ook weer naar de toekomst mogelijkheden om toch meer te differentiëren in de aanpak. Maar ik denk voor nu dat, als je positief bent, dat isolatie essentieel is, evenals het in quarantaine gaan van huisgenoten.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van der Staaij, SGP.

De heer Van der Staaij (SGP):

Mijn vraag gaat ook over het thema wat het perspectief is. Hoe zou je in plaats van de huidige situatie met de meer generieke maatregelen voor het beperken van contacten toe kunnen naar een situatie waarin je meer echte risicovolle contacten gaat beperken? Je belooft het dan dus ook als er risicobeperkende maatregelen worden genomen, een hoge mate van naleving is en weinig besmettingen zijn.

De heer Van Dissel:

Dat is waar je zo snel mogelijk naar terug wil. Je kan je afvragen of zoiets als de corona-app deels zo'n uitweg zou kunnen zijn. Je kan daar een bepaalde beloning op zetten. Als een heleboel personen de corona-app zouden gebruiken, dan zou dat het proces van het bron- en contactonderzoek, dat nu min of meer stil komt te liggen of in ieder geval moet worden geprioriteerd omdat er te veel aanbod is, kunnen vergemakkelijken. Zo zoeken we ook naar methoden om het bron- en contactonderzoek deels elektronisch te kunnen doen en te automatiseren, ook weer om het te versnellen. Want waar we naar terug willen, is toch dat de virusdruk dusdanig omlaag gaat dat je inderdaad weer terug kan gaan naar het daadwerkelijk opsporen van bronnen en het bestrijden van bronnen waar ze zitten – eigenlijk dezelfde logica volgend als ik ook heb laten zien met betrekking tot de maatregelen. Dus daar willen we zo snel mogelijk naar terug. Maar momenteel is de druk van infecties dermate hoog en de kans dat dat speelt als je iemand tegenkomt, dermate hoog, dat dat eigenlijk nauwelijks zinvol is, als men zich maar houdt aan de basisregel dat je bij klachten thuisblijft en als ze toenemen, het gezin in quarantaine gaat. Maar dat moment komt zeker terug. Ik denk dat die snelsten daar wellicht ook weer een rol in kunnen spelen. Er wordt op verschillende fronten gekeken hoe dat beter zou kunnen worden aangepakt. Dat is wat ik u daarover kan zeggen, zonder dat dat al helemaal helder is.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van Esch, Partij voor de Dieren.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Dank u, voorzitter. In de brief van het kabinet van afgelopen nacht werd gesproken over het indammen van de brandhaarden, waaronder eventuele brandhaarden bij slachthuizen. Ik zag het OMT niet per se met een advies daarover komen. Ik ben benieuwd hoe uw visie daarop is en

wat we zouden moeten doen. Dat zeg ik mede naar aanleiding van hoe de situatie op dit moment in Duitsland is, maar ook hoe ze daar proberen het virus bij slachthuizen in te dammen door mensen bijvoorbeeld zeer regelmatig te laten testen. Ik ben benieuwd of u daar advies over heeft. Hoe kunnen we voorkomen dat die brandhaarden bij slachthuizen in Nederland ook weer gaan ontstaan?

De heer **Van Dissel**:

Deels is daar natuurlijk onderzoek naar gedaan en zijn daar ook maatregelen op getroffen. Daar hebben we geloof ik een vorige keer ook over gesproken. Of dat een situatie is waar sneltesten een uitkomst kunnen bieden, dat weten we gewoon nog niet, omdat je dan gaat testen bij personen die op dat moment nog geen klachten hebben, die presymptomatische groep. Ik kan daar eigenlijk niks anders van zeggen dan dat we dat zouden moeten uitzoeken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Hiddema, Forum voor Democratie.

De heer **Hiddema** (FvD):

Voorzitter, mag ik eventjes meneer Van Dissel geruststellen? Want ik zit wel steeds in zijn rug te proesten en te snotteren, maar ik ben eergisteren gezond verklaard, getest en wel! Ik heb een vraag over dat vermaledijde middel hydroxychloroquine. Er is een rapport, heb ik begrepen, door veertien Nederlandse ziekenhuizen opgesteld. Daaruit zou blijken dat er 23% minder kans bestaat op een ic-opname wanneer de patiënt binnen één dag na opname dat spul krijgt toegediend. Klopt dat? Bent u daarmee bekend? Is dat geen prettig nieuws?

De **voorzitter**:

Uw vraag is helder. Wilt u de microfoon uitzetten? De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Dat onderzoek moet bij mijn weten nog gepubliceerd worden, maar is in preprints beschikbaar. Ik denk dat we dat gewoon goed moeten bestuderen. U moet zich wel realiseren dat er ook talloze onderzoeken zijn waaruit een positief effect van hydroxychloroquine niet naar voren komt. Het is ook een middel met potentiële bijwerkingen, dus het is niet zo dat je dat «baat het niet, schaadt het nooit» kan doen. Maar ik denk dat dat artikel, waar verschillende Nederlandse groepen aan hebben meegewerkt vanuit verschillende centra, gewoon moet worden bestudeerd om te zien of dat aanleiding is om het huidige advies, wat overigens niet bij ons ligt, voor de duidelijkheid, maar bij de zogenaamde SWAB – dat is een landelijke werkgroep die over antibioticatoedieningen en ook antivirale middelen adviezen geeft – te herbeoordelen en te komen tot een andere aanpak. Ze zullen het mee moeten nemen, ja.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Haga.

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

Ik heb weer een vraag over de PCR-test. De PCR-test vormt, zoals we al eerder hebben gesteld, de grondslag voor het reproductiegetal en daarmee voor een groot aantal van de maatregelen. Nu is het beoordelingsniveau bij de PCR-test onlangs opgehoogd van 30 cycli naar 35 cycli. Bovendien is het aantal targets waarop getest wordt, recentelijk teruggebracht van drie of twee naar één. Waarom is dit gebeurd en wat is het gevolg hiervan voor het aantal positieve uitslagen, en daarmee natuurlijk ook voor het aantal foutpositieven?

De heer **Van Dissel**:

Ik zou dat echt even moeten nagaan bij de collegae die over laboratorium-onderzoek gaan. De PCR-test kan je gevoeliger maken door langer die cycli te doen, maar dat kan ook zeker bezwaren geven, bijvoorbeeld dat je te lage aantallen oppakt. Het aantal targets waarop wordt PCR wordt uitgevoerd, is natuurlijk ook belangrijk, want als dat één is, heb je mogelijk meer kans op een foutpositieve uitslag dan wanneer je dat op meerdere doet. We hebben ook protocollen waarbij je, als je in de hogere regionen zit van de cyclustijden, alsnog op meerdere targets kijkt. Ik zou dat even specifiek voor u moeten navragen.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

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

Krijg ik daar dan een mailtje over? Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dat gaat via de griffier. Dan is het voor iedereen beschikbaar. De heer Van Gerven, SP.

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

Ik had nog een vraag aan de heer Van Dissel over de routekaart. Stel dat het aantal positieve tests 50 per 100.000 is de afgelopen zeven dagen. Dan duurt het vier weken, als je maatregelen neemt, voordat die curve echt wordt omgebogen. Dan ben je twee verdubbelingen verder en zit je waarschijnlijk op 200. Mijn vraag is dus: is de routekaart wel effectief genoeg en zou die norm van 50 die gehanteerd wordt, bijvoorbeeld niet 10 of een vierde van 50 moeten zijn?

De heer **Van Dissel**:

Voor al die getallen op het dashboard geldt dat ze moeten worden geduid. Geen enkel getal sec is voldoende. Je moet ze altijd in combinatie met elkaar zien. U kunt het al zien aan het reproductiegetal. Als dat duidelijk boven de 1 zou zijn, maar je weet dat het totaal aantal positieven beperkt is, dan geeft dat heel andere gevolgen dan wanneer je praat over de aantallen momenteel, waar een reproductiegetal van 1,1 eigenlijk al een heel groot probleem gaat geven, domweg omdat de getallen zo groot zijn. Zo is het ook met die getallen die u noemt, die 50 op de 100.000 of die 100 op de 100.000. Dat zijn allemaal indicatoren van de hoeveelheid besmettingen die er zijn. Die leiden tot diagnostiek. We doen aparte berekeningen over het aantal besmettingen. Uiteindelijk denk ik dat je naar het hele beeld moet kijken om te komen tot maatregelen. U ziet ook dat de routekaart, waaraan zeker ook nog op onderdelen aan gewerkt zal moeten worden, ervan uitgaat dat je duiding geeft aan meerdere indicatoren. Ik denk dat één echt te weinig is om daar alles op te besluiten. Je moet echt met meerdere indicatoren en ook het beloop met name rekening houden om goede besluiten te nemen. Dat neemt niet weg dat je wel gewoon een beeld wil geven van wat er gebeurt als je in bepaalde situaties komt. Zo moet u dat zien.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber, ChristenUnie.

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

Ik zit hier gewoon echt nog op te kauwen. Sorry, ik mag geen inleiding houden. Ik ga gelijk mijn vraag stellen. Ik voel gewoon uw ogen, voorzitter! Op welk reproductiegetal wordt er gestuurd met de voorliggende maatregelen? Ik heb het gevoel dat als we sturen op de 0,95, we

heel lang bezig zijn. Er zijn natuurlijk andere dingen om op te sturen. Moeten we niet korter, sneller, dieper ingrijpen, bijvoorbeeld richting de 0,7?

De heer Van Dissel:

Ja, dat zou kunnen. Als je kijkt naar het reproductiegetal in maart en ook sedertdien, zie je dat het blijkbaar buitengewoon moeilijk is bij dit virus om überhaupt onder een reproductiegetal van 0,8 te komen. Dat is toch een beetje in de regio waar we nu ook op proberen te sturen. Wat het onzeker maakt, uiteraard, is in welke mate al de voorgestelde maatregelen daadwerkelijk worden opgevolgd. We gaan natuurlijk nooit uit van 100%, ook niet in de modelleringen, maar je wil wel uitgaan van een opvolging zoals dat ook in maart was, want die kunnen we retrospectief, terugkijkend vaststellen. Daar zit natuurlijk vooral de onzekerheid. Dus je kan een heel groot maatregelenpakket nemen met ook behoorlijk wat grijze gebieden, wat toch weer tot een ander reproductiegetal leidt dan je had gehoopt. Wat we nu doen, is in ieder geval zorgen dat we ruim onder de 1 zitten ermee. Dat is wat we hiermee hopen te bereiken, maar dat is wel afhankelijk van de mate waarin men de maatregelen serieus neemt. Ik heb hopelijk ook laten zien in de modellering dat het serieus nemen van de maatregelen van 28 september, mits dat in combinatie gebeurt, een geweldig voordeel biedt en in feite richting uw scenario gaat, namelijk dat we heel snel zien dat die afvlakking en het teruggaan gaan optreden. Het is aan ons allen om dat voor elkaar te krijgen. Ik kan het niet anders zeggen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van deze technische briefing. Ik dank de heer Van Dissel voor zijn komst, de uitgebreide toelichting en de beantwoording van de vragen. Ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid en de vragen die zij gesteld hebben. Ik dank ook de mensen die deze briefing op afstand gevolgd hebben. Het debat over de ontwikkelingen rond het coronavirus vindt vanmiddag plaats. De geplande aanvangstijd staat nog steeds op 15.00 uur. Ik sluit deze vergadering. De mensen die de procedurevergadering willen volgen: die start over vijf minuten. Mensen kunnen die vergadering ook digitaal volgen. Nogmaals dank voor uw belangstelling. Ik sluit deze vergadering.

Sluiting 13.11 uur.