

Vergaderjaar 2021–2022

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 1549**

**VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING**

Vastgesteld 17 november 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de vaste commissie voor Justitie en Veiligheid hebben op 3 november 2021 gesprekken gevoerd over **Update coronavirus**.

Van dit overleg brengen de commissies bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De fungerend voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Kuiken

De fungerend voorzitter van de vaste commissie voor Justitie en Veiligheid,  
Van Meenen

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Esmeijer

**Voorzitter: Kuiken**  
**Griffier: Heller**

Aanwezig zijn veertien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bikker, Gündoğan, Den Haan, Van Haga, Hijink, Van Houwelingen, Kuiken, Omtzigt, Paternotte, Aukje de Vries, Wassenberg en Westerveld,

alsmede de heer Bruls, de heer Van Dissel, de heer Kuipers en mevrouw Van Blankers.

Aanvang 9.29 uur.

**De voorzitter:**

Goedemorgen. Welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing vanwege een update over het coronavirus.

## **Blok 1**

Gesprek met:

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

**De voorzitter:**

In het eerste blok gaan we starten met de heer Kuipers. Welkom! Fijn dat u er bent. De heer Kuipers is de voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg.

Ik doe nog even een paar huishoudelijke mededelingen. De heer Omtzigt is hier geen vaste gast, maar hij is zeker zeer welkom om hier de briefing bij te wonen. Hij zal een uur eerder vertrekken. Mevrouw Agema zal ook nog aanschuiven. Zij komt iets later. De heer Van Haga heeft nog een opmerking.

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

Hiernaast vindt ook het debat Wapenexport plaats. Ik ga dus heen en weer rennen.

**De voorzitter:**

Dat is helemaal logisch en akkoord. Ik wil gewoon starten. Dan hebben we de meeste tijd voor vragen. Ik geef u graag het woord. O, excuus, er is nog een vraag van mevrouw Van den Berg.

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

Hoeveel vragen mogen we eigenlijk stellen?

**De voorzitter:**

We starten met één, maar ik wil zo veel mogelijk doen.

De heer **Kuipers:**

Dank. Ik zal de presentatie proberen kort te houden.

Dit beeld kent u. Daar zal Jaap van Dissel straks ongetwijfeld ook bij stilstaan. Wat het reflecteert, is een stijging van het aantal positief geteste personen in de afgelopen periode, met met name recent weer een hele snelle stijging. En dit is een theoretisch plaatje. U kunt het ondertussen ongetwijfeld dromen, maar dit is even puur in theorie de reflectie van wat we iedere keer zien, namelijk dat er eerst een verandering is, zoals hier schematisch weergegeven in blauw, van het aantal besmettingen, of dat nou een daling of een stijging is. Hier is bij wijze van spreken schematisch in de tijd eerst een daling weergegeven, dan een stabilisatie en dan een stijging. Dat schuift dan op. Dan zie je in geel na enige tijd hetzelfde effect op het aantal mensen dat zich meldt op een spoedeisende hulp. Dat

schuift dan op in de tijd en dat heeft dan weer, opgeschoven in de tijd, precies hetzelfde effect op de ziekenhuisbezetting. Het loopt dus altijd uit de pas.

Ten aanzien van de rode curve: als je die zou opsplitsen, kun je nog een keer hetzelfde doen. Dan krijg je eigenlijk vier u'tjes. Eerst is er meestal een instroom in de reguliere ziekenhuisbedden. Terwijl mensen al opgenomen zijn, verslechteren ze op een gegeven moment. Dan gaat een deel van hen alsnog naar de ic. Je ziet dan dat er een verschil is in de curve tussen ziekenhuisopname, ziekenhuisbezetting en ic-bezetting. Dat zien we op dit moment. Daar kom ik zo nog wel heel even op terug. Er was dus recent een stijging in het aantal besmettingen. Dat vertaalt zich in een sterke stijging van de dagelijkse instroom in de ziekenhuizen. Dit is het aantal patiënten dat opgenomen wordt in een ziekenhuis, klinisch en op de ic, gemiddeld per drie dagen over het afgelopen jaar. U ziet het horizontale lijntje. Dat is de signaalwaarde. Die signaalwaarde ligt aanzienlijk hoger dan voorheen. Tot de zomer gebruikten we een signaalwaarde van 40. Nu gebruiken we een signaalwaarde van 100 klinische bedden en 20 ic-bedden. U ziet dat we daar al rap doorheen zijn en dat het doorstijgt. De verwachting is dat het nog verder zal stijgen. In het afgelopen jaar hadden we pieken aan het eind van december, op 31 december en op 21 april. Ook was er een piekje op 29 juni dat precies die signaalwaarde aanraakte. Maar nu gaan we er rap doorheen in aansluiting op de stijging van de besmettingen in de afgelopen weken. Dat vertaalt zich dan ook in een ondertussen bekend format – dat ziet u hier terug – van de overall bezetting in de ziekenhuizen. In blauw ziet u het aantal patiënten op een gewoon ziekenhuisbed. We noemen dat de klinische opnames. In oranje ziet u het aantal patiënten op de ic daarbovenop. Als je het puur in pieken telt en in perioden, dan is dit ondertussen de derde winter dat we ermee bezig zijn. De eerste patiënten kregen we immers in februari 2020. Dat was de nasleep van de winter van 2019–2020. Toen kregen we 2021. Dit wordt de derde winter. Als u de golven even meetelt – dit is allemaal semantiek – dan wordt dit de zesde golf.

Waar hebben we het dan over als het gaat over de ziekenhuizen? Dan praten we ondertussen over ongeveer 85.000 opnames, waarvan 14.000 op de ic. Dan praten we over ongeveer 700.000 verpleegdagen, waarvan ruim 200.000 op de ic. Dat is wat er in de afgelopen periode gedaan is. Dat zijn fenomenale aantallen. Dat doet dus ook wat met de capaciteit die je hebt en met de beschikbaarheid daarvan voor andere patiënten en dat is een cruciaal item.

Het bijzondere is het volgende. Laten we even kijken naar het golfje helemaal rechts. Dat piekje helemaal rechts is eigenlijk qua ontwikkeling, aantallen, verdeling tussen ic en kliniek en aantallen patiënten per dag exact hetzelfde – copy paste – als wat we vorig jaar oktober hadden. Het enige verschil is dat we drie weken later in de tijd zitten. Dus wat er nu gebeurt op 3 november, gebeurde vorig jaar ongeveer op 12 oktober. Maar de stijging, de hoogte, alles is precies hetzelfde. Dat is dus ook zo ten aanzien van de verdeling. Ik krijg wat vragen op dit moment hoe het nu naar verhouding zit met de ongeveer 1.300 patiënten, waarvan zo'n 240 op de ic. Dat is totaal niet anders dan wat we toen hadden. Mensen stromen eerst in groten getale in in het ziekenhuis en worden op een klinisch bed opgenomen. Vrijwel zeker gaan ze dan in de komende twee weken doorstroming naar de ic zien. Althans, er is nu geen enkele reden om aan te nemen dat dat niet zal gebeuren, zoals dat toen ook gebeurde. In de afgelopen drie weken hebben we de ontwikkeling gezien die overeenkwam met de ontwikkeling van oktober vorig jaar. Als dat nu zo doorstijgt, dan zullen we over twee weken richting de 2.000 overall gaan, zoals we dat toen ook twee weken later hadden. Dan ga je uiteindelijk ook richting de 500 ic-bezetting. Let wel, dat was een piek die oorspronkelijk

door het RIVM voorspeld werd als maximum, te bereiken in januari. Die gaan we dan nu, als dit doorzet, in november al halen. Hoe ziet dat er dan uit als we inzoomen op één regio? Dit is het voorbeeld van een van de tien acutezorgregio's, in dit geval Zuidwest-Nederland, maar het beeld is overal precies hetzelfde. Het bovenste blauwe lijntje geeft het aantal patiënten aan dat in die regio op een gewoon ziekenhuisbed is opgenomen. Dit is het plaatje vanaf 3 oktober tot en met gisteren, dus een maand lang. Voor de eerste helft van de maand ziet u iedere dag vrijwel hetzelfde. Er gebeurt niks en dat betekent dat je ook strak kunt sturen. Als er iedere dag ongeveer 65 patiënten zijn, heb je met 70 beschikbare bedden voldoende.

Plotseling komt het, twee weken volgend op die besmettingen, in een enorme acceleratie, die dan consequent doorgaat. De verwachting is dat dat ook de komende week doorgaat. Voor deze regio staat de teller boven de 160. We hebben nu al ingepland dat we voor die regio eind van de week ongeveer 240 bedden nodig hebben. Dat gaat dus heel erg hard. Er is veel discussie over de beschikbare ic-capaciteit, die voor de afgelopen, lange periode, te zien is aan het bovenste, donkergrijze lijntje. Dat geeft de beschikbare, benodigde ic-capaciteit aan in de hele periode van april vorig jaar, met een hele hoge eerste piek. Daarna ziet u voor de lange afgelopen winter dat we consequent, overall, voor covid- en non-covidzorg, ergens tussen de 1.250 en 1.450 ic-bedden nodig hebben gehad, in een situatie waarin er in eerste instantie nog geen vaccins beschikbaar waren. Dus dat is waar we op gestuurd hebben, terwijl we vorig jaar een plan hadden gemaakt voor een totale benodigde capaciteit van 1.700 ic-bedden. Die hebben we in de winter dus niet overall gebruikt. We zijn er altijd onder gebleven, behalve in de eerste golf.

Er wordt sinds enige tijd ook weer druk gespreid. Iedere zwarte lijn – die lijnen lopen door elkaar heen en zijn dus moeilijk te onderscheiden – is de naar rato bezetting van ic-patiënten per acute zorgregio. Daarvan hebben we er tien. Op het moment dat je niet landelijk spreidt en er zitten spots van meer patiënten in één bepaalde regio, dan loopt de bezetting in zo'n regio op tot en met 300% van het landelijk gemiddelde. U ziet dat in dat soort pieken tot en met september vorig jaar. We gaan dan op een gegeven moment spreiden en vereffenen dat, zodat alle regio's zo veel mogelijk consequent rond de 100% zitten. Helemaal op 100% iedere dag lukt je niet, want je kunt vandaag een patiënt uit een regio naar elders brengen, maar als er dan gelijk twee op diezelfde middag instromen, dan loopt je weer uit die 100%.

Maar u ziet dat dat overall, dankzij de inzet van mensen en alle ziekenhuizen in het hele land, eigenlijk consequent goed lukte. In de zomer stoppen we dan met spreiden omdat de aantallen laag zijn. Dan gaat de bezetting relatief uit elkaar bij lage aantallen. In september zijn we weer begonnen met spreiden; dan convergeert het weer naar lijntjes die je vlak op elkaar kunt leggen. Dat lukt alleen met de continue inspanning van veel mensen iedere dag.

Daarbij hebben we nu recent teruggekeken naar hoe het in de afgelopen ondertussen twintig maanden in de zorg gegaan is. We hebben ook het opschalingsplan voor covid dat we vorig jaar zomer gemaakt hadden, bijgesteld. En we hebben ook eerder deze week een brief aan Minister De Jonge gestuurd met daarin een respons op zijn eerdere vraag of het nu mogelijk is om toch weer aanzienlijk op te schalen.

Het antwoord dat we gegeven hebben, komt er feitelijk op neer dat dat niet verstandig is, dus houd nou in ieder geval ten aanzien van de ic – maar daar past ook automatisch de kliniek en de bezetting in de eerste lijn en in de wijkzorg et cetera bij – een lagere limiet aan. Daar zijn twee belangrijke redenen voor. De eerste belangrijke reden is dat de focus op de reguliere of de non-covidzorg sterk geprioriteerd moet worden. Anders gaan we nóg een winter nóg verdere achterstanden oplopen. En de tweede reden is ook nadrukkelijk de aandacht voor de langdurige

belastbaarheid van het personeel, dat hier ondertussen al twintig maanden mee bezig is. Alleen al ten aanzien van de ziekenhuisopnames gaat het dan om zo'n 700.000 verpleegdagen, zoals ik al zei. Dus stuur op een capaciteit die nu maximaal ligt op de 1.350 in plaats van de eerdere 1.700.

Dat betekent ook wat ten aanzien van de uitstelzorg. Dat zal echt een belangrijke factor zijn om mee te nemen. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft daar met allerlei partijen in de zorg naar gekeken en gezegd: stuur met name op de klasse 3-zorg die hier staat. Dat is dus de kritiek planbare zorg die bij uitstel daarvan met meer dan zes weken leidt tot een aanmerkelijk risico op permanente gezondheidsschade, dan wel op verlies van levensjaren; zorg dat je dat binnen die zes weken houdt. Dan moet je het totaal ook beneden die 1.350 ic-bedden houden. Nogmaals, «ic» pakt zo makkelijk, maar dat is echt het topje van de ijsberg. Dat betekent ook wat ten aanzien van de kliniek.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Heel hartelijk dank voor uw heldere presentatie. Ik wil graag kort vraag-antwoord, want we zijn met veel mensen en we hebben weinig tijd, omdat er daarna nog twee rondes komen. De heer Paternotte van D66, gaat uw gang.

**De heer Paternotte (D66):**

Dank u wel. Mijn vraag gaat over dat laatste punt, het afschalen van de reguliere zorg. Want daar zie je dat we op dit moment dus ook gezonde levensjaren aan het verliezen zijn, niet door corona maar door hartoperaties. De vraag is of dat ook voor kankerbehandelingen geldt en of dat in het hele land gelijkmatig gebeurt, of dat je op de ene plek meer kans hebt dat je operatie wordt afgezegd dan op de andere plek.

**De heer Kuipers:**

Ja, het gebeurt absoluut dat dat uitgesteld wordt. Dat verschilt een beetje per ziekenhuis, maar je probeert het om te beginnen per regio te egaliseren en vervolgens ook landelijk. Dat gaat en blijft alleen maar lukken als we allemaal op dezelfde manier opschalen en als we het spreiden zoals ik dat op het plaatje liet zien: gewoon consequent volhouden. Dat is iedere dag een uitdaging. Het lukt goed, maar het is echt een uitdaging omdat iedere zorginstelling kampt met dezelfde uitdagingen in termen van wachtlijsten, belastbaarheid van het personeel en ziekte. Dus dat vergt veel overleg.

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

U zegt dat de besmettingsgrafiek copy-paste is van vorig jaar, alleen dan drie weken later. Maar vorig jaar was niemand gevaccineerd, nu is 87% gevaccineerd. Van die 13% ongevaccineerden hebben ook nog heel veel mensen corona gehad en zitten er ook heel veel jongeren bij. Dus ik begrijp niet helemaal hoe we dan dezelfde grafiek kunnen zien en hoe dan de zorg overbelast kan raken. Is dat niet gewoon het ultieme bewijs dat de vaccinaties óf niet werken, óf inmiddels uitgewerkt zijn?

**De heer Kuipers:**

De vaccinaties werken sterk. De heer Van Dissel zal er straks ongetwijfeld ook wat over zeggen. Als je kijkt naar de vaccinatiegraad in de algemene populatie versus de vaccinatiegraad bij de patiënten die in de ziekenhuizen worden opgenomen, dan zie je dat dat precies het omgekeerde is van elkaar. U noemt die 87% vaccinatiegraad. In de ziekenhuizen, zowel in de kliniek als op de ic, is het precies het omgekeerde: 80%-plus is niet gevaccineerd. Je zou dus rustig de stelling kunnen verdedigen dat wanneer iedereen gevaccineerd was op dit moment, er van de huidige

1.300 patiënten in de ziekenhuizen meer dan 1.000 niet hadden gelegen. Dan hadden er zo'n 250 patiënten in de ziekenhuizen gelegen, dan was er niets aan de hand, dan hadden we niet hoeven spreiden en hadden we alle reguliere zorg gewoon door kunnen zetten. Dat is het verschil. Dus die vaccins werken zeer sterk. Het issue van mensen die gevaccineerd zijn en dan nóg in het ziekenhuis komen, betreft met name patiënten met een ernstige onderliggende aandoening die hun afweer, hun longfunctie of hun hartfunctie belemmert.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):

Dank voor de heldere inleiding. Even een vervolgvraag hierop, omdat daar enige verwarring over is. Ik ben van mening dat je niet per ziekenhuis moet publiceren omdat in een gemiddeld ziekenhuis ongeveer vier mensen op een ic liggen. Er zijn ongeveer 240 patiënten en ongeveer 70 ziekenhuizen, dus vier is een aantal dat heel normaal is. Dan zeg je wat de status is, maar ik wil wel weten hoe het zit. Dus publiceren jullie wekelijks ongeveer de cijfers van die 80/20? En hoe komt het dat België zit op ongeveer 40% mensen op de ic die niet gevaccineerd zijn en wij op 20%? Heeft u daar een verklaring voor?

De heer **Kuipers**:

Ik ben het helemaal met u eens. Het is echt verstandig om unisono de getallen te laten zien en telkens weer, ook als het verandert in de tijd. Want dat kan ook een indicatie zijn dat het effect van vaccins uitgewerkt zou raken. Dat zien we tot nu toe nog niet, maar dat kan. Dat is dan een belangrijk signaal, ook voor het nadenken over eventuele boosters et cetera. Dus je moet dat consequent blijven doen. Ten aanzien van de meest extreme situatie: stel dat in Nederland 100% gevaccineerd zou zijn, dan zouden er nog steeds mensen met covid in het ziekenhuis liggen, namelijk met name die categorie die ik net al noemde. Maar dan zou dus van de mensen die in het ziekenhuis liggen ook 100% gevaccineerd zijn. Het klinkt wat vreemd, maar ...

De **voorzitter**:

Waarom België 40%?

De heer **Kuipers**:

Dat verandert sowieso in de tijd en dat verandert ook afhankelijk van de maatregelen. De belangrijkste boodschap is dat er ook als je gevaccineerd bent nog steeds een kans is op een ziekenhuisopname. Die is bij iemand zonder onderliggende aandoening voor nu buitengewoon klein, dus we zien met vaccinatie met name mensen zoals net al genoemd.

De **voorzitter**:

Helder. Mevrouw De Vries van de VVD?

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Dank voor de heldere presentatie. Ik heb een beetje een andere vraag. Er wordt natuurlijk vaak gezegd dat je coronazorg misschien moet concentreren en dat er meer specialisatie moet plaatsvinden. Zou dat bijdragen aan het probleem dat we nu hebben met de ic-capaciteit?

De heer **Kuipers**:

Dat kan. U moet zich even het volgende voorstellen. Ik liet een plaatje zien voor één regio, in dit geval Zuidwest-Nederland, maar ik had willekeurig elke andere regio kunnen nemen. Als je alleen in die regio kijkt, één regio met ongeveer tien ziekenhuizen, naar wat er nu al aan covid ligt, dan zie je dat dat de bezetting is van één volledig middelgroot, niet-academisch streekziekenhuis en drie ic's van die ziekenhuizen. Dus als je voor onze regio alle aantallen zou concentreren, zouden de ic's van het Franciscus-

ziekenhuis, een heel groot ziekenhuis, het Maasstad Ziekenhuis en het Albert Schweitzer Ziekenhuis volledig vol liggen met covid. We kunnen het dus wel concentreren op één plek, maar dan hebben we overal vandaan ook personeel nodig. Dan krijgt het hetzelfde effect. Het is een soort waterbed. Het zijn communicerende vaten.

De **voorzitter**:

Helder. De heer Hijink van de SP.

De heer **Hijink** (SP):

Ik wil door op het personeel. Intensivisten maar ook ic-verpleegkundigen zeggen dat die 1.350 bedden helemaal niet haalbaar zijn, in ieder geval niet als je wilt dat mensen blijven werken op de ic en dat er voldoende aandacht blijft voor alle patiënten die op de ic liggen. Ik wil de heer Kuipers vragen wat zijn reactie daarop is. Wat wordt er nu gedaan om specifiek het personeel dat werkt in de ziekenhuizen, nog los van iedereen die nu veel harder moet werken in de eerste lijn en elders, te behouden en om meer mensen aan te trekken?

De heer **Kuipers**:

Om te beginnen heb ik overlegd met onder andere Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, met de Federatie Medisch Specialisten en de Nederlandse vereniging van ic-artsen dat het verstandig is om gewoon consequent met één boodschap te spreken. Ik zal dit voorbeeld noemen. Heel recent, een paar weken geleden, hebben de V&VN en de NVIC een evaluatie gedaan. Zij hebben gezamenlijk gezegd: wij denken dat een maximale opschaling naar 1.350 ic-bedden en de bijpassende klinische bedden mogelijk is. Punt. Daar is ook het plan, de evaluatie, van het Landelijk Netwerk Acute Zorg op gebaseerd. Op het moment dat we dat opschrijven in een brief aan de Minister, zijn er individuele intensivisten die in het nieuws roepen dat dat toch niet mogelijk is. Dat is lastig. Tegelijkertijd kwam er deze week ook een signaal van een vertegenwoordiging van de Nederlandse vereniging van anesthesisten, die tezamen verenigd zijn in de Federatie Medisch Specialisten. Die anesthesisten zeggen: we kunnen ver boven die 1.350 uit, als we ook gebruikmaken van uitslaapbedden op de operatiekamers. Tezamen werkt dat niet. Het is echt verstandig om de maximale capaciteit te maximeren, zoals wij opgeschreven hebben. Maak die lager dan vorig jaar. Dat is overigens niet eens zo veel lager dan wat we max in de afgelopen winter nodig hebben gehad. En zorg daarbij ook voor behoud van personeel. U vroeg wat wij daarvoor doen. Veel. In ieder ziekenhuis zijn er verschillende programma's. Het gaat om zorgen voor ondersteuning, voor psychologische begeleiding, voor burn-outcoaches en voor allerlei andere issues. Dat is ook per ziekenhuis verschillend. Denk ook aan financiële ondersteuning.

De **voorzitter**:

Helder, dank. Mevrouw Van den Berg, CDA.

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

Ik wil graag doorgaan op de vraag van meneer Hijink over de medewerkers, want wij krijgen ook wel berichten dat medewerkers in de zorg, vooral mensen die op de intensive care werken, zich de hele dag in zo'n pak moeten hijsen en zich het snot voor de ogen werken, zeggen: nu moet ik dit doen voor mensen die het hadden kunnen vermijden. Dat geeft ook mentaal een extra belasting. Wat wordt daarmee gedaan? Soms haakt men er ook door af.

De heer **Kuipers**:



Een. Wel even de constatering dat medewerkers in de zorg gelukkig erg professioneel zijn. Ik ben daar trots op. Ze zijn dus ook gewend om te werken met mensen die aandoeningen hebben die de consequentie zijn van risicogedrag. Het komt gewoon zeer veel voor. Dat zijn we gewend. Het lastige hierbij is dat het te voorkomen is door een eenvoudige interventie, overigens ook een heel goedkope interventie, terwijl dit nu zo ontzettend drukt op allerlei vormen van overige zorg. Daar zit een andere spanning dan normaal. Tot nu toe wordt iedere patiënt opgevangen als dat nodig is. Dat zullen we ook echt volhouden. Er wordt om allerlei redenen veel gesproken over een tweedeling. Voor mij is de tweedeling op dit moment dat iedere acute patiënt telkens opgevangen wordt, maar dat we degenen die soms ook urgent, binnen een paar weken, geholpen moeten worden, steeds weer moeten afbellen. Als ik één voorbeeld mag noemen? Ik sprak afgelopen week met een verpleegkundige bij ons in huis, die vertelde dat bij haar in de familie veel mensen niet gevaccineerd zijn, maar dat nu een familiaal gediagnosticeerd was met een ernstige vorm van kanker waarvoor op korte termijn een grote operatie nodig was. Normaal hanteren we een termijn van maximaal zes weken, liever korter. Maar nu was tegen het familiaal gezegd: we weten nog niet of we het voor het einde van het jaar kunnen inplannen. Nu zat ze met het volgende: «Moet ik nou in de familie de discussie voeren dat het misschien toch verstandig is dat iedereen zich laat vaccineren?» Niet omdat je met dat vaccineren zeker weet dat jouw familiaal daarmee ... Maar dat is wel wat je nu kunt bijdragen om te zorgen dat je familie op tijd geholpen wordt.

**De voorzitter:**

Dank. De heer Wassenberg van de Partij voor de Dieren.

**De heer Wassenberg (PvdD):**

Ik wil een vraag stellen over pagina 5 van de presentatie, over de ziekenhuisopnames en ic-opnames. Je ziet dat de eerste grote piek meteen aan het begin van het voorjaar van 2020 was. De op-een-na grootste piek zit rond de jaarwisseling van 2020–2021. We zijn het er allemaal over eens dat de druk op de zorg heel hoog is en dat we die druk waar mogelijk moeten verlagen. We moeten die druk niet hoger stellen. Bij de afgelopen jaarwisseling heeft het kabinet besloten tot een tijdelijk vuurwerkverbod om te zorgen dat er geen extra slachtoffers in het ziekenhuis komen, om op die manier de druk een beetje te verlagen. Nu wordt er nog niet over gesproken. Is het nodig om dat ook dit jaar weer te doen om de druk op de zorg te verminderen?

**De heer Kuipers:**

Allereerst even de kortetermijnfocus. Wat nodig is, is om die curve die je zo ontzettend omhoog ziet gaan, terug te buigen en om dan te proberen om te sturen op het lager houden ervan. Dan komen we terug op de eerdere vraag van de heer Van Haga en indirect ook van de heer Omtzigt: kan dat ook bij de huidige vaccinatiegraad? Ja, het aantal mensen dat bevattelijk is voor ernstige covid is veel lager dan in dat deel van de curve waar u naar verwijst, dus het moet mogelijk zijn om de aantallen lager te houden en daarmee de toegang voor Nederlandse burgers tot de zorg, wanneer ze die nodig hebben, te realiseren, binnen de termijnen die we daar altijd voor gehanteerd hebben. Als dat lukt, kun je vervolgens natuurlijk nog steeds een discussie voeren over bijvoorbeeld een vuurwerkverbod of andere specifieke issues, maar voor de korte termijn is het echt zinvol om die aantallen terug te brengen naar iets wat voor iedereen een acceptabele toegang tot de zorg garandeert.

**De voorzitter:**

Mevrouw Gündoğan, Volt.



Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Op 5 oktober van dit jaar begonnen de besmettingen weer toe te nemen. Nog niet zo lang geleden, zes dagen geleden, op 28 oktober, kwam u als OMT bij elkaar. Vrijdag worden de nieuwe maatregelen pas van kracht, terwijl het plaatje op pagina 3 heel duidelijk de relatie laat zien tussen de vertraging en de besmettingen, ziekenhuisopnamen en vervolgens ic-opnamen. Grof gezegd had er minstens 23 dagen eerder gehandeld kunnen worden om het aantal besmettingen te reduceren. Klopt dat inzicht? Wanneer gaan we daar dan lessen uit trekken om eerder te handelen bij een toename van besmettingen?

De heer **Kuipers**:

Excuus, als u mij toestaat, heb ik één correctie: ik ben geen lid van het OMT. Maar voor het overige klopt uw conclusie helemaal. Met alle testen nu moet je kunnen sturen. Dan is het verstandig om te sturen op besmettingen. Als je de besmettingen omhoog ziet gaan, significant omhoog ziet gaan, en ziet dat dat een aantal dagen, een week, aanhoudt ... We hebben dat eerder gezien. Vier weken geleden hadden we er iedere dag zo'n 1.700. U zag wat er dan in de kliniek lag. Dat was een stabiel plaatje. Dan gaat het naar 3.500. Dan zie je in het ziekenhuis nog niks gebeuren, maar je kunt al wel voorspellen dat het gaat gebeuren. Het duurt alleen even. Dat zie je dan ook: dat is die lijn die dan plotseling omhooggaat. Dat gebeurt dan vervolgens ook met de bezetting. Je ziet op de ic nog niet zo veel. Dan zeg je: op de ic valt het nog wel mee. Maar je kunt gewoon voorspellen dat het gaat gebeuren. Dus de maatregelen die komende zaterdag ingaan, zullen op zijn vroegst, als er een goede naleving is, de zaterdag erna een effect hebben op de instroom in de ziekenhuizen. Het zal pas twee weken daarna een effect hebben op de ziekenhuisbezetting en pas tweeënhalve of drie weken daarna op de ic-bezetting. Het kost dus veel tijd. Het is de olietanker waarbij je nu aan het stuur draait. Dan moet je blijven kijken wanneer je die ziet keren. Daarom is mijn voorspelling voor nu dat deze curve nog even verder door zal stijgen, tenzij er bijzondere dingen gebeuren.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema van de PVV?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik bewaar mijn vraag even voor de volgende ronde.

De **voorzitter**:

Dat is goed. De heer Van Houwelingen van Forum voor Democratie, ga uw gang.

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

Dank u wel. Zoals u ongetwijfeld gezien heeft, hebben wij gisteren geprobeerd om de data van de ziekenhuizen op te vragen, want alle data die wij binnenkrijgen van verschillende ziekenhuizen wijzen precies het omgekeerde beeld uit, dat er meer gevaccineerden liggen dan ongevaccineerden. De Kamer – ik vind dat een enorm schandaal – heeft daar gisteren dus tegengestemd.

De **voorzitter**:

Gaat u even door naar uw vraag.

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

Ja, ik ga nu door naar mijn vraag. Dank u wel, u heeft ook tegengestemd. Mijn vraag is als volgt, op instellingsniveau. Ik heb het dus niet over afdelingen maar over instellingen, ziekenhuisinstellingen. Er zijn er enkele tientallen waar mensen met covid liggen. Hoeveel van die instellingen

hebben alleen maar gevaccineerden liggen of alleen maar ongevaccineerden?

De heer **Kuipers**:

Ik moet u dat antwoord helaas schuldig blijven.

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

Zelfs dát kunt u niet vertellen.

De **voorzitter**:

Kunt u uw microfoon even uitzetten? Dan kan er geantwoord worden. Dank u.

De heer **Kuipers**:

Stel dat wij het lijstje even langslopen. Ik begin met u bij het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis in Dirksland. Daar hebben ze een ic van vier bedden. Daar liggen nu twee covidpatiënten. Als daarvan nou nul gevaccineerd zijn of twee gevaccineerd zijn, dan zegt dat puur statistisch werkelijk helemaal niets. Dus ik geef u de landelijke getallen. Ik kan ze ook per regio geven. We kunnen ze ook per ziekenhuis geven, maar het zegt niks.

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

Als u ze per ziekenhuis kan aanleveren, héél graag.

De heer **Kuipers**:

Daar zouden we heel veel moeite voor moeten doen, om dan vervolgens te zeggen: ik geef ze u, maar u hebt er helemaal niets aan.

De **voorzitter**:

Meneer Kuipers, misschien kunt u nog wel een poging doen om aan te geven wat uw inschatting is per regio van het percentage gevaccineerden versus ongevaccineerden, want daar zit de zorg en het wantrouwen.

De heer **Kuipers**:

Per regio is in de ziekenhuizen en ook op de ic ongeveer 80% of meer niet gevaccineerd. Dat onderbouwt mijn conclusie dat van de huidige meer dan 1.300 patiënten in de ziekenhuizen er meer dan 1.000 niet in het ziekenhuis zouden liggen als ze van tevoren gevaccineerd waren geweest.

De **voorzitter**:

Helder. Mevrouw Bikker van de ChristenUnie?

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank, voorzitter. Ook dank aan de heer Kuipers voor zijn presentatie en voor al het werk dat op dit moment verzet wordt op zoveel ic's. Ik had dat heel graag anders gezien en ik denk wij allemaal. Er zijn al heel veel vragen gesteld. Ik heb één aanvullende vraag. Ook in het plan dat gepresenteerd is, in de terugblik en bij vooruitkijken, zie ik dat de optie van Duitsland opnieuw genoemd wordt voor opschaling. Is ook overwogen om dat al op een eerder moment te doen, omdat we juist nu proberen ook al die andere acute en inhaalzorg door te laten gaan? En wat zijn de vorderingen op dat gebied?

De heer **Kuipers**:

Ik heb dat niet genoemd. Het is een mogelijkheid om dat wel te adresseren. Ja, de contacten met Duitsland zijn alweer geruime tijd geleden aangehaald voor de bevestiging dat men zo nodig bereid is om te helpen. Dan gaat het met name om Noordrijn-Westfalen, qua populatie vergelijkbaar met Nederland. Daar hebben ze ons in eerdere instantie ook

geholpen. Ze zijn opnieuw bereid om dat te doen, maar geven wel aan: ook bij ons is het afhankelijk van de situatie op dat moment in termen van precies dezelfde factoren: aantallen covidpatiënten, achtergestelde zorg en belastbaarheid van en beschikbaarheid van het personeel. Waarbij zij dezelfde issues hebben, zoals u zich ongetwijfeld kunt herinneren, want het is vaak voorbijgekomen. Men heeft daar naar rato van de bevolking ongeveer vijf keer zoveel klinische en ic-capaciteit, maar men is op allerlei momenten genoodzaakt om precies dezelfde maatregelen te nemen als wij in Nederland. Dat is gewoon een reflectie van het feit dat er telkens een exponentieel verloop is. Dus als je twee keer zoveel bedden hebt, kun je een paar dagen langer wachten om dezelfde maatregel te nemen, maar dan moet je alsnog. Dus het concrete antwoord is ja. En in termen van tempo of timing, eerder hebben wij alleen patiënten naar Duitsland geplaatst als de bezetting hier in de ziekenhuizen op grote hoogte lag. Dan moet u bijvoorbeeld denken aan een ic-capaciteit boven de 1.350 en een ook hoge klinische bezetting. Nu hebben we afgesproken dat we dat beduidend eerder moeten gaan doen. Dat vergt dan ook wel echt een andere mindset van de professionals, want die zeiden terecht tot nu toe: wij blijven de patiënt wel behandelen, want Duitsland is ver weg. Dat zit te veel andere patiënten in de weg.

**De voorzitter:**

Mevrouw Den Haan?

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. De vraag van mevrouw Gündoğan wilde ik eigenlijk ook stellen. Daar heeft u feitelijk op geantwoord. Ik denk dat wij vanavond de politieke vraag moeten stellen waarom er dan toch zo laat is geanticipeerd.

Een andere vraag. Ik zag dat alleen al 4.000 patiënten wachten op een belangrijke hartoperatie, wellicht ook een levensreddende operatie. Zo zijn er nog veel meer mensen die wachten op een wellicht levensreddende operatie. De voorspellende waarde van deze overzichten is heel groot, dus hoe lang schat u in dat het gaat duren voordat we de reguliere zorg gewoon weer hebben ingehaald? Want er was al sprake van inhaalzorg. Daar zijn we volgens mij nog lang niet mee klaar, en vervolgens ontstaan weer nieuwe wachtlijsten.

**De heer Kuipers:**

Ik legde zonet uit dat de curve die we nu zien ten aanzien van covid, exact overeenkomt met de curve die we vorig jaar oktober hadden. Maar er zijn twee grote verschillen. Allereerst het personeel en de belastbaarheid. We zitten ondertussen veel verder in een langdurige uitputtingsslag. Dat is één. Twee. De wachtlijsten en de belangrijkste toegangstijden voor reguliere zorg zijn veel verder opgerekt. Ik noem de ongeveer 4.000 openhartoperaties op een totaal van normaal gesproken 15.000. Je zou kunnen zeggen: die 4.000 operaties zijn feitelijk drie maanden werk. Dat klopt, maar je hebt het niet in drie maanden opgelost, dus je moet het er bovenop doen. Je moet bij wijze van spreken op 110% van je normale capaciteit gaan zitten.

Het is een goed teken dat er in de afgelopen weken en maanden veel reguliere zorg is ingehaald. Dat zag je bijvoorbeeld terug in de aantallen non-covidpatiënten, de «gewone» patiënten, die op de ic lagen. Doorde-weeks waren dat dagelijks zo'n 600 patiënten of net wat daarboven. Dat was het hoogste niveau in de hele covidperiode. Dat is echt een gunstig teken, want dat laat zien dat de ziekenhuizen druk bezig zijn om veel in te halen. Maar dat komt nu weer in het gedrang en dat moet je echt maar een korte tijd in het gedrang houden, want anders leidt dat weer tot het verder oprekken van de toegangstijden, in een situatie waarin we ons niet veel rek kunnen veroorloven. Ik gaf zonet al één voorbeeld van een

specifieke patiënt, maar dit geldt voor heel veel patiënten. Ik noemde een patiënt die gediagnosticeerd werd met kanker. Alleen al voor kankerdiagnoses geldt dat iedere maand voor 10.000 patiënten in Nederland. Die hoeven niet allemaal een grote operatie te ondergaan met ic-opname, maar het is voor 10.000 nieuwe patiënten per maand wel al snel de realiteit.

**De voorzitter:**

Dank. Ik was nog één ding vergeten. Mevrouw Van der Plas is er niet vanwege familieomstandigheden. Ik wens haar veel sterkte namens de commissie.

Ik heb nog ruimte voor een enkele vraag. Wie nu een tweede vraag stelt, krijgt geen ruimte om dat nog in een volgende ronde te doen. Ik kijk even rond of iemand nog iets heel prangends wil vragen. Mevrouw Agema bewaart haar extra vraag voor de volgende ronde. Is er in deze ronde nog een prangende vraag? Als dat niet het geval is, ga ik gewoon door naar de volgende ronde, want we hebben alle tijd nodig. Dat is het geval.

Ik wil u heel hartelijk danken, meneer Kuipers. Heel veel sterkte met alles wat er in uw dagelijks leven op uw pad komt. Laten we hopen dat we de curve snel weer naar beneden bij buigen, in het belang van u en alle medewerkers waar u mee samenwerkt. Heel hartelijk dank.

Ik schors voor een enkele minuut en dan gaan we door naar de tweede ronde, met de heer Van Dissel, directeur van het Centrum voor Infectieziektebestrijding en mevrouw Van Blankers, programmadirecteur van het COVID-19-vaccinatieprogramma van het RIVM.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

**Blok 2**

Gesprek met:

- de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM
- mevrouw Van Blankers, programmadirecteur van het COVID-19-vaccinatieprogramma van het RIVM

**De voorzitter:**

Welkom. We gaan door naar blok 2 met de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM, en mevrouw Van Blankers, programmadirecteur van het COVID-19-vaccinatieprogramma van het RIVM en opvolger van de heer Van Delden. Hartelijk welkom. Ik geef graag als eerste het woord aan mevrouw Van Blankers voor haar presentatie. We starten dus niet met de presentaties die nu worden rondgedeeld, excuus. We starten met de presentatie van mevrouw Van Blankers. Gaat uw gang.

**Mevrouw Van Blankers:**

Dank u wel. Ik kom hier vandaag iets vertellen over de huidige stand van de vaccinatiegraad en de aanpak die we hebben gekozen om zo veel mogelijk van de niet-gevaccineerden alsnog te vaccineren. Ik zal daarbij ook ingaan op de succesvolle interventies. Op uw verzoek zal ik ook kort iets vertellen over de boostercampagne.

Ik begin even heel kort met de laatste cijfers, die wij als RIVM elke week op de website publiceren. Dit zijn de cijfers van de afgelopen week, waarbij we nu dus zien dat de vaccinatieopkomst voor de eerste prik voor de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder 87,5% is, en dat die voor mensen van 12 jaar en ouder nu op 85,4% zit. We zien nog steeds een licht stijgende lijn. Dat kunnen we in deze grafieken zien. Zeker bij de jongste groepen zien we nog steeds dat er elke week zo rond de 0,3%, 0,4% en 0,2% bij komt.

Als we dat even op deze manier presenteren, dan kunt u ook zien dat we zeker bij de jongste groepen – dat is helemaal achteraan in het linker plaatje te zien – nog steeds een lichte stijging zien van de opkomst voor de eerste prik. Onder in het rechter plaatje ziet u de afspraken voor de eerste prik die de afgelopen weken zijn gemaakt. Daar zie je dat er afgelopen week toch weer een toename was van het aantal afspraken voor de eerste prik. We weten natuurlijk niet precies waardoor dat komt, maar het zou zomaar kunnen dat dat te maken had met de persconferentie van gisteren.

Als we dat ook nog even geografisch plotten, krijgen we deze kaartjes. Die publiceren we ook elke week. Dit is het kaartje voor de leeftijdsgroep van 12 jaar en ouder. In de bijlage kunt u ook nog de kaartjes van andere leeftijdscategorieën zien. Hierbij zie je dus dat de opkomst en de vaccinatiëgraad voornamelijk in het oosten en in het zuiden iets hoger zijn dan in de andere gebieden, met uitzondering van de Waddeneilanden. We zien ook dat de opkomst echt lager is in enkele Biblebeltgemeentes.

We proberen wat meer kwantitatief en kwalitatief inzicht te krijgen in de mensen die zich nog niet hebben laten vaccineren. Wat kunnen we daar dan over zeggen? Ten eerste worden er heel veel onderzoeken gedaan naar de vaccinatiebereidheid van mensen. Als we daarnaar kijken, zien we dat de vaccinatiebereidheid gemiddeld eigenlijk best hoog is. Toch blijkt uit deze onderzoeken ook dat het aantal mensen dat zich niet wil laten vaccineren, relatief hoog is. Je ziet hier dat tussen de 7% en 10% van de mensen zegt nu niet van plan te zijn zich te laten vaccineren. Dat is hoger dan wat we gewend zijn in het Rijksvaccinatieprogramma, waar dat percentage rond de 5% tot 7% ligt.

Over welke mensen hebben we het dan eigenlijk? Het RIVM heeft een determinantenonderzoek gedaan, waarin we kijken naar gebieden of wijken met een lage vaccinatiëgraad. Dan kijken we welke determinanten daarbij horen. We zien dat de vaccinatiëgraad met name in de wijken met veel mensen met een niet-westerse migratieachtergrond echt achterblijft. Die achtergrond is ook een negatieve voorspeller van de vaccinatiëgraad. Bij jongeren zien we dat dat met name bij laagopgeleiden het geval is. Verder zien we in de rechts-christelijke gebieden dat dat ook een lage vaccinatiëgraad voorspelt.

**De voorzitter:**

Ik schors één minuut, want dit is de start van de bel voor de plenaire zaal.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Mevrouw Van Blankers:**

Als we verder willen kijken naar het kwantificeren van de groep personen die nog niet gevaccineerd is, merken we dat het erg moeilijk is om daar echte getallen aan te hangen. Wat we wel kunnen zeggen op basis van grove schattingen is dat ongeveer een derde van de niet-gevaccineerden behoort tot de niet-westerse gemeenschap. Daarnaast zien we dat de meer orthodox gereformeerde groepen zo'n 12% uitmaken van het totaal aantal niet-gevaccineerden. Dat is niet de grootste groep, maar juist omdat die clusteren, is dat een belangrijke groep waar haarden kunnen plaatsvinden.

Geografisch gezien kun je ook goed analyses maken. Daar zal de heer Van Dissel straks ook nog op ingaan. De grootste dichtheid van niet-gevaccineerden bevindt zich in de grote steden, met name Amsterdam, Rotterdam en Den Haag. Utrecht doet het eigenlijk beter dan deze drie steden. We zien ook dat er op de meeste van die plekken wel goede vaccinatie locaties zijn, dus er is wel een goed bereik om vacci-

neerd te worden. De meeste ongevaccineerden zitten echt in de steden, niet alleen in de grote steden, maar ook in de regio's. In de meer lage landen zie je ook in de steden de meeste clusters met de grootste groep ongevaccineerden. Ik noemde de Biblebelt net al eventjes.

Je kunt het ook nog kwalitatief bekijken. Wat leeft er nou bij de mensen die zich niet willen laten vaccineren? Dat spitst zich eigenlijk toe op een aantal twijfelvragen. Het zijn vooral twijfelaars die vragen hebben over de werking van het vaccin en over de snelle ontwikkeling van het vaccin. Ook het vertrouwen in de overheid is gezien de maatregelen toch wel wat geschaad. Daarnaast vinden mensen hun eigen gezondheid vaak goed genoeg om een infectie te kunnen doormaken. Ze denken dat ze niet getroffen zullen worden. Ook willen ze zich niet laten bekeren door maatschappelijke en sociale druk. We zien vaak dat de beeldvorming en de informatie over de ziekte eigenlijk niet kloppen. Dat zijn twijfels die leven en daar moeten we echt op ingaan bij de aanpak om deze mensen alsnog te bereiken.

Dan de aanpak. We hebben eerder in een presentatie heel veel gesproken over de doelgroepen A, B en C. Dat staat ook in de Kamerbrief die is verstuurd. Doelgroep A is de groep die zich wel wil laten vaccineren, maar die nog niet geweest is. Doelgroep B is de groep die nog twijfelt en doelgroep C is de groep die zich niet wil laten vaccineren. Doelgroep A zijn degenen die wel willen, maar die nog niet geweest zijn. Dat had voornamelijk te maken met fysieke barrières. Die zijn voor het grootste deel weggenomen door alle mobiele pop-uplocaties en de locaties waar je nu kunt laten prikken zonder afspraak. Er zijn heel veel barrières weggenomen voor deze groep.

De aanpak gaat zich nu focussen op de groep die twijfelt. Die twijfels worden voornamelijk veroorzaakt door de verschillende vragen die leven, zoals ik net al noemde. We zien dat deze groep echt een andere aanpak nodig heeft, een individuele aanpak. Deze groep heeft informatie nodig en moet individueel aangesproken worden om zich goed te kunnen laten informeren. Dat is echt een kwestie van meer tijd en meer capaciteit die daar beschikbaar voor moet zijn. We horen van alle experts dat de «witte jas», de gerenommeerde arts, goed wordt vertrouwd, dus die worden vaak ingezet om deze gesprekken te kunnen voeren. Maar we proberen deze gesprekken ook meer via de sociale kant te laten plaatsvinden. De interventies die nu allemaal gedaan worden door de GGD, in samenwerking met ons, richten zich hierop. Ik noem een aantal voorbeelden: pop-uplocaties in ziekenhuizen en de huisartsen in Staphorst die zich roeren om het gesprek aan te gaan met mensen en ze vervolgens te kunnen vaccineren. Om deze interventies wat gestructureerder aan te bieden hebben de GGD'en een menukaart ontwikkeld om deze interventies in de regio aan te bieden aan de verschillende partners, de zorgpartners en de sociale partners. Op die manier kunnen zij deze interventies makkelijker specifiek en daar waar dat nodig is inzetten, op scholen of in het zorgdomein. Dat werkt heel goed. In de komende twee maanden proberen we de vaccinatiëgraad zo hoog mogelijk te krijgen door deze aanpak iets te versnellen. We zien dat de pop-uplocaties in de ziekenhuizen heel goed werken, dus die zijn we aan het uitbreiden. We proberen die in zo veel mogelijk regio's in te zetten.

Zoals ik net al zei, kunnen de huisartsen en de apothekers een heel belangrijke rol spelen bij het informeren van mensen, het beantwoorden van vragen en het wegnemen van twijfels. Die zetten wij in. Dat wordt centraal gecoördineerd door de LHV en de KNMP. We proberen deze mensen verder te helpen met informatievoorziening en opleidingen, indien zij graag nog wat meer gesprekstechnieken willen leren. Een heel belangrijk punt dat ik daarbij nog wil noemen, is het wegnemen van desinformatie. Heel veel van deze twijfels worden continu veroorzaakt doordat er ontzettend veel desinformatie leeft in Nederland, zeker in specifieke bevolkingsgroepen. In de ene groep speelt een andere soort



informatie dan in de andere groep. We proberen landelijk maar ook regionaal in te zetten op het zo veel mogelijk wegnemen van die twijfels. Dan lopen we nog even kort langs een aantal succesvolle interventies. Het zijn weer hele kleine lettertjes, sorry. Jullie hebben nog geen hand-out, dus jullie kunnen ook niet meelesen. De landelijke interventies richten zich met name op de informatievoorziening. Mensen kunnen zo snel mogelijk een prik halen als zij dat willen. We richten ons daarbij echt op de verschillende doelgroepen. Aan de ene kant wordt nu heel veel gevaccineerd in moskeeën, gebedshuizen en kerken. Hier in Den Haag zijn we sinds een aantal weken druk aan het prikken in moskeeën. Er is door VWS een filmpje gemaakt van de 24 miljoenste prik in een moskee. Dat is hartstikke mooi. Denk ook aan informatievoorziening bij bibliotheken, op treinstations en op doorstroomlocaties. Het is gewoon superbelangrijk dat mensen op alle plekken waar zij komen, informatie kunnen halen, als ze dat zouden willen. Daarbij blijven we voorlopig ook inzetten op de mobiele teams. Dat werkt ook heel goed, merken we. Ik heb het over prikbusen op de plekken waar die nodig zijn. Ik noemde net ook al even de ziekenhuizen. Dat zijn ook echt hele belangrijke plekken waar mensen zich graag laten informeren. Nieuw is dat we sinds kort in teststraten informatie verstrekken en daar waar nodig meteen kunnen doorverwijzen. Sommige teststraten hebben zelf een vaccinatielocatie. Andere teststraten zitten er dichtbij, dus dan kan men doorverwezen worden naar de plek waar ze wel een vaccin kunnen halen.

De interventies zijn ook nog een specifiek voor verschillende doelgroepen gekaderd. Kijk bijvoorbeeld naar mensen met een niet-westerse migratieachtergrond, naar religieuze achtergronden en naar jongeren. Zelfs voor mensen met prikangst zijn speciale uren ingericht bij de GGD. Dan heb je wat langer de tijd en mag je apart in een kamertje om geprikt te worden. Er is ook een belangrijke campagne voor zwangere vrouwen, omdat de zwangeren zelf, maar ook de mensen die zwanger willen worden, heel veel vragen hebben over de veiligheid van het vaccin. Ook op die doelgroepen richten we ons dus met al die interventies.

Ik noemde al even dat we ons blijven inzetten op de vrije inloop. We hebben sinds begin juli al meer dan 400.000 prikken in de vrije inloop gezet. Dat gaat om eerste en tweede prikken. Dat is echt heel veel. We vinden dat echt een enorm waardevolle manier om te prikken. We zien ook – dat is wel interessant – enorme pieken bij bepaalde gebeurtenissen in de politiek. Op het moment dat wordt aangekondigd dat er een coronapas wordt ingevoerd, dan gaat de vrije inloop echt onwijs omhoog en ontstaat er een piek. Daarna daalt die weer even. Zo zien we elke keer pieken bij gebeurtenissen. Het is belangrijk om hierbij te noemen dat de landelijke publiekscommunicatie van VWS zich aansluit bij de gerichte communicatie voor deze specifieke doelgroepen.

Tot slot wil ik nog iets zeggen over de boostercampagne. Die is gisterenavond bekendgemaakt. Het Gezondheidsraadadvies hebben jullie allemaal kunnen lezen en dat staat ook duidelijk in de brief. De Gezondheidsraad adviseert dat er een boosterprik komt voor inwoners vanaf 60 jaar en daarna voor mensen vanaf 18 jaar die in zorginstellingen wonen. Mensen met een ernstig gecompromiteerd immuunsysteem krijgen op dit moment al een derde prik aangeboden. Een belangrijk uitgangspunt is dat die boostervaccinatie zes maanden na de primaire vaccinatieserie wordt gezet. We waren als RIVM al bezig om dit voor te bereiden. De Minister heeft besloten dat hij die boosterprik bij 60-plussers en bij bewoners van instellingen inderdaad wil gaan uitvoeren. Hij heeft daarnaast besloten dat er uit voorzorgsprincipe ook een booster komt voor zorgpersoneel en dat er, nadat deze groepen zijn geweest, ook de mogelijkheid komt voor iedereen jonger dan 60 jaar om zich te vaccineren. Dat is met name relevant voor de 60-minners die ook in de griepgroep vallen, want die hoeven dan niet apart geselecteerd te worden, maar kunnen gewoon een extra booster gaan halen als ze dat willen.



We zijn op dit moment druk bezig met het organiseren van de uitvoering. We hebben afgesproken dat de booster gaat starten in december. Daarbij beginnen we met de oudste ouderen, de 80-plussers.

**De voorzitter:**

Waarom niet eerder? Die vraag leeft, dus die geef ik alvast mee.

**Mevrouw Van Blankers:**

Omdat het best even tijd kost om dit voor te bereiden, met name het proces rond de uitnodigingen en het selectieproces van de verschillende doelgroepen, de verschillende leeftijdscategorieën en de instellingen. Denk daarnaast ook aan de registratie die bij de GGD heel goed op orde is, maar voor de andere uitvoerders nog beter georganiseerd moet worden. Dat vraagt om een doorlooptijd. De GGD'en hebben zelf aangegeven dat ze er vanaf december klaar voor zijn om in ieder geval de mobiele mensen vanaf 80 jaar te prikken op de GGD-locaties. De 60- tot 80-jarigen zullen dan vanaf januari aan de beurt zijn. Daarnaast gaat in december gestart worden met bewoners van instellingen. Daarbij starten we met de bewoners die in instellingen wonen met een medische dienst, want daar kan de eigen medische dienst gaan prikken. Ze hebben zelf eigenlijk gevraagd om iets meer ruimte, maar we hebben met ze afgesproken dat die instellingen kunnen starten zodra ze er zelf klaar voor zijn. De instellingen zonder medische dienst worden geprikt door de GGD, dus daar moet de GGD naartoe. Hetzelfde geldt voor mensen die thuis wonen en niet mobiel zijn. Die worden ook door de GGD geprikt. Je kunt je voorstellen dat dat een enorme capaciteitsvraag is. Vandaar dat daar vanaf januari mee gestart gaat worden. De zorgmedewerkers zullen waarschijnlijk ook starten in december. We zijn met de ziekenhuizen in overleg om te kijken of de ziekenhuizen hun eigen zorgmedewerkers kunnen prikken en of er ruimte is om eventueel andere zorgmedewerkers te gaan prikken, maar dat wordt nog allemaal uitgewerkt. Voor het boosterprogramma zijn zowel Moderna als Pfizer beschikbaar, dus mRNA-vaccins. Die zijn ook goedgekeurd voor een booster. Zoals ik al zei maken we gebruik van meerdere uitvoerders.

Voorzitter. Dat is in sneltreinvaart mijn verhaal.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan gaan wij in dezelfde sneltreinvaart naar de heer Van Dissel. Hij heeft 35 slides, dus dat vraagt om enig comprimeren. U begrijpt mij. Fijn dat u er weer bent.

**De heer Van Dissel:**

Ik wilde u vertellen waar we nu staan en uiteraard laten zien waar het OMT-advies op gebaseerd is. Samenvattend zien we een stijging van het aantal positieve meldingen. We zien een stijging in de ziekenhuizen en ook op de ic. Ten opzichte van eerdere voorspellingen is dat wat sneller dan verwacht, dus de getallen bevonden zich aan de bovenkant van de spreiding die we eerder hadden aangenomen. Dat was reden om actie te ondernemen. We weten dat vaccinatie effectief is. Daar kom ik zo nog even op terug. De combinatie van toename van meldingen, toename van druk op de zorg en het feit dat we wat aan de bovenzijde zaten van de eerdere prognoses, maakte dat we uiteraard aangepaste prognoses hebben gemaakt, maar dat we ook via de OMT-adviezen richting beleid zijn gegaan.

Ik zie dat het scherm leeg blijft en weet niet wat hier mis is.

**De voorzitter:**

Dat weet ik ook niet. Ik kijk naar de techniek of dat snel opgelost kan worden. Ja, we zijn er weer. Oké, dank. Vervolgt u.

De heer **Van Dissel**:

Nog even covid. Een heleboel personen worden weinig ziek en hebben vrijwel geen klachten. De piramide geeft aan dat daarin een overgang is, ook in het blauwe gebied natuurlijk, naar meer ernstige ziekte. Sommige mensen worden, zoals u weet, thuis behandeld met zuurstof. Uiteindelijk gaat dat over naar ziekenhuiszorg – dat is ongeveer 1,5% – en een deel daarvan komt op de ic terecht.

Wat hebben we de afgelopen weken gezien? Dat ziet u hier van augustus tot nu, de getallen tot gisteren. De afgelopen week is hier in geel weergegeven ten opzichte van in paars de eerdere dagen en weken. We hebben een toename in het aantal meldingen gezien van ongeveer 40% ten aanzien van de week daarvoor. De week daarvoor gold eigenlijk min of meer hetzelfde. Een toename van 40% past bij een reproductiegetal van ongeveer 1,2. U zult zo zien dat dat ook klopt, want het betekent 20% op een generatietijd van ongeveer vier dagen. Dan kom je op ongeveer 40% per week uit. De testen nemen ook toe, evenals het aantal positieve testresultaten. Relatief is de toename in de testen minder dan het aantal meldingen, vandaar dat het percentage positieven toeneemt.

Als we kijken naar de spreiding over de regio's, dan ziet u dat de toename in alle regio's van Nederland speelt, met uitzondering van een aantal regio's zoals Groningen of een deel van Drenthe, waar het relatief stabiel is. De incidentie is momenteel gemiddeld 313 op de 100.000 is. Opnieuw ziet u hier in geel de laatste week en in paars de voorafgaande periode tot augustus.

Kijken we naar verpleeghuizen, dan hebben we in de hele coviduitbraak steeds gezien dat er proportioneel aan het aantal gevallen buiten de verpleeghuizen ook een toe- of afname was in de verpleeghuizen. Dat zien we opnieuw. Ongeveer 11% is inmiddels aangedaan. Ook daar zie je een toename van het aantal locaties en ook een toename van het aantal personen of cliënten bij wie covid wordt vastgesteld. Overigens is de vaccinatiegraad hier over het algemeen hoog en de ziektebeelden die vanuit verpleeghuizen worden gerapporteerd, zijn mild. In de gehandicaptenzorg zien we eigenlijk hetzelfde, zij het dat de getallen daar nog aanzienlijk lager liggen. Ongeveer 2,5% van de locaties heeft gevallen van covid.

Dan het epidemiologisch beeld naar leeftijd. We hebben gezien dat het redelijk gelijk over de regio's verdeeld is. Voor wat betreft de leeftijd ziet u de hoogste incidentiegetallen bij met name de 20- tot ongeveer 40-jarigen. Maar eigenlijk ziet u, als u er zo naar kijkt, dat er bij alle andere leeftijdscorten ook een toename is, ook bij de alleroudsten. Ook hier zien we dus een brede verspreiding. Hetzelfde ziet u op deze grafiek, die de weken weergeeft met in paars de afgelopen week tot 31 oktober, tot dit weekend, want daar worden deze getallen op gebaseerd. U ziet een toename in die toename zie je eigenlijk terug in alle leeftijdscategorieën, met name tussen de 20 en 40 jaar.

Waar vinden de besmettingen plaats? Het gaat dan om besmettingen waarvan een gerelateerd geval wordt gerapporteerd, zodat er kon worden gekeken in welke setting de overdracht waarschijnlijk heeft plaatsgevonden. U ziet in de tabel aan de rechterzijde de proporties, de relatieve bijdrage van verschillende settings. U kunt aan de linkerzijde in de tabel zien dat dat voor ongeveer een derde van de gevallen bekend is. Bij de settings moeten wij ons altijd realiseren dat eigenlijk al sedert het begin van de uitbraak ongeveer de helft van de gevallen in de huishoudens is. Dat is ook logisch: binnen huishoudens zijn over het algemeen geen afstandsregels en dergelijke. Daar zie je dus de meeste besmettingen optreden. Dan is natuurlijk ook het makkelijkst aan te geven dat er een relatie is. Als iemand ziek wordt en vervolgens wordt iemand anders in hetzelfde huishouden ook ziek, is het verband direct duidelijk, terwijl je natuurlijk als eerste in een huishouden lang niet altijd weet waar jij nou besmet bent geraakt. Die laatste categorie heb ik hier in het plaatje aan de

onderzijde gezet: dat is waar de besmettingen plaatsvinden in de maatschappij. Dat is bezoek tussen huishoudens aan elkaar, werk is een belangrijke, school, ook het voortgezet en universitair onderwijs, en verder feesten en horeca. Dat zijn de grootste groepen waar besmetting plaatsvindt.

Nu is dit nog niet het gehele verhaal, want u herinnert zich dat bij besmettingen ook de clustergrootte belangrijk is. Gaat het om één of gaat het om meerdere personen? Daarin verschilt dat rijtje wel. We zagen eerder dat er bijvoorbeeld in de horeca vaak wat grotere clusters waren. U kunt zich voorstellen dat als het percentage van de horeca bijvoorbeeld 5 is, maar de clusters zijn groter dan wanneer het op het werk gebeurt, uiteindelijk de bijdrage ervan op de hele uitbraak groter is.

Dan de ziekenhuizen en de ic's. Ernst Kuipers heeft dat net ook laten zien. We zien een toename van het aantal ziekenhuisopnames en ook van de aantal ic-opnames. U ziet ook in vergelijking met de eerdere toenames die we hebben gezien, zoals vorig jaar rond deze tijd, evidente toenames en een knik in het beloop, die tot actie nopen.

Welke leeftijdsgroepen zijn nu opgenomen in de ziekenhuizen en op de ic's? Het antwoord daarop ziet u op de volgende slide. Het komt erop neer dat in de ziekenhuizen de groepen boven de 60 jaar en boven de 70 jaar worden opgenomen, terwijl u de alleroudsten eigenlijk niet terugvindt op de ic. Dat komt omdat we weten dat het succes van een ic-opname voor een persoon van 80-plus met veel onderliggende problemen qua prognose anders is dan wanneer daar een 50- of 60-jarige ligt. Het Nederlandse beleid is erop gericht, af te zien van niet-zinvol medisch handelen. Dat ziet u ook een beetje terug in deze grafieken.

Dan even iets meer naar vaccinatie toe en de verdeling die momenteel over Nederland niet homogeen is. Ik kom daar zo nog op terug, want dat is een belangrijke reden waarom ook de modellering aanzienlijk complexer is. U ziet hier de meldingen en de opnames. De grafieken links en in het midden laten de incidentiëmaten zien, dus per 100.000 berekend. U ziet in het aantal meldingen iets terug van wellicht het Bijbelgordelgebied. In ziekenhuizen ziet u, als u het op 100.000 zet, eigenlijk een relatief grote verspreiding over Nederland. Als je puur kijkt naar aantallen, dan is het logisch dat er meer zijn in de grote steden. Daar wonen nu eenmaal meer mensen. Dan ziet u Rotterdam en Amsterdam bijvoorbeeld toch behoorlijk oplichten als locaties waar men in het ziekenhuis wordt opgenomen.

Ik noem dit omdat de verdeling over Nederland dus niet homogeen gemixt is. Dat is van belang, want als er gebieden, regio's of gemeenten zijn waar de vaccinatiegraad wat lager ligt, kunt u zich voorstellen dat binnen die gebieden – dat kunnen natuurlijk ook wijken in grote steden zijn – de besmettingen veel sneller gaan als die gebieden aan elkaar verbonden zijn, bijvoorbeeld omdat de kinderen uit die gebieden naar dezelfde middelbare school gaan. Dat kan een plotselinge versnelling geven van het aantal infecties. Dat is een beetje waar we momenteel naar kijken. Juist dat onzekere met betrekking tot de verbinding tussen gebieden waar de vaccinatiegraad lager ligt, maakt dat je daar weleens buiten komt wanneer je modelleringen maakt die natuurlijk gebaseerd zijn op het gemiddelde van Nederland.

Ik laat u dit plaatje zien uit het Nederlands Dagblad («Grote steden en Bijbelgordel t.o.v heel Nederland»). Dat geeft het op zich wel aardig weer. U ziet aan de linkerzijde de meldingen in Nederland in het gebied dat gedefinieerd wordt als de Bijbelgordel en in de grote steden. U ziet duidelijk dat in het gebied van de Bijbelgordel de meldingen hoger liggen dan gemiddeld in Nederland. Aan de rechterzijde ziet u hoe dat zich vertaalt naar ziekenhuisopnames. Aanvankelijk kwamen die vooral uit de grote steden. U ziet dat dat nou gemiddeld genomen ongeveer gelijk is aan de rest van Nederland, maar dat het gebied van de Bijbelgordel daar toch uitspringt, omdat dat momenteel meer bijdraagt aan de ziekenhuis-

opnames. U kunt zich opnieuw voorstellen dat dit ingewikkeld te modelleren is, omdat er zo veel parameters door elkaar lopen. De vaccinatieopkomst is net al genoemd, ook de percentages. U ziet dat dat voor de ouderen is afgevlakt. Daar wordt niet meer zo veel winst geboekt. Voor de jongere groepen ziet u het nog wel oplopen. Dat heeft mijn collega net ook verteld. Als u dat weer vertaalt naar de kaart van Nederland en als het ware kijkt naar de dichtheid van ongevaccineerden, dan ziet u opnieuw de drie grote steden: Rotterdam, de regio Den Haag en Amsterdam. Verder ziet u ook de Biblebelt daarin terug, maar het concentreert zich vooral in de grote steden. Dat is logisch, want daar wonen ook de meeste mensen.

Dan is altijd een belangrijke vraag: hoe zit het nu met de ziekenhuisopnames? Kunt u laten zien hoeveel wel en niet gevaccineerde patiënten momenteel in het ziekenhuis liggen? Ik hoorde net iemand een vraag stellen daarover. En tevens: wat is nou de berekende effectiviteit van de vaccinatie tegen zowel ziekenhuisopnames als ic-opnames? U ziet hier de tot eind vorige week bijgewerkte percentages. Zoals u weet, is dat een soort voortschrijdend gemiddelde. Dat wordt steeds over een aantal weken bepaald. Dan schuift het weer een week op als we een week verder zijn. U ziet dat het inmiddels zo'n 94% is tegen ziekenhuisopnames en 97% tegen ic-opnames. In die getallen zit een heel kleine daling. We hadden eerder 95% en 98%. Wij denken dat het nu naar 93% en 96% gaat. Dus daar zit misschien een heel kleine afname in, maar u ziet ook dat die afname eigenlijk nog valt in de onzekerheidsmarge en dat we dat echt een paar weken achter elkaar moeten observeren om te zien of dat iets structureels is wat zich wellicht voortzet.

Dan de patiënten die in het ziekenhuis liggen. Zijn die voor het merendeel ongevaccineerd of gevaccineerd? U ziet aan de linkerkant de ziekenhuisopnames. Het merendeel is ongevaccineerd. Voor de ic geldt dat nog wat duidelijker. Dat is het beeld dat je verwacht. Dit is ook het beeld dat we eigenlijk in heel Europa zien. In Ierland is het inmiddels ongeveer 50/50. Ook Engeland en Duitsland gaan daarnaartoe. De vraag is steeds: waar duidt dit dan op? Zijn gevaccineerden dan minder goed beschermd tegen ziekenhuisopname? Het antwoord is nee. Dit is een beetje een vertekening van het beeld. Dat probeer ik op de volgende dia duidelijk te maken. Aan de linkerkant ziet u het aantal ziekenhuisopnames. Ik heb het aantal ziekenhuisopnames van de groep 70-plus in de laatste week even omcirkeld. Dan ziet u dat het groene lijntje zelfs boven het rode lijntje komt. Groen is het aantal dat volledig gevaccineerd is. Rood is, voor de duidelijkheid, niet gevaccineerd. Daar zou je van kunnen denken: hé, wat raar; vaccinatie beschermt niet tegen opname. Maar dat is natuurlijk niet zo. Het gaat erom uit welke pool die personen komen. Dat ziet u aan de rechterkant. Daar wordt het genormaliseerd op incidentiemaat. Dan is het volkomen duidelijk. Voor die 70-plussers is aan de linkerkant wellicht de suggestie: tjonge, daar zit een probleem. Maar zelfs voor die groep ziet u duidelijk dat dat niet zo is. De rode lijn ligt ver boven de groene lijn. Dat komt domweg doordat het aantal gevaccineerden vele malen groter is. Als je hier tien opnames uit hebt, daar tien opnames hebt en tien opnames hebt uit een groep die veel kleiner is, dan is het duidelijk dat de ongevaccineerden in meerderheid naar het ziekenhuis gaan en dat de kans dat je daar als ongevaccineerde komt, vele malen groter is. Op deze manier kom je op de percentages die ik u net heb laten zien, die onverminderd heel erg hoog zijn.

De **voorzitter**:

Heel kort.

Mevrouw **Agema** (PVV):

In de brief van de Minister van vannacht staat dat de heer Van Dissel ons tijdens de presentatie het percentage gevaccineerden op de intensive care gaat geven. Ik zie dat niet.

De heer **Van Dissel**:

Dat ziet u hier.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):

Kunt u de onderliggende cijfers geven van wat hier staat?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, u zou ons een percentage geven. Het was 80%. Gisteravond sprak de Minister over een «overgrote meerderheid». Wat is het percentage gevaccineerden op de ic?

De heer **Van Dissel**:

In het ziekenhuis of op de ic?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik zou beide willen weten, maar vooral de ic.

De heer **Van Dissel**:

Het getal staat hier niet bij, maar u ziet dat, als het 50% zou zijn, die recht naar beneden zou gaan. In het ziekenhuis zal dat, schat ik, ongeveer 55%, 60% zijn in oktober. Op de ic is dat bijna driekwart. Dat kunt u aan deze pie-diagrammen zien.

De **voorzitter**:

Ik wil voorkomen dat we in allerlei vragen gaan komen.

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

Ik heb alleen een verduidelijkende vraag. Dat beloof ik. Zijn dat de registercijfers of is dat op basis van het CIMS, dus op basis van enquête-materiaal? Wij zijn natuurlijk geïnteresseerd in de registercijfers.

De heer **Van Dissel**:

Nee, dit wordt gemeten. We weten van personen die naar het ziekenhuis gaan, of ze wel of niet gevaccineerd zijn. Dat ziet u hier terug.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Wij hebben een controlerende taak. Die kunnen we niet uitvoeren als wij hier uit moeten halen dat het maar 70% is. Het staat duidelijk in de brief: afgelopen donderdag heeft het RIVM die cijfers verzameld. Wij hebben ze nog niet gekregen. De Minister spreekt over «overgrote deel». In de brief staat dat de heer Van Dissel het hier vandaag geeft en nu moeten wij maar gaan verzinnen dat het iets van 70% is. Dat kan toch niet? Wij moeten toch de regering kunnen controleren? Dan moeten we toch een cijfer krijgen van de heer Van Dissel van hoeveel mensen op dit moment op de ic volledig gevaccineerd zijn? Is dat dan 30%?

De heer **Van Dissel**:

Degenen die volledig gevaccineerd zijn zal ongeveer 30% zijn. Ja.

De **voorzitter**:

Waar baseert u dat op? Dat is de vraag.

De heer **Van Dissel**:

Dat ziet u hier rechtsboven. De pie is 100%. U ziet dat het donkergekleurde deel net iets meer is dan een kwart. Dat zal geen 25% zijn, maar als ik het zo zie, schat ik dat dat 30% zal zijn. De rest is ongevaccineerd. Voor de

ziekenhuisopnames ziet u hetzelfde aan de linkerkant. De actuele getallen kunt u hier niet aflezen. Dat begrijp ik best, dus ik zal vragen of we de exacte percentages doorgestuurd krijgen. Maar hier ziet u bijna het hele beloop vanaf de start van de vaccinaties, vanaf april.

**De voorzitter:**

Het is handig dat we die cijfers krijgen voordat we vanmiddag om 14.45 uur starten met het debat.

**De heer Van Dissel:**

Die kan ik u zeker doen toekomen.

**De voorzitter:**

Graag. Tegen de leden: ik wil geen inhoudelijke vragen, alleen nog technische vragen.

**De heer Paternotte (D66):**

Ik had daarstraks een technische vraag, maar u zei dat we dat niet deden.

**De voorzitter:**

Ja, maar dit was even een cruciaal onderdeel omdat de Minister hiernaar heeft verwezen. Alleen op dit punt.

**De heer Omtzigt (Lid Omtzigt):**

Ik ben blij dat we vanmiddag de cijfers krijgen, want de heer Kuipers zei net dat het bij ziekenhuisbedden 80–20 was en ik zie hier 60–40 staan.

**De voorzitter:**

Dat is geen technische vraag. Dat is een opmerking.

**De heer Omtzigt (Lid Omtzigt):**

Dat is inderdaad een opmerking en die opmerking is buitengewoon serieus, want dit gaat tot de kern van wat we hier vragen.

**De voorzitter:**

Maar dat is dan wel even iets ...

**De heer Omtzigt (Lid Omtzigt):**

Ja, daarom wil ik heel precies weten welke cijfers ik krijg. Vergeef mij dat ik een beetje precies daarin ben. Dat komt doordat ik statisticus ben en dit echt wil weten.

**De voorzitter:**

Oké. De heer Van Dissel heeft ...

**De heer Omtzigt (Lid Omtzigt):**

Nee, ik wil heel graag weten op basis van welke data wij straks de gegevens krijgen en over welke week het gaat. Gaat het om de week in oktober of gaat het om de populatie die er nu ligt? Mocht het mogelijk zijn, dan wil ik ook het verloop op een consistent gedefinieerde datum krijgen. Dat kan misschien niet onmiddellijk maar wel de komende weken. Als het even kan, om het duidelijk te maken, wil ik dat inclusief de getallen die u eerder liet zien: hoeveel vermindering levert het vaccin op? Het relatief aantal gevaccineerden is natuurlijk veel groter. Die twee data zouden heel erg helpen in het politieke debat.

**De heer Van Dissel:**

Ik wil mezelf niet herhalen. Uw vraag is helder. Ik zal nagaan hoe snel we dat kunnen leveren. Dat zal zeker voor vanmiddag kunnen. Maar wat u hier ziet, is de uitgerekenende vaccineffectiviteit. Een paar weken eerder lag

die rond de 95%. Die rapporteer ik vanaf juli op 94%. De pies zijn van oktober. Dat is dus de periode oktober. En ik wil benadrukken dat het feit dat u een toename ziet van volledig gevaccineerden, op geen enkele wijze wil zeggen dat de vaccineffectiviteit naar 50% gaat, ook niet als het 50/50 is. Maar goed, dat begrijpt u natuurlijk ook. Deze grafiek geeft in feite het tweede deel van uw vraag weer, namelijk een continu inzicht in wat er wel en niet opgenomen was en wat de vaccinatiestatus was. Dat kunt u in deze grafiek zowel in absolute getallen aan de linkerkant als in incidentie-maatgetallen aan de rechterzijde zien.

**De voorzitter:**

Ik wil vragen om uw presentatie in gezwinde spoed af te maken, zodat we nog inhoudelijke vragen kunnen stellen.

**De heer Paternotte (D66):**

Ik wil graag nog één technische vraag stellen. Is bekend hoeveel ziekenhuisopnamen komen van mensen die een herinfectie hebben, die eerder corona hebben gehad en het later nogmaals krijgen?

**De heer Van Dissel:**

Dat wilt u dan natuurlijk ook precies in maat, maar het aantal herinfecties is buitengewoon klein. Dat kan ik u wel zeggen. Ook daarbij zullen we even nagaan wat we aan getallen hebben.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**De heer Van Dissel:**

Omdat dit een belangrijk punt is, wilde ik u toch even goed meenemen naar deze kaart. Die maakt hopelijk het verschil duidelijk tussen transmissie, besmetting, infectie en dergelijke. Dat zijn namelijk allemaal verschillende dingen waartegen de effectiviteit op verschillende wijze kan worden gemeten. Iemand kan geïnfecteerd zijn. Dan kan hij, zeker als hij in een groepje staat te praten, iedereen in zo'n groepje aanhoesten. Zo iemand wordt dan besmet. Dat betekent niet dat hij per se ook een infectie ontwikkelt. «Infectie» is gedefinieerd als de reactie van het lichaam op de aanwezigheid van een micro-organisme of zijn toxines. Dat betekent dat er een bepaalde immunologische reactie moet zijn, en die treedt gewoon niet altijd op. Soms is zo'n besmetting heel transiënt en passagier aanwezig, maar kun je die wel eventueel vaststellen, bijvoorbeeld met het afnemen van een wattenstaafje. Als die infectie aanleiding geeft tot klachten, dan spreek je van ziekte. Dan wordt het een infectieziekte. Die infectieziekte kan natuurlijk verschillen in ernst en kan wel of niet leiden tot contact met de zorg. We weten van covid dat een belangrijk deel zich onder de medische radar afspeelt. Na contact met zorg kan er al of niet reden zijn tot ziekenhuisopname. Ongeveer een op de vier moet uiteindelijk naar de ic toe.

De vaccineffectiviteit kan je berekenen voor al deze verschillende onderdelen van de infectieketen, of voor de meeste, moet ik eigenlijk zeggen. Daar zal ik u zo ook nog wat van laten zien. We vinden nu dat vaccins voor ongeveer 50% tot 63% – er zijn verschillende methoden – beschermen tegen transmissie, dat ze voor 75% beschermen tegen infectie en voor meer dan 95% tegen ernstige ziekte. Daarbij gaat het om ziekenhuis- en ic-opnames opgeteld. Ik heb u net de actuele getallen van ziekenhuis- en ic-opnames laten zien.

Hoe komen we aan een deel van deze getallen? Er is ook het nodige over in kranten verschenen, omdat uit Engeland bijvoorbeeld een aantal studies zijn gerapporteerd die grofweg dezelfde getallen tonen. Eén van die methoden is dat we naar transmissiepaden kunnen kijken. Dat wil zeggen dat we van personen waarvan we weten dat er een tweede



besmet is geraakt, kunnen kijken wie de index, de bron, van de overdracht was en wie de ontvanger. Dat kunnen we dan categoriseren in wel of niet gevaccineerd. Aan de linker onderzijde ziet u een matrix die alle vier de mogelijkheden toont. De matrix linksonder toont de situatie waarbij de bron niet gevaccineerd is en de ontvanger ook niet. Dan zie je de grootste bollen binnen alle kwadranten. Die bollen zijn rood gekleurd; daar kom ik zo nog even op terug.

Je ziet dat een transmissie ook weleens van een gevaccineerde bron naar een gevaccineerde ontvanger gaat, en natuurlijk ook weleens naar een ongevaccineerde ontvanger. De verschillen die je kan berekenen binnen het kwadrant «gevaccineerd versus ongevaccineerd», kunnen een maat geven voor de mate waarin vaccinatie transmissie remt. Dat zal ik u zo laten zien. Maar de conclusie van die hele matrix van oktober – die hebben we ook van andere maanden; die heb ik hier al eerder laten zien – is dat de meeste transmissieparen in het kwadrant «ongevaccineerd» liggen, dat de vaccineffectiviteit tegen infectie ongeveer 75% is en dat de effectiviteit in het voorkomen van transmissie, mogelijk secundair aan seizoenseffecten, van ongeveer 75% gedaald is naar 50%.

In de grafiek rechtsboven ziet u voor het aantal meldingen weergegeven hoeveel personen niet gevaccineerd waren – dat zijn de lichtblauwe – hoeveel personen niet volledig gevaccineerd waren en dus nog in het vaccinatieproces zaten, en hoeveel personen wel gevaccineerd waren, de donkerblauwe. Ook hier ziet u dat het overgrote deel van de meldingen in de maand oktober mensen betrof die niet of nog onvoldoende gevaccineerd waren.

Wat kunnen we verder bepalen? Dat ziet u in de volgende grafiek weergegeven. We weten wat de ontwikkeling in de tijd is van de vaccinatiegraad onder de totale populatie. Dat wil zeggen dat we niet op de 80%-plusgetallen komen die voor 12-plus en 18-plus gelden; dit is voor de totale populatie uitgezet. Dan kom je op ongeveer 70% uit. Dat ziet u aan de bruine lijn. We hebben ook aangegeven bij welk deel van alle meldingen men wel of niet gevaccineerd was, maar ook wanneer de bron gevaccineerd was. U ziet dat de bronlijn de onderste is. Wat kan je opmaken uit het feit dat al die lijnen niet op de lijn van de volledig gevaccineerden ligt? De volledig gevaccineerden maken natuurlijk het grootste deel van de bevolking uit, 70%. Ze worden minder vaak geïnfecteerd, want anders zou die lijn gewoon op de bruine lijn liggen. Omdat de paarse lijn daar nog onder ligt, is het zo dat als iemand gevaccineerd is, hij minder vaak de index, de bron, is in een transmissiepaar dan wanneer hij dat niet is. Op basis daarvan kun je de transmissie-effecten berekenen. Dat heb ik op de vorige slide ook getoond, en dat ziet u opnieuw aan de getallen rechtsonder.

Ik wil u kort meenemen in de modellering. Ik heb net al benoemd dat we bij het reproductiegetal zien dat we zo rond de 1,2 en 1,25 zitten. Het laatste getal dat we daarvan hebben, van pakweg twee weken terug, toont dat ook. Op de korte termijn zien we een stijgend beeld. Maar als we niks zouden doen, zien we dat ook op de langere termijn. Dat is reden om daartoe op te roepen en te adviseren.

Dan komen we bij de berekening van het reproductiegetal. We kijken in dit geval naar het aantal meldingen. Je kan er dan van uitgaan dat iemand dus een bepaalde tijd van tevoren besmet is geraakt. Daaruit kan je dan berekenen wat het reproductiegetal is. U ziet dat dit rond de 1,2 ligt. Voor de ziekenhuizen en de ic's ligt het zelfs ietsje lager.

We hebben twee manieren om korte- en langeretermijnvoorspellingen te maken voor ziekenhuis- en ic-opnames. Die wilde ik u laten zien. Allereerst kunnen we kijken naar het aantal meldingen dat er op dit moment is geweest, bijvoorbeeld in de afgelopen week. We weten dat een bepaald percentage daarvan, afhankelijk van leeftijdscohort, naar het ziekenhuis gaat. Dat ziet u op deze slide weergegeven voor de getallen van de afgelopen periode. Dan zie je dat de jongere groepen eigenlijk nooit in het

ziekenhuis geraken, en de meer oudere groep wel. Aan de rechterzijde ziet u eigenlijk hetzelfde voor de ic.

Omdat je die overdrachtsfunctie van melding naar ziekenhuis en uiteindelijk ic kent, kun je op grond van het huidige aantal meldingen dus ook berekenen wat de verwachting is voor de komende week. Dat ziet u hier op deze slide weergegeven. De zwarte dots zijn de actuele getallen. Dat zijn dus gewoon de gerealiseerde getallen per dag uit de NICE-database met betrekking tot ziekenhuisopnames en ic-opnames. In de blauwe lijn doorgetrokken ziet u de regressievoorspelling op grond van de meldingen die we nu al hebben gehad. U ziet dat het in beide gevallen oploopt. Dit geldt voor de opnames, dus de verwachting: waar gaan we naartoe met betrekking tot het dagelijkse aantal opnames? En u ziet dat het aantal opnames in de verwachting van dit model duidelijk gaat stijgen de komende week, anderhalve week. En daar wil je dus wat aan doen. De tweede manier om de voorspellingen te doen, is op grond van een infectiemodel. Een infectiemodel gaat als onderliggende theorie uit van een contactmatrix. We weten voor verschillende leeftijden hoeveel contact ze hebben en met wie. Contacten zijn bepalend voor de overdracht van het virus. Contacten hebben drie kenmerken: een frequentie oftewel hoe vaak treden ze op, hoe intensief zijn ze en hoelang duren ze? Die drie parameters bepalen hoe vaak een infectie wordt overdragen. Dat kan je voor de populatie berekenen. Dat is wat u op deze slide ziet. Omdat je natuurlijk moet corrigeren voor bijvoorbeeld gedragsaspecten, voor wat er ook reëel gebeurt, wordt dat model elke week gefit op de actuele data. U ziet hier opnieuw in de zwarte bollen de actuele data tot afgelopen vrijdag. En u ziet de verschillende lijnen weergegeven. In blauw als er niks zou veranderen. In paars als we erin slagen om het aantal contacten terug te brengen. En in groen en bruin, denk ik, wat er gebeurt als de contacten toenemen. U ziet de lijnen; dat is de mediaan. Dat is dus de grens van ongeveer 50% van de verwachting. 50% zit daar dus onder. Maar voor de duidelijkheid: 50% zit daar ook boven. De bredere banden rond de lijnen geven het onzekerheidspercentage, dat nog steeds wat betreft statistiek past binnen de voorspelling. U ziet dat die voorspellingen omhooglopen, en dat deze wat betreft onzekerheid toch behoorlijk wat uitwaaieren. Dit zijn voor ons allemaal redenen om aan te geven dat er kans is dat er een behoorlijk aantal ziekenhuis- en ic-opnames gaan volgen. Dus het advies is om wat dat betreft actie te ondernemen om de contacten terug te brengen.

U ziet op deze slide aan de linkerkant de ic-opnames en aan de rechterzijde de bedbezetting van de ic. Dat zal ongetwijfeld ongeveer overeenkomen met wat de vorige sprekers u hebben verteld. Datzelfde kunnen we berekenen voor de ziekenhuisopnames. Dat ziet u op deze slide weergegeven. U ziet ook opnieuw de mogelijkheid van een forse toename, en ook de mogelijkheid om het getal nog terug te brengen als we erin slagen om het aantal contacten terug te brengen. Maar er is toch ook wel een brede onzekerheidsband, waardoor we domweg niet kunnen zeggen waar we precies uit gaan komen.

Op die onzekerheid kan je ook weer modelleren om te zien wat de bepalende factoren zijn die maken dat het zo kan uitwaaieren. Dat noemen we sensitiviteitsanalyses. Wat er dan gebeurt, is dat er kleine veranderingen worden gemaakt in bijvoorbeeld vaccineffectiviteit of in toename of afname van het aantal contacten. Daar ziet u hier een aantal grafieken van. Ik zal ze niet allemaal doornemen, want dat heeft geen zin. Maar het belangrijkste wat ik hiermee wil laten zien, is het volgende. De roze lijn die getrokken is in die specifieke situatie en de uitwaaiering rondom die roze lijn, als nog steeds mogelijk binnen de onzekerheidsgrenzen, kan behoorlijk groot worden. We kunnen vele parameters identificeren die maken dat een kleine verandering in de parameter een groot effect heeft op de uitkomst. Dat maakt dat de voorspellingen op dit moment gewoon onzeker zijn. Je wilt dan het zekere voor het onzekere nemen.

De meeste dingen op deze slide heb ik al samengevat, dus daar zal ik aan voorbijgaan. Wat is dan de kern van het OMT-advies? De kern van het OMT-advies is domweg: breng de contacten terug. Contacten zijn immers verantwoordelijk voor de overdracht van het virus. De basisregels zijn eigenlijk het belangrijkste, omdat deze voor bronisolutie zorgen. De basisregel is gewoon: blijf thuis als je klachten hebt. Het is een beetje wrang dat die regel eigenlijk maar heel beperkt wordt nageleefd, of in onze ogen in ieder geval onvoldoende. We zouden graag zien dat de opvolging veel beter is. Het opvolgen van basisregels maakt namelijk ook dat je een heleboel regels niet of minder intens hoeft te maken. Denk aan regels die vaak van collectieve aard zijn, die veel gedetailleerder zijn en die verder op de weg zijn. Dat is eigenlijk wat hier staat.

Op de andere dia's kan ik ingaan als er vragen over zijn. Ik ga stoppen met te zeggen: uiteindelijk is het advies dus om opvolging te geven aan de basisregels. Dat is echt gewoon geweldig belangrijk. Iemand die klachten heeft en gevaccineerd is, moet zich ook laten testen. Maar als diegene negatief test, dan zal hij misschien een rhinovirus-, metapneumovirus- of adenovirusinfectie hebben. Het doet er niet toe. Ook dan moet je natuurlijk gewoon thuisblijven. Stel, je zegt: ik heb geen corona, dus ik kan voor die 50% naar mijn werk toe. Dan krijg je op het werk verspreiding, zeker van zo'n rhinovirus. Dan krijg je opnieuw dat iemand zich moet laten testen, en opnieuw een soort cascade. Wat je natuurlijk eigenlijk wil, is rust in de tent. Als personen klachten hebben, is het volgende heel belangrijk. Blijf gewoon thuis tot de klachten weg zijn. Laat je uiteraard testen en volg de coronaregels van de GGD op. Dat zijn gewoon hele belangrijke regels die we allemaal kunnen opvolgen en die niet heel erg ingrijpend zijn. We zijn ziek, dus we blijven thuis.

Dan hebben we de andere regels. Handen wassen is natuurlijk van belang. Soms gaat het via contact of via objecten. De afstand bewaren is een regel die eigenlijk ook nooit weg is geweest, maar die een tijd niet meer verplicht was. Dat zijn allemaal manieren om de overdracht op een hele simpele wijze terug te brengen. Maar we zien gewoon aan de opvolging hoe ingewikkeld dat is. Dat kan iedereen begrijpen. Maar het is toch buitengewoon belangrijk om deze regels te volgen. Daar wil ik het bij laten.

**De voorzitter:**

Fijn, dank u wel. Ik ga heel snel vraag-antwoord doen. Meneer Paternotte.

**De heer Paternotte (D66):**

Ik zou twee vragen willen stellen als dat kan. De eerste is...

**De voorzitter:**

Nee, we beginnen met één vraag, sorry.

**De heer Paternotte (D66):**

Dan doe ik de tweede vraag in de tweede ronde. De eerste vraag gaat over de coronatoegangsbewijzen. Die zijn een belangrijk instrument, ook in het OMT-advies, om te voorkomen dat je maatregelen moet nemen die voor iedereen weer allerlei belemmeringen opwerpen. Nu hebben we van de zomer met de discopiek natuurlijk gezien dat het heel snel kan gaan in sommige risicovolle settings. De cijfers van Amsterdam Dance Event kwamen naar buiten: 1.000 besmettingen onder 300.000 bezoekers. Dat is dus zo'n 0,29%, zei de burgemeester. De vraag is hoe je dat dan duidt, want het is natuurlijk een stuk minder dan bij de discopiek, maar het zijn wel 1.000 besmettingen. Is dat wat u betreft een bewijs dat het coronatoegangsbewijs werkt of is het eerder een zorg? Ik ga er hierbij van uit dat er natuurlijk goed gehandhaafd is.

**De heer Van Dissel:**

1.000 op 300.000 is ongeveer – wat is het? – 0,29%. Daar kun je verschillende dingen over zeggen. Allereerst: klopt die 1.000? We weten natuurlijk niet of dat inclusief alles is, maar laten we ervan uitgaan dat dat zo is. Dan zou de incidentie daarna dus 0,29% zijn. Als we kijken naar personen die zich laten testen via testen voor toegang, dan komen we ongeveer op 0,5% uit. Dan zou je dus zeggen dat het werkt of heeft gewerkt in deze setting, of dat het getal er in ieder geval niet op duidt dat het niet gewerkt heeft. We zitten dus lager dan wanneer je willekeurig test.

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

Allereerst, zou u de cijfers die we krijgen, ook kunnen uitsplitsen naar de leeftijdsgroepen? Dat ten eerste. Dat is gewoon een opmerking. Ik wil graag nu mijn vraag stellen. Nee, dat is niet smokkelen, want jullie deden dat net ook. Ik heb een vraag over pagina 27 met de scenario's met betrekking tot het aantal bezette ic-bedden. Er zijn 1,8 miljoen mensen niet gevaccineerd. Op pagina 4 zien we dat 0,24% op de ic kan komen. Dat zijn 4.500 mensen, maar waarschijnlijk zijn het er veel minder, omdat heel veel mensen al covid hebben gehad. De kans dat al die 1,8 miljoen op hetzelfde moment besmet raken, is nihil. Wat is dus bij een normale propagatie van de infectie door deze groep de maximale druk op de ic's? Klopt deze grafiek dan of zitten hier ook weer de gevaccineerden bij die ook op de ic komen?

De heer **Van Dissel**:

Het antwoord is: dit is heel Nederland. In de modellering maken we natuurlijk gebruik van het feit dat vaccinatie beschermt tegen infectie en tegen ziekenhuisopnames, maar de getallen die u ziet, betreffen zowel de ongevaccineerden als de gevaccineerden.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):

Dank voor de snelle en volledige toelichting. Ik heb een vraag over de laatste slide. Daarop staat: voor sportbeoefening, met name voor binnensport, geldt de uitbreiding van de toepassing van het coronatoegangsbewijs. Er is grote onrust, vooral onder heel veel buitensporters. Waarom heeft u de woorden «met name» daar neergezet? Want een gemiddelde voetbalvereniging snapt op dit moment niet helemaal wat hier gebeurt. Kunt u die woorden «met name» duiden?

De heer **Van Dissel**:

Ik kan de woorden «met name» duiden, maar het besluit laat ik over aan degenen die besluiten nemen. In het OMT vonden wij het belangrijk dat het aantal contacten wordt teruggebracht. U heeft kunnen zien dat we dat eigenlijk heel breed insteken. We weten natuurlijk uit het verleden dat bijvoorbeeld bij buitensporten de risico's veel kleiner zijn dan bij binnensporten. We weten dat de sportkantine wel risico geeft. Vandaar de woorden «met name». Dat biedt voor het beleid wellicht mogelijkheden, maar wij denken dat in ieder geval alles wat binnen gebeurt, eronder zou moeten vallen. Er kunnen een heleboel andere redenen zijn om dat natuurlijk breder te doen, maar die waren niet aan ons.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ik heb een vraag voor mevrouw Van Blankers over de vaccinatie. Ik zie dat een aantal opties gekozen wordt om mensen te bereiken. Ik denk dat mensen die nog niet gevaccineerd zijn, bijvoorbeeld samenkomen op de plekken voor testen voor toegang. Wordt daar nog naar gekeken? We zien ook dat, met name bij ouderen, de vaccinatiegraad toch nog wat lager ligt dan in Denemarken. De afstanden naar priklocaties zijn soms best wel groot. Zou daar niet méér naar de thuissituatie gegaan moeten worden om te prikken?

Mevrouw **Van Blankers**:

Als antwoord op uw eerste vraag: ik heb volgens mij aangegeven dat we juist naar testen voor toegang aan het kijken zijn of we die locaties in ieder geval kunnen gebruiken voor informatieverstrekking, maar ook of we vaccinatiebussen dichtbij kunnen zetten, zodat er bij een negatieve test meteen gevaccineerd zou kunnen worden. Daar wordt nu op ingezet. Dan uw tweede vraag over het meer inzetten op vaccineren bij mensen thuis. Ik denk dat dat een ondoenlijke situatie is voor de GGD. We doen dat namelijk al bij mensen die niet mobiel zijn. De groepen die niet mobiel zijn en niet naar de GGD toe kunnen komen, worden thuis geprikt. Dat is een enorme logistieke operatie. Ik denk dat de toegangsplekken voor vaccinatie, dus de vaccinatiebussen, de pop-uplocaties, in principe voldoende zouden moeten zijn om alle groepen te bereiken.

De heer **Hijink** (SP):

Ik zou een vraag aan de heer Van Dissel willen stellen. Mij viel in het OMT-advies op dat het OMT over toegangsbewijzen die overwogen worden voor de zorg en de werksituatie, eigenlijk zegt: als je je aan de basismaatregelen zou houden, zou dat vele malen effectiever zijn dan een toegangsbewijs hanteren, met name op het werk. Werk bijvoorbeeld thuis, blijf thuis bij klachten et cetera. Kan de heer Van Dissel dat bevestigen? Is hij het er ook mee eens dat het in het gedrag misschien wel zo zou kunnen zijn dat als mensen eenmaal zo'n QR-code hebben, ze dat toch een beetje zien als een soort bewijs van toegang tot vrijheid en dat daarmee juist het effect wordt bereikt dat men zich minder aan die basismaatregelen gaat houden?

De heer **Van Dissel**:

Dat zijn twee vragen.

De **voorzitter**:

Ja, hij smokkelt. Maar goed, één heel kort pakkend antwoord.

De heer **Van Dissel**:

Wij verwachten dat de basisregels, mits goed opvolging gegeven, het aantal besmettingen fors omlaag brengen. Ik heb hier eerder, ook in uw aanwezigheid, dacht ik, een keer het model laten zien – dat gaat al wel enige tijd terug, want dat was met de variant vóór de Deltavariant, die wel besmettelijker is – waarbij we hadden voorgerekend dat het aanhouden van de basisregels meer dan nu, maar zelfs niet helemaal perfect, de R-waarde onder de 1 bracht. Dat durven we nu met de toename van de besmettelijkheid niet meer te zeggen, maar we weten wel dat het een zeer fors effect zal hebben. Dat betekent dat de hiërarchie – dat vindt u ook terug in de brief – er duidelijk in zit. Vaccinatie is natuurlijk iets wat, als stip aan de horizon, uiteindelijk de boel vrij moet trekken. Als we ons nou aan de basisregels zouden kunnen houden en iedereen zich wat dat betreft mede-eigenaar van het probleem voelt, dan zou dat geweldig helpen. Dat was het eerste.

Dan de tweede vraag die u stelde, betreffende het CTB. Zou dat een vals gevoel van veiligheid kunnen geven? Ja, op zich heeft u daar natuurlijk een punt, want we kennen infecties onder personen die gevaccineerd zijn. Die vinden we ook terug. Dat heb ik u ook laten zien. Zo iemand kan natuurlijk in feite een groen CTB laten zien, omdat dat verwijst naar de vaccinatiestatus. Ik denk dat ook hier weer geldt: jongens, wees nou verantwoordelijk naar jezelf en naar anderen toe. Als je merkt dat je klachten hebt, ook al heb je zo'n QR-code, laat je dan toch testen en wacht gewoon af wat uit de test komt. Daarmee voorkom je toch ook weer een belangrijk deel van dit probleem.

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

Ik heb een vraag aan meneer Van Dissel. Wederom veel dank voor de heldere presentatie. Ik wil graag terugkomen op sheet 15. Daarop is uitgewerkt wat de effecten zijn in de grote steden en de Biblebelt. We hebben van mevrouw Van Blankers begrepen dat het bij de Biblebelt om ongeveer 12% gaat en bij mensen met een migratieachtergrond tegen de 40%. Ik vroeg me af of meneer Van Dissel ook in staat is om een vergelijkbare grafiek te geven als die op pagina 15 staat, maar dan over mensen met een migratieachtergrond.

**De heer Van Dissel:**

Ik denk dat we dat laatste domweg niet in detail hebben. U moet zich wel realiseren dat dit als het ware een statische opname is van het aantal ziekenhuisopnames. In het gebied van de Bijbelgordel bedraagt het ongeveer 11% à 12%. Dat is niet het hele verhaal, want het gaat er ook om wat de verbindingen zijn tussen die verschillende gebiedjes. Als men in bepaalde gebieden op grond van de religieuze achtergrond ervoor kiest om naar bepaalde middelbare scholen te gaan waarop kinderen uit verschillende van die gebieden samenkomen, dan krijg je een netwerk dat het in potentie mogelijk maakt om het ene gebied via die school met het andere gebied te verbinden. Dat geldt niet per se voor de grote steden. Dit is een momentopname. Ik denk dat die juist is en aantoon dat daar meer gevallen zijn. De grote steden zijn hier natuurlijk samen genomen. Als je heel erg op wijkniveau zou inzoomen, zou je misschien ook zien dat ze hoger zitten ten opzichte van de rest van de stad. Dat verwacht je wel. Maar dit is een statisch beeld, waarbij je ook moet denken aan de onderlinge contacten, die soms maken dat je een heel snelle verspreiding kunt zien op verschillende plekken in Nederland. Dat is een beetje wat ik probeerde over te brengen met betrekking tot dit model. Je kunt dat gewoon niet in een model zetten.

**De voorzitter:**

De heer Wassenberg.

**De heer Wassenberg (PvdD):**

Dank, voorzitter. Ik dank de heer Van Dissel en mevrouw Van Blankers voor hun heldere presentaties. Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel. Hij zei in de laatste woorden van zijn presentatie – ik paraphraseer het even – dat de belangrijkste boodschap is om het aantal contacten terug te brengen. Ik wil iets vragen over die contacten en over de besmettingen. Ik ga daarvoor met uw goedvinden terug naar pagina 11 van de presentatie. Die gaat over het bron- en contactonderzoek. Van de kleine 300.000 bekende gevallen sinds 2 augustus, weten we van een kleine 40%, ruim 100.000 gevallen, wat de bron is. Daar ga ik eventjes op in. Als ik kijk naar reizen, vakanties en vluchten, kom ik alles bij elkaar op 5.000 besmettingen. Dat is bijna 5% van het geheel. Tot de horeca is 3,1% te herleiden, maar daar komen strengere maatregelen voor. Zou het niet ook belangrijk zijn om maatregelen te nemen voor vakantievluchten om zo de besmettingen terug te brengen? Want dat zou zomaar eens het topje van de ijsberg kunnen zijn.

**De heer Van Dissel:**

Juist. U geeft terecht aan dat wij niet van iedereen weten wat de setting is. U ziet voor een deel wat men wil vertellen en wat men zich kan herinneren. Dat is overigens ongeveer een derde, 32,1%. Van die 32,1% geeft bijna 56% in de afgelopen week aan dat het in de thuissituatie was...

**De heer Wassenberg (PvdD):**

Voorzitter, één opmerking. Die 32,1% is van de afgelopen week, maar ik had het expliciet over de periode vanaf 2 augustus en dan kom je op 38%.



De heer **Van Dissel**:

Oké, prima. Ik was even van de laatste uitgegaan. U heeft daar gelijk in. Je moet dit beschouwen als een hopelijk goede representatieve indruk, maar dat weten we natuurlijk niet zeker. Wat dat betreft heeft u volkomen gelijk. U keek naar het percentage 3,1 en 3,8 voor de horeca. Je moet je realiseren dat ongeveer 56% binnen huishoudens plaatsvindt. Dat is toch een andere setting. Misschien zou je die erbuiten moeten laten. Dan geldt die 100% voor de rest. De 3,1 of 3,8 die u aanwees, moet je wat mij betreft met twee vermenigvuldigen omdat het erom gaat of een besmetting het huishouden wordt ingebracht. Binnen het huishouden zul je gemakkelijk een verspreiding naar de kinderen of de echtgenoot krijgen. Dat is een hele andere setting dan de setting waarin je het oppikte om het vervolgens naar het huishouden te brengen. De getallen die u ziet, moeten we misschien de volgende keer opsplitsen. Dat is één. Twee. De clustergrootte wordt hier niet in meegenomen. Daar heb ik ook al iets over gezegd. Die verschilt per setting. Soms gaat het er maar om één, maar soms zijn het echt veel grotere clusters. Dan is de uiteindelijke bijdrage natuurlijk ook weer groter. Wat betreft de reizen, die 4%: daar heeft u gelijk in. Dat is inderdaad een bron. Daar zijn natuurlijk maatregelen voor genomen, zowel het CTB als de mondneusmaskers, ook in de vertrekhallen van vluchten. De wijze waarop u ingrijpt, zijn natuurlijk keuzes die u uiteindelijk maakt.

De **voorzitter**:

Ik snap dat het onbevredigend is, maar ik ga door naar mevrouw Gündoğan.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Ik wil nog één verhelderende vraag stellen, want de heer Van Dissel...

De **voorzitter**:

Nee, sorry. Ik ga door naar mevrouw Gündoğan, want ik zie ons in tijdnood komen. Sorry. Mevrouw Gündoğan van Volt.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel. We zien dat dit virus exponentieel groeit en dat vanaf begin oktober de besmettingen en de positieve testen per 100.000 inwoners fors toenemen. Uit mijn blote hoofd waren het er vorige week nog 200 per 100.000 en nu zitten we al op 330 per 100.000. Waarom zijn we niet al begin oktober meteen gaan ingrijpen en grijpen we pas nu in?

De heer **Van Dissel**:

De vraag is of u die vraag aan mij moet stellen. We zien allemaal dat de getallen toenemen. Wanneer ga je ingrijpen? De urgentie voelen we nu allemaal, omdat het doorsteeg. Maar het hangt natuurlijk ook heel erg samen met de doelen die je stelt en wat je binnen die doelen toelaat. Dat maakt op een gegeven moment dat je gaat voorspellen dat het buiten die doelen gaat treden, zodat je interventies pleegt.

De **voorzitter**:

Een vraag aan de politiek, geeft u eigenlijk aan. Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik begrijp dat op dit moment op de intensive care vooral mensen liggen die tussen de 65 en de 75 jaar zijn, vaak overgewicht hebben, vaak allochtoon zijn en, zoals we zojuist hebben gezien, best wel vaak volledig gevaccineerd zijn. Ik begrijp dat er maatregelen worden genomen om het aantal besmettingen in te dammen, want daarmee kun je het aantal ziekenhuisopnames en ic-opnames terugdringen. Dat is natuurlijk relevant



om ervoor te kunnen zorgen dat de reguliere zorg kan doorgaan. Wat ik niet goed begrijp, is dat een van die maatregelen het uitbreiden van de QR-code is naar scholen, sportverenigingen en zelfs buitenterrassen en dat die maatregelen zich dus vooral richten op jongeren en gezonde jonge mensen. Ik zie daar eigenlijk de logica niet van in. Zou de heer Van Dissel de wetenschappelijke zinnigheid van deze maatregelen kunnen toelichten?

**De heer Van Dissel:**

U heeft gelijk dat jongeren in veel mindere mate gebruikmaken van de zorg, maar kijk naar het verloop. Het waren aanvankelijk jongeren; ik verwijs naar de vraag die zojuist is gesteld. Toen was de toename met name onder jongeren en kon je argumenteren: «We moeten zien waar dat naartoe gaat. De herfstvakantie komt eraan. Dat heeft over het algemeen een dempend effect.» Momenteel zien we dat het zich naar alle leeftijden uitbreidt. De jongeren speelden daar wel degelijk een rol in, mede als bron van besmettingen. Ik denk dat dat echt het antwoord is. Je kan momenteel niet een specifieke groep eruit halen waardoor de besmettingen bij de kwetsbare groepen zonder meer wegvallen.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik vind dit geen verklaring, jammer. Ik had mijn vraag uit de eerste ronde bewaard voor de tweede ronde. Ik zou ook naar aanleiding van pagina 11 van de sheets de volgende vraag willen stellen. Kijk naar bezoek in de thuissituatie, de thuissituatie zelf, het verpleeghuis, de borrel, de verjaardag en woonvoorzieningen voor mensen met een beperking. We zien dat maar liefst zo'n 85% van de besmettingen in een of andere thuissetting plaatsvindt. Waarom wordt daar niet op ingezet? Op de sheet waar we al een poosje naar zitten te kijken, staat als laatste een of ander icoontje. Ik denk dat het een ventilatierooster moet voorstellen. Er staat nog een of ander idioot pijltje bij. Waarom is het zo moeilijk om te zeggen: ja, en ventilatie; ja, we gaan ook... Waarom is het zo moeilijk om een campagne te starten waarbij de ventilatie vol in de aandacht komt te staan om direct iets te doen aan de besmettingen in de thuissituaties?

**De heer Van Dissel:**

Besmettingen in de thuissituaties treden op. Die zijn voor meer dan 55% verantwoordelijk voor de overdracht, zoals we in het bron- en contactonderzoek oppikken. Binnen de thuissituatie wordt over het algemeen geen afstand gehouden. Ventilatie is een onderwerp dat wij al na de eerste golf in april of zo ter sprake hebben gebracht. Hoe uiteindelijk daar de uitwerking van is, is niet aan de adviseurs. Ik weet niet wat dat plaatje betekent. Ik heb het overgenomen.

**De voorzitter:**

Het zal een ventilator zijn. Daar gaan we...

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik begrijp dat de heer Van Dissel niet weet wat dat plaatje daar betekent. Hoe moeten de mensen thuis dat dan weten?

**De voorzitter:**

We gaan er nu geen discussie over starten.

**De heer Van Dissel:**

We moeten niet flauw zijn. Natuurlijk verwijst dat naar ventilatie...

**De voorzitter:**

Meneer Van Dissel, ik ga u vragen om daar niet op in te gaan. Mocht het iets anders zijn dan een ventilator, dan horen we dat graag voor 14.45 uur.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het is toch heel relevant dat onze deskundige hier niet weet wat dat rare plaatje betekent?

De **voorzitter**:

Dat heeft u gememoreerd. Mocht het iets anders zijn dan een ventilator, dan horen we dat graag vanmiddag voor 14.45 uur. Dat geldt ook voor de mensen die de cijfers moeten aanleveren. Straks om 14.45 uur, voor het debat, moeten we die hebben. De heer Van Houwelingen, uw vraag.

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

Een korte vraag. Een tijdje geleden zei de Minister het volgende in een debat: «Toegangstesten op een terras slaat nergens op. Dat gaan we niet doen.» Klopt het wat de Minister hier zei, medisch gezien?

De heer **Van Dissel**:

Wij stellen dat contacten moeten worden teruggebracht en dat terrassen daar wat ons betreft onder vallen. Nu het weer verandert, zie je dat terrassen bijna tot de binnenruimte worden getrokken met overkappingen en met verwarmingsapparaten, waardoor de vergelijking met het midzomer op een terras zitten een totale andere is. U heeft in het advies kunnen zien dat wij adviseren om ook daar die toegangscode toe te laten.

De **voorzitter**:

Mevrouw Bikker.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank aan de heer Van Dissel en mevrouw Van Blankers voor de presentaties. Eerlijk gezegd ben ik niet gerust geworden naar aanleiding van de bladzijden 27 en 28 over de langetermijnbogen. Ik zie daar eigenlijk heel veel onzekerheid in. Dat maakt dat ik de volgende vraag stel. Moeten we, gecombineerd met de bevinding dat 50% transmissie ook voorkomt door gevaccineerden, niet nog veel meer gaan inzetten op testen om juist die onzekerheid uit deze grafieken en daarmee uit de komende maanden te halen? Anders vrees ik dat de samenvatting, die ik heel graag zou omarmen, zo ingewikkeld wordt. Maar misschien zie ik dit pessimistisch. Ik ben heel benieuwd hoe de heer Van Dissel de rol van veel meer testen ziet, juist ook als hij ziet wat de transmissie is door gevaccineerden.

De heer **Van Dissel**:

Testen is natuurlijk belangrijk, maar ook dan moet je je realiseren wat de mate van opvolging is die eraan gegeven wordt. Die is ook niet goed. Ik kan wel zeggen dat ik veel meer wil testen, maar het gaat erom dat mensen met klachten zich laten testen en zich melden. Dat blijkt al – wat was het? – 50% of iets dergelijks te zijn. Wat ons betreft gaat het uiteindelijk om de combinatie van alles, waarbij de basisregels, waaronder testen als je klachten hebt, en het opvolgen daarvan de meest essentiële onderdelen zijn.

De **voorzitter**:

Mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank voor de presentaties. Mevrouw Van Blankers zei, en dat snap ik heel goed: we waren bij het RIVM al eerder bezig om na te denken over de boosterprik. We hebben gezien dat er een grote voorspellende waarde van de cijfers is. We weten ook dat het een enorme logistiek is. Maar waarom dan toch pas zo laat het besluit genomen om die boosterprik te gaan geven? Misschien heb ik het gemist. Is het zo dat de groep ouderen...

**De voorzitter:**  
Dit was één vraag.

**Mevrouw Van Blankers:**

Zo laat het besluit, dat ligt natuurlijk niet bij ons. Juist vanwege de toenemende besmettingen heeft de Minister aan de Gezondheidsraad gevraagd om eerder een advies uit te brengen. Dat advies is gisteren pas gepubliceerd. Natuurlijk waren wij wel aan het nadenken over: hoe ga je dit doen? Maar om die logistieke operatie goed te kunnen organiseren, doen we dat samen met de GGD. De GGD moet in principe die locaties openstellen en het inregelen in hun systemen. Dat duurt eventjes. Iedereen moet er klaar voor zijn om vanaf 6 december... We waren eerst van plan om pas na de jaarwisseling te starten, als het nodig zou zijn. Er moest dus al een enorme versnelling doorgemaakt worden. Die versnelling is eigenlijk meer dan een maand, dus we zijn de GGD heel dankbaar dat ze 6 december al kunnen starten.

**De voorzitter:**

Mevrouw Westerveld van GroenLinks. Fijn dat u er bent.

**Mevrouw Westerveld (GroenLinks):**

Dank, voorzitter. Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel. Zowel in de OMT-stukken die we vannacht kregen met een heel aantal andere stukken als in de presentatie net zien of lezen we dat de bijdrage van het coronatoegangsbewijs onzeker is. Toch ligt dat nadrukkelijk in de gereedschapskist om het aantal besmettingen in de winter te laten afnemen. Het wordt zelfs uitgebreid naar buitenlocaties en amateursport, waar de transmissie heel erg laag is. Dat zien we ook in de presentatie. In het voorjaar hebben we verschillende fieldlabonderzoeken gehad naar het testen, dus daar weten we veel van af, maar van het coronatoegangsbewijs eigenlijk nog heel weinig. Ik wil de heer Van Dissel het volgende vragen. Zou er niet meer onderzoek gedaan moeten worden naar de effectiviteit en de proportionaliteit voordat de coronatoegangsbewijzen nog verder uitgebreid worden?

**De heer Van Dissel:**

Dank u voor de vraag. Voor de duidelijkheid: de hiërarchie van maatregelen, met name het coronatestbewijs, komt voort uit de fieldlabs. Als u een laatste rapportage openslaat, dan staat er zelfs een hele rij in van wat de werkzaamheid is van de verschillende typen testen die je kan toepassen, waaronder het coronatestbewijs. We weten daar dus behoorlijk wat van. Uiteindelijk gaat het erom of we de contacten, die natuurlijk toch plaatsvinden – daar zit een gradatie in wat betreft de setting – nog veiliger kunnen doen plaatsvinden. Juist uit de fieldlabs volgt dat dat kan door zo'n coronatestbewijs.

**De voorzitter:**

Kort.

**Mevrouw Westerveld (GroenLinks):**

Dit is wel cruciaal. Bij de fieldlabonderzoeken hadden we de deltavariant nog niet. We weten er ook steeds meer over dat vaccinatie niet voorkomt dat je anderen besmet. De omstandigheden zijn gewoon gewijzigd. Vandaar dat ik het niet helemaal terecht vind om die fieldlabonderzoeken met het huidige coronatoegangsbewijs te vergelijken.

**De heer Van Dissel:**

Daar heeft u een terecht punt, want dat klopt. Die fieldlabexperimenten zijn eerder uitgevoerd en toen was delta nog niet heel belangrijk. Tegelijkertijd hebben we natuurlijk ook informatie uit het buitenland. We

hebben ook de informatie uit de verschillende testsituaties in Nederland waar we zelf berekeningen mee hebben gedaan. Ik geloof dat u die in de vorige of de voorvorige OMT-brief kan terugvinden. Daar is dus behoorlijk op gerekend.

Misschien nog een enkele opmerking over wat je leest, met name gebaseerd op PCR-testen, over het positief zijn na vaccinatie. Er stond bijvoorbeeld weer een stuk in de krant over een Engels onderzoek van afgelopen week dat zich leek te vertalen naar een bepaalde transmissie die terugloopt, die voor de duidelijkheid nog steeds wel terugdrukt en het anders maakt dan bij ongevaccineerden. De meeste van die onderzoeken zijn gebaseerd op PCR-testen. PCR-testen zijn zeer bruikbaar, maar het gaat er uiteindelijk om of het virusdeeltjes zijn die iemand anders ziek kunnen maken. Met andere woorden, je spreekt niet van «levend» bij een virus, maar eigenlijk is het daar de afgeleide van. Het Nederlandse onderzoek heeft juist weer duidelijk gemaakt – Erasmus/Nijmegen, ik kan u de referentie straks geven – dat de PCR-test positief kan zijn bij gevaccineerden, maar dat de mate waarin dat virus in staat is om in dit geval in celkweken ook tekenen van leven te tonen, om het zo maar te zeggen, ook belangrijk gedrukt is. Die onderzoeken zijn gewoon complex in de duiding. Maar als je ze tezamen neemt, dan zijn wij van mening dat toepassing van het coronatestbewijs, het toegangsbewijs, een nuttige interventie is om bij een contact dat contact in feite veiliger te maken.

**De voorzitter:**

Ik heb nog een paar minuten. Dat betekent dat ik nog ruimte kan geven voor een enkele vraag, maar houd er ook rekening mee dat we straks nog naar Bruls gaan en dat wie nu extra pakt, straks niet extra mag. Dus wie nog heel dringend? De heer Paternotte.

**De heer Paternotte (D66):**

Dank u wel. Mijn vraag sluit aan bij wat mevrouw Westerveld net vroeg. Veel mensen kijken naar wat andere landen doen. Estland, Duitsland, Portugal, Canada en veel andere landen zeggen: we gaan werken met 2G. Met een test is het coronatoegangsbewijs dan op sommige plekken, de meest risicovolle plekken, niet meer geldig. Kunt u aangeven waarom die landen dat nu veiliger vinden? Waar baseren ze dat op? Ik wil vooral weten: heeft het nou te maken met het feit dat mensen die dan komen minder risico lopen op een ziekenhuisopname, of omdat de kans kleiner is dat ze anderen besmetten?

**De heer Van Dissel:**

Eigenlijk is het een beetje een combinatie. Voor de duidelijkheid: 2G betekent dat je alleen personen toelaat die gevaccineerd zijn of die een infectie hebben doorgemaakt, en geen personen die met een test negatief testen. Het belangrijkste verschil tussen die groepen is als volgt. Met een 2G-aanpak zullen de consequenties van besmettingen die plaatsvinden in een setting over het algemeen vele malen lager zijn dan in een setting waarbij ongevaccineerden weliswaar negatief binnenkomen, maar het tijdens de setting opdoen en vervolgens het risico lopen om in het ziekenhuis te komen. Op alle parameters daarna geeft dat een wat steviger sturing.

**De voorzitter:**

Meneer Van Haga, u mag het zonder toelichting gewoon kort vragen.

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

Nou, nee. Ik heb een heel kleine toevoeging. Gevaccineerden die besmet zijn met corona, houden hun groene vinkje. Dat is op zich gevaarlijk. De Minister heeft gezegd dat het niet anders kan. Vindt u niet dat die besmettelijke gevaccineerden met een groen vinkje een veel groter risico

opleveren dan bijvoorbeeld het besmettingsgevaar op terrassen en sportvelden?

De heer **Van Dissel**:

Nou, groter... Dan zou je het moeten uitrekenen. Maar u verwijst naar het volgende. Dat vind ik een terecht punt in de overwegingen. Stel: je hebt een coronatestbewijs met een groen vinkje, en je test positief. Dan zou je in theorie toch gewoon allerlei activiteiten kunnen ondernemen. Dat ben ik met u eens. Maar dan denk ik wel: waar houdt dan eigenlijk de eigen verantwoordelijkheid op? Als iemand een coronatestbewijs heeft en diegene test positief, dan moet diegene net als anderen opvolging geven aan de GGD-regels, dus dan moet diegene een week in isolatie.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Ik heb toch een verhelderende vraag naar aanleiding van mijn eerste vraag. Ik vroeg over de horeca het volgende. Kijk even naar de afgelopen drie maanden. 3,1% van de besmettingen is daarnaar terug te leiden. Bij het vakantieverkeer zit je op bijna 4%. Toen zei de heer Van Dissel: ja, maar bij de horeca moet je dat getal eigenlijk verdubbelen, want het kan zijn dat je in de horeca besmet raakt en dan neem je dat virus mee je thuissituatie in. Ik paraphraseer hem even. Maar dat geldt toch ook voor vakantieverkeer? Als ik een lang weekend naar New York ga en ik loop het virus daar op, dan breng ik het toch ook mee de thuissituatie in?

De heer **Van Dissel**:

Nee, duidelijk, dan heb ik me niet goed uitgedrukt. Voor de duidelijkheid: ik bedoelde te zeggen dat je die getallen buiten de thuissituatie apart moet zien van de thuissituatie. U heeft helemaal gelijk: als het via reizen 4% is en via de horeca 4%, zou dat na verdubbeling ook hetzelfde zijn. Ik voegde daar net nog wel aan toe dat het ook om de cluster grootte gaat. Die zal bij reizen vaak beperkt zijn tot de reizigers. In de horeca zien we dat het soms clusters van tien, vijftien zijn. Dat maakt die vergelijking een beetje anders. Dat is het antwoord dat ik had moeten geven.

De **voorzitter**:

De heer Hijink heeft de op één na laatste vraag.

De heer **Hijink** (SP):

Ik zat nog door te denken over wat de heer Paternotte zei over het Amsterdam Dance Event. De heer Van Dissel noemde de uitkomst een succes. U zei volgens mij «een succes». Dat heb ik toch goed verstaan? Het werkte blijkbaar als experiment, omdat het aantal besmettingen betrekkelijk laag zou zijn. Volgens mij zit het redelijk dichtbij het lukraak testen van mensen. We weten niet of het er 1.000 of misschien wel meer zijn geweest. Mijn vraag is als volgt. Je hebt de fieldlabs onderzocht. Volgens mij was het doel daar juist veel minder besmettingen, ook ten aanzien van die 300.000 mensen die er zijn geweest. Hoe kun je dan spreken van een succes, als het doel van die toegangsbewijzen juist minder besmettingen is?

De heer **Van Dissel**:

We moeten niet over woorden vallen. Ik heb gezegd: stel dat die 1.000 besmettingen inderdaad alles zijn. Als het in werkelijkheid 10.000 of 30.000 zijn, dan is de evaluatie totaal anders. Het ging om het volgende. Stel dat die 1.000 het zijn en je op ongeveer 0,3% uitkomt. Hoe verhoudt zich dat tot het aantal positieve testen bij het willekeurig testen voor toegang? Dan zit het daaronder. Dat hoeft niet te betekenen dat het een succes is. De getallen geven in ieder geval op dit moment niet aan dat daar iets geweldig is misgegaan. Dat is wat ik wilde overbrengen. Het

hangt natuurlijk uiteindelijk af van het detail: hoeveel zijn het er werkelijk? Dit is wat we nu weten.

**De voorzitter:**

Heel kort.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ja. Klopt het dat nog nauwelijks onderzoek heeft plaatsgevonden naar deze inzet van het coronatoegangsbewijs, dus met een mix van mensen die gevaccineerd en mensen die getest zijn?

**De heer Van Dissel:**

Dat zou ik moeten nagaan. Ik weet niet precies wat u suggereert. Met alle maatregelen wil je zorgen voor risicoreductie. Dat gaat nooit tot nul. Je wilt risicoreductie. We weten dat dit een combinatie is – dat kan je gewoon uitrekenen – waarmee je een risicoreductie moet bereiken, mits je voldoet aan voorwaarden die we eerder genoemd hebben. De test moet niet te lang voor het einde van het evenement worden afgenomen en dat soort zaken.

**De voorzitter:**

De kritiek is: is er wel voldoende wetenschappelijke onderbouwing om te staven of de coronapas werkt?

**De heer Van Dissel:**

Ja, maar ik denk dat dat er is. Het is niet zo dat we het in Nederland als enige doen. Dat doet heel Europa. Het kan niet anders dan dat de pas, op grond van wat we nu weten, een reductie geeft van de kans dat er contacten tussen positieven zijn. Daar gaat het om.

**De voorzitter:**

Dus is er sprake van die reproductievermindering?

**De heer Van Dissel:**

Dan moeten we naar twee OMT-brieven terug. Daar hebben we het volgens mij zelfs uitgeschreven. Uit grote Engelse studies weten we wat de kans is dat je bij iemand die gevaccineerd is toch een positieve besmetting kan vaststellen. Als je dat vaststelt, weten we – dat heb ik net op grond van het Nederlandse onderzoek ook al gesteld – dat de levensvatbaarheid, de mogelijkheid dat virusdeeltjes infectie overbrengen, gereduceerd is. We kennen de kansen dat iemand willekeurig positief is. We kennen de gevoeligheid en de specificiteit van de testen. Dat kun je allemaal doorrekenen. Dat hebben we gedaan. Er komt uit dat we door dit toe te passen een belangrijke reductie vonden. Ja.

**De voorzitter:**

Ik heb u weer onhebbelijk snel door deze presentaties heen gejaagd, maar dat kan niet anders. Alles is druk. We gaan zo meteen door naar de volgende ronde met de heer Bruls, voorzitter van het Veiligheidsberaad. Ik wil u, mevrouw Van Blankers, ontzettend bedanken voor uw aanwezigheid. U was hier voor het eerst, maar ik denk niet voor het laatst. Ik wil de heer Van Dissel ook weer danken voor zijn aanwezigheid. Ik ben bang dat hij er ook niet voor het laatst was. Ik wens u een heel fijne middag. Ik ga schorsen voor twee minuten. Daarna gaan we door met de ronde met de heer Bruls.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

### Blok 3

Gesprek met:

- de heer Bruls, voorzitter van het Veiligheidsberaad

De **voorzitter**:

Lieve mensen binnen en buiten de zaal, we gaan door met blok 3 met de heer Bruls, voorzitter van het Veiligheidsberaad. U heeft gezien hoe het werkt. Ik geef u graag de gelegenheid om een presentatie te houden. Ik zie nog geen schermen, dus dat wordt een old-schoolverhaal. Hoe korter en bondiger, hoe beter, want dat geeft ruimte om heel veel vragen te stellen, en die zijn er. Gaat uw gang.

De heer **Bruls**:

Dank u wel. Dank voor de uitnodiging. Bij mij kwam het pas gistermiddag op het bordje terecht, vandaar dat ik niet heb gekozen voor een uitgebreide presentatie met ouderwetse lichtbeelden. Maar misschien gaat de snelheid daardoor wel omhoog, voorzitter, en is er wat meer gelegenheid...

De **voorzitter**:

Als we niet te veel bijzinnen gebruiken wel.

De heer **Bruls**:

U heeft gelijk; ik ging nu zelf al de mist in.

Ik wilde iets zeggen over hoe wij eigenlijk al vanaf 25 september, toen de coronatoegangsbewijzen voor het eerst van kracht werden, de handhaving hebben opgepakt en wat we daaruit halen, gegeven het nieuwe maatregelenpakket. Ten tweede wil ik kort ingaan op hoe wij als burgemeesters verenigd in het Veiligheidsberaad op dat pakket reageren, ook weer vanuit het perspectief van hoe uitvoerbaar en handhaafbaar de maatregelen zijn.

Even over de handhaving. Wij hebben in september, toen duidelijk werd dat coronatoegangsbewijzen in een aantal sectoren toegepast zouden worden, ons afgevraagd of dat iets betekende voor de handhaving: krijgen we een ander type handhaving dan we tot dusver gewend zijn? Die vraag is heel reëel, want als iemand ergens niet mag komen, als je iets sluit of een avondklok hanteert, is dat een ander type maatregel dan wanneer mensen ergens wel mogen komen, maar daarbij een coronatoegangsbewijs moeten tonen. Wij hebben geconcludeerd dat de algemene aanpak standhoudt, met misschien een aantal specificaties.

Om te beginnen vindt handhaving altijd plaats in een soort drieslag. Het begint met het naleefgedrag: hoe gedragen burgers zich gegeven de wet- en regelgeving van de overheid? Ten tweede is er de controle daarop. Dat is anders dan handhaving. Controle vindt eigenlijk door de restauranthouder of bijvoorbeeld het bestuur van de sportvereniging plaats, dus door iemand die op de een of andere manier eigenaar of beheerder is van het terrein waarop je je met een CTB moet identificeren. Het sluitstuk is de handhaving door de overheid, in allerlei vormen. Ik kom daar zo nog even op terug. Dat is wel van belang, want we weten, ook op grond van de inzichten die we in jaren hebben opgebouwd, dat als het naleefgedrag en de controle niet op orde zijn, je niet met handhaving kunt repareren. Ik herhaal die zin nog maar een keer: als naleving en controle niet op orde zijn, kun je dat niet repareren met handhaving. Met andere woorden: als mensen zich niet willen gedragen, dan kunnen wij wel oneindig gaan handhaven, even los van de vraag of wij daarvoor de capaciteit hebben, maar dan gaat het niet werken. Uiteindelijk stemmen mensen met de voeten, de handen of hoe ze ook stemmen. Het komt dus heel erg aan op duidelijkheid van maatregelen, op overtuigen dat het de goede maatre-



gelen zijn en op het verstrekken van informatie. Dan ga je de trits af van naleven, controle en handhaven.

Hoe doen we dat, handhaven, dus dat derde deel van die trits? Dat is de taak waar ik en mijn collega's voor staan. Die eerste twee vinden wij overigens net zo belangrijk, geen misverstand daarover. We doen dat vanaf 25 september risicogestuurd. Je kijkt waar de grootste risico's zijn. Waar zijn de grootste kansen op besmetting? Waar zijn de grootste aantallen zondaren te vinden? Vergeef me deze uitdrukking even, maar anno 2021 mag dat nog wel, hoop ik. We hebben schaarse handhavingscapaciteit en het is natuurlijk het slimst om daarop af te gaan waar je verwacht dat de grootste problemen zullen ontstaan. We doen dat steeds steekproefsgewijs. De boa's maken bijvoorbeeld rondes door de stad en kijken hoe de controles verlopen. Dat doen ze niet elke minuut van de dag, maar bijvoorbeeld op uitgaansavonden en bij excessen. Stel dat een ondernemer of een vereniging al van tevoren aankondigt: ik heb niks te maken met deze overheidsregels. Dat zijn eigenlijk de makkelijkste zaken, want als je een bord buiten je restaurant plaatst en zegt «ik trek me niks aan van het CTB; we vragen daar niet om», dan hoeven wij daar niet langer over na te denken: dicht met die handel. Dat is ook een paar keer gebeurd – met allerlei commotie, maar dat was wel hartstikke helder, lijkt me.

We kijken heel duidelijk naar evidente, bewuste en stelselmatige overtredingen. Zo hebben we dat ook in de landelijke afspraken vastgelegd, dus de evidente, stelselmatige en bewuste overtredingen. Met andere woorden, als de boa's hun ronde maken en zien dat het wat slordig gebeurt, dan is dat iets anders dan wanneer je als ondernemer stelselmatig niet vraagt naar het CTB. Dan vraag je dus bewust niet naar het CTB. Het kan altijd een keer misgaan. Daar ga je niet voor waarschuwen of een sanctie opleggen. In Rotterdam noemen ze het mooi «coachend handhaven». Dan ga je het gesprek aan met de ondernemer of degene die verantwoordelijk is, zo van «je moet dat toch wat beter doen, want het gebeurt wel erg slordig». We gaan dus niet gelijk over tot zwaardere maatregelen met boetes en dergelijke.

Hoe doen we dat dan als we constateren «het deugt niet en hier moet wat gebeuren»? Eerst in principe een waarschuwing. Dan leg je bestuursdwang op. Daar kan al dan niet een boete uit volgen. Als iemand gehoorzaamt, hoeft die boete niet te komen. In het uiterste geval volgt sluiting. Als duidelijk is dat men niet wil gehoorzamen en de boetes blijmoedig incasseert – er zijn mensen in dit land die dat doen – dan gaat dat niet. Er zijn natuurlijk uitzonderingen te bedenken. Dit is niet iets waar mensen een beroep op kunnen doen, zo van «je had me eerst moeten waarschuwen». Nee, als u een bord buiten uw restaurant zet en zegt «ik doe niet mee», dan is sluiting gewoon gerechtvaardigd. Dat heeft de rechter bepaald. Ik heb het zelf meegemaakt in Nijmegen, maar het geldt ook in andere zaken. De overheid mag dan gewoon zeggen: dan doet u inderdaad niet meer mee, want dan zorgen we ervoor dat u gesloten wordt. Maar dat is dus niet de regel. Eerst een waarschuwing, dan, als dat allemaal niet helpt, bestuursdwang en eventueel een boete, en in het uiterste geval sluiten. Daarin kunnen natuurlijk combinaties optreden, maar ik geef even het grote plaatje.

Daar hoort wel een winstwaarschuwing van mijn kant bij. Ik zei het net al in een tussenzin: we hebben geen eindeloze handhavingscapaciteit en we moeten ook nog andere zaken handhaven. Sinds de horeca weer open is, zie je het weer gebeuren: incidenten, dronken mensen op straat. Om twaalf uur gaan de zaken dicht. Er wordt ook aan woninginbraken gedaan. Soms moeten we voetballiefhebbers tot de orde roepen, om er maar eens wat actualiteit bij te halen. We moeten dus wel keuzes maken. Daarom zijn het ook lokale afwegingen hoe en hoe intensief je die handhaving doet. Dat verklaart ook dat je soms, zeker naar buiten toe, weleens wat verschillen kunt zien. Als u het heel erg druk heeft met een aantal andere

zaken in uw gemeente, dan kunt u ervoor kiezen dat u het geweld wilt doen stoppen omdat u dat belangrijker vindt dan alle intensiteit op de coronatoegangsbewijzen te zetten.

Wat verwachten wij van het pakket dat nu voorligt vanuit de benadering die ik net toelichtte? We constateren als burgemeesters dat er vooral in zekere zin een terugkeer naar het afstand houden komt, zonder dat dit een wettelijke verplichting wordt. Daar gaan we dus niet op handhaven. Dan kun je hoogstens tegen mensen die in een groep bij elkaar staan zeggen: wees verstandig, ga uit elkaar. Dat is meer dat coachen. Maar wij gaan daar niet onze capaciteit op inzetten, want het is geen verplichting. Het is wel een belangrijke maatregel, hebben wij beoordeeld, die ook heel goed helpt. Voor het overige zien we een uitbreiding van de CTB-systematiek. Op zich is het helder. Ik bedoel, hoe het moet werken is wel helder. Soms gaat er technisch wat fout, maar daar kunnen wij ook weinig aan doen. In de meeste gevallen is het nu wel op orde. We hebben nu een maand ervaring en kunnen nu ook een stapje extra zetten vanuit onze verantwoordelijkheid. We hebben wel geconstateerd – dat hebben we maandagavond ook tegen Minister Grapperhaus gezegd – dat je moet opletten dat je het niet te ingewikkeld maakt.

Ik geef u een voorbeeld waar wij vooral aandacht voor hebben gevraagd. Bij buitensport gaat het nu ook verplicht worden voor sporters, behalve de jongeren, en voor toeschouwers, behalve de jongeren. Niet elk sportpark is afgesloten. Een schouwburg, een restaurant of zo: ik ken de discussie en ik ken de principiële kanten – daar blijf ik bij weg – maar in principe is het uitvoeringstechnisch goed te regelen. Je hebt iemand bij de ingang staan of je werkt met een systeem met polsbandjes, wat eigenlijk een variant daarop is. Dat is op zich in te regelen. Maar een sportterrein, waar jong en oud door elkaar gaat? Voor een vrijwilligersorganisatie is dat heel lastig en wij kunnen dat niet corrigeren door er uitgebreid boa's op los te laten, los van het feit dat wij ons afvragen of dat wel de bedoeling is. Wil je dat daar boa's komen? Daar zou ik wel uw aandacht voor willen vragen, als u later vandaag over de maatregelen praat. Voor binnenactiviteiten kun je dat systeem behoorlijk goed toepassen, maar voor buitenactiviteiten wordt het echt lastiger daar waar de omheining, de afsluiting, lastiger wordt. Dat kun je niet vragen van vrijwilligersorganisaties en zelfs ook niet van veel professionele organisaties. Wij kunnen dat ook niet repareren door daar en masse boa's en godbetert de politie op af te sturen. Dat zien wij niet als een reëel perspectief. Tot zover, voorzitter.

**De voorzitter:**

Volgens mij een redelijk heldere uiteenzetting, die vast veel vragen oproept. Ik start bij de heer Paternotte.

**De heer Paternotte (D66):**

Dank u wel. Heel fijn dat wij u vanmiddag even van Nijmegen mochten lenen, want u bent behoorlijk druk, ook met uw landelijke verantwoordelijkheid natuurlijk. U noemde allerlei zaken op die niet kunnen en ook die hele escalatieladder van waarschuwing, boete, last onder dwangsom en sluiting. Ik weet dat er veel lijsten rondgaan van zaken in de grote steden die niet controleren en dat sommigen die ook op Instagram zetten. Een burgemeester van een van de grote steden zei daarover: «Wij handhaven alleen bij exces. Dat betekent dat als een ondernemer zegt dat hij ongeveer een op de tien checkt, dat geen exces is maar steekproefsgewijs handhaven, en dan treden we in principe niet op.» Maar ja, als je maar een op de tien controleert, dan kom je in een op de tien gevallen niet binnen zonder check en kun je de meeste avonden gewoon uit. En anders probeer je het bij de bureaus. Is dat nou een goede definitie van handhaven wat u betreft?

De heer **Bruls**:

Ik heb het ook gelezen. Handhaving is en blijft een lokale afweging. We kunnen natuurlijk niet voor ieder persoonlijk spreken, maar die 25 burgemeesters stemmen dat af en bespreken dat met de collega's in hun regio, samen met Minister Grapperhaus. Het gaat niet alleen over excessen. Het moet wat het handhaven betreft wel degelijk ook gaan over risicogestuurd en steekproefsgewijs. Als een ondernemer zegt «ik doe het zelf maar een op de tien keer» – dat is het controledeel – dan loopt hij wel de kans dat als de gemeente langskomt, hij alsnog een sanctie krijgt. Ik kan niet de precieze afweging maken van hoe dat in de praktijk gaat. Wij hebben wel afgelopen maandag geconstateerd dat wij na een goede start van het coronatoegangsbewijssysteme een stapje harder mogen gaan in al die fases die ik noemde, van het naleefgedrag en de controle tot de handhaving door de overheid. We constateren dat in sommige branches, met name in sportverenigingen, het naleefgedrag wel erg laag is.

De heer **Paternotte** (D66):

Een heel simpele verduidelijking dan. Dat betekent dat handhaven bij een op tien niet iets is waarvan u zegt: daar treden we niet tegen op?

De **voorzitter**:

Ik ben nog steeds de voorzitter, dus dat is mooi. Ik ga niet meedoen aan smokkelen. Straks doen we een tweede ronde als dat kan. De heer Omtzigt.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):

Welk overleg is er met de regering geweest? U zegt dat deze maatregel rondom sportvelden onuitvoerbaar is. Hoe komt die dan toch in het advies? Hoe heeft u als Veiligheidsberaad de afgelopen 72 uur met de regering overlegd? Hoe moet ik mij dat voorstellen?

De heer **Bruls**:

Ik zei niet «onuitvoerbaar», ik zei dat het heel erg complex is. Alles kan, je kunt het zo gek maken als je wil. Dat is onze positie: wij zijn in goed overleg met de regering en geven een advies. Van de besluitvorming door het kabinet hebben we allemaal kennisgenomen. Als mij wordt gevraagd waar ik wat anders zou willen doen, dan zeg ik: hier, vanuit uitvoerbaarheid geredeneerd.

De **voorzitter**:

Mevrouw De Vries.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Dank u wel. Dank voor uw bijdrage. Ik moet eerlijk zeggen dat ik niet zo heel blij was met de handhaving in de afgelopen periode. U bent ons last resort als het gaat om de coronatoegangsbewijzen. Ik snap best dat we niet overal op dezelfde manier kunnen handhaven, maar ik denk dat de zichtbaarheid van handhaving heel belangrijk is, ook als signaal naar de mensen. Als ik dan hoor dat uw collega Buma zegt «geen enkele boete in Fryslân uitgedeeld»... Wij zijn heel bijzonder in Fryslân, maar ik geloof niet dat iedereen daar alle coronatoegangsbewijzen handhaaft.

Ik heb één vraag. De Minister zegt: ik heb de burgemeesters opgeroepen om op korte termijn met de lokale horeca en de sportverenigingen het gesprek aan te gaan. Ik ben benieuwd wat er dan gaat gebeuren en wanneer wij daar de eerste resultaten van kunnen zien.

De heer **Bruls**:

U ziet de eerste resultaten al. Er zijn al een paar mooie voorbeelden van hoe door het inzetten van gastheren en gastvrouwen sportverenigingen geholpen worden om de coronatoegangsbewijzen toe te passen. Het gaat

dus niet alleen over een extra boa, want die hebben we niet. Er is overall een personeelstekort, ook op dat vlak. Als ik vandaag zou besluiten dat ik er in mijn stad vijf extra wil hebben en ik daarvoor ook het budget zou hebben, dan moeten ze eerst opgeleid worden en tegen die tijd zitten we misschien in fase 25 van deze coronacrisis; u mag het zeggen. U begrijpt wat ik bedoel. Er zijn al voorbeelden en die gaan we nu ook meer verspreiden. Zo'n polsbandjesproject is een heel mooi voorbeeld van hoe je binnen de regels blijft en de regels dus uitvoert en toch niet letterlijk bij iedere poort iemand hebt staan. Of denk aan mensen die ondersteunen en die klanten, of het nou bezoekers van een sportpark of een horecagelegenheid zijn, erop wijzen dat ze zich aan de regels moeten houden. Of denk aan het helpen van mensen om een app op hun telefoon te installeren. U kunt het zich niet voorstellen wat je allemaal tegenkomt. Daar zal het vooral van moeten komen.

**De voorzitter:**

De heer Hijink.

**De heer Hijink (SP):**

Ik zou de heer Bruls graag een meer fundamentele vraag willen stellen. Kijken we naar hoeveel, geld, energie en menskracht er omgaat in een vorm van repressie eigenlijk, namelijk de handhaving en de controle op die toegangsbewijzen. Straks gebeurt dat ook door vrijwilligers bij sportverenigingen. Wat is de inschatting van de heer Bruls: wat als we diezelfde inzet zouden plegen op preventie, namelijk het overtuigen van mensen die in buurten wonen waar de vaccinatiegraad nog veel te laag is?

**De heer Bruls:**

Ik doe dit vak nou al een aantal jaren. Mijn ervaring op tal van punten is dat het samengaat. Als je geen duidelijke norm stelt als overheid, een norm die ook uitvoerbaar is, dan heeft preventie ook geen zin. Want waar zou ik mijn gedrag op moeten enten als ik geen duidelijke norm heb? Als iets open en niet verboden is, waarom zou ik me dan preventief gaan gedragen? Daar hebben we heel veel voorbeelden van. Het gaat dus samen. Ik ben het zeer met u eens, het kan niet alleen op de handhaving aankomen. Dat was ook de kern van mijn betoog in eerste aanleg. Als de naleving niet deugt... Dat heeft te maken met informatie, met begrijpen waarom een maatregel er is en ook waarom deze er is omdat je anders misschien nog wel een ergere maatregel op je dak krijgt. Daar begint het natuurlijk mee, maar het is wel en-en.

**De heer Hijink (SP):**

Sorry, voorzitter, maar de heer Bruls begrijpt mij verkeerd. Ik bedoel niet preventie in de zin van dat mensen zich aan regels houden en de QR-code goed gebruiken. Ik bedoel preventie in de zin van dezelfde energie, menskracht en geld inzetten om mensen aan te moedigen om zich te laten vaccineren. Die vorm van preventie bedoel ik.

**De heer Bruls:**

Ik heb het niet genoemd, maar toch blijft mijn antwoord hetzelfde. In mijn denken komt het eigenlijk op hetzelfde neer. Je hebt tal van acties die je kunt doen om het virus van je lijf en ook van dat van je buurman en buurvrouw te houden, maar daar hoort ook de norm bij dat als dat niet gebeurt en er iets fout gaat, we moeten kunnen ingrijpen om te zorgen dat de mensen uit elkaar blijven, zodat het virus zich niet verder verspreidt. Het gaat echt samen. Het is niet een keuze van dit of dat.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg.

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

Ik heb het vaker gezegd: wetten zonder werking zijn waardeloos, oftewel: als ze niet gehandhaafd worden, kan je het net zo goed niet doen. Je ziet nu toch dat er nogal een verschil is tussen ondernemers. Als het een beetje slordig wordt geïmplementeerd, dan kan het allemaal wel, begrijp ik uit de woorden van de heer Bruls. Maar dat betekent wel een oneerlijke concurrentie tussen ondernemers. Daar zou ik toch nog graag een reflectie van de heer Bruls op willen horen.

De heer **Bruls**:

Als er systematisch op een bepaalde manier, met slordigheden of het niet nakomen van regels, wordt doorgegaan en als dat per gemeente verschillend wordt, heeft u gelijk. Maar dat beeld heb ik niet zo een-twee-drie. Kijk ook naar hoe we in z'n algemeenheid met regels omgaan. We doen bij de handhaving niet fundamenteel iets anders dan we altijd deden, ook vóór corona. Om het bij de horeca te houden: daar moet ook gecontroleerd worden op leeftijdsgrenzen vanwege de alcoholtoestand. Dat gaat per gemeente ook wisselend. Het maakt echt wel wat uit of je een heel druk uitgaansgebied hebt waar de jeugd uit de hele regio op afkomt, of alleen een aantal restaurants waar voornamelijk wat toeristen en ouderen op afkomen. Dat maakt echt heel veel verschil voor hoe je je handhaving inzet en ook voor de cultuur van handhaving die erbij hoort. Op sommige plaatsen helpt het veel meer om heel strakke regels te stellen en te doen aan «showing the force», zoals de Amerikanen dat zo mooi noemen, en soms is het beter om naar scholen te gaan om daar voorlichting te geven. Die nuances hebben we altijd al gehad, maar dat is niet hetzelfde als willekeur, want de regel is voor iedereen hetzelfde.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Dank aan de heer Bruls voor zijn verhaal. Ik begrijp – dat heeft hij gezegd – dat handhaving staat of valt met naleving en controle, maar die staat of valt natuurlijk ook met de capaciteit. De heer Bruls zei ook: we kunnen niet overal boa's op afsturen. Hoe de komende weken en maanden eruitzien, weten we nog niet. We weten nog niet hoe corona zich ontwikkelt. Maar we weten wel dat het over acht weken oud en nieuw is, met vuurwerk als complicerende factor. De komende weken zullen wij hier als Kamer een beslissing over moeten nemen. Afgelopen jaar hadden we een tijdelijk vuurwerkverbod. Zouden we daar nu ook op moeten voorsorteren, om de handhaving makkelijker te maken en de boa's te helpen?

De heer **Bruls**:

Ja, daarop moet zeker voorgesorteerd worden. Wij hebben Minister Grapperhaus maandag al gevraagd: kom snel met een standpunt daarover. Hij heeft aangegeven dat hij over een week met iets naar ons terug wil komen, zonder dat hij kon aangeven hoe of wat. Ik deel dus zeer met u dat we daar nu, vroegtijdig, duidelijkheid over moeten hebben, niet alleen over wat er precies mag, maar ook over de sluitingstijden van de horeca rond die tijd en over wat je gaat toestaan aan evenementen. Ik weet ook wel dat we niet alles kunnen voorspellen, maar oud en nieuw is wel heel erg speciaal. Zo komt er nu ook een uitspraak over Sinterklaasintochten. Wat u ook vindt van wat het kabinet nu voorstelt, het geeft wel een bepaalde duidelijkheid, zodat iedereen die daarmee bezig is, weet hoe hij dat verder kan voorbereiden. Dat hebben we voor oud en nieuw ook zeker nodig.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Dank aan de heer Bruls. Ik heb een vraag. Ik krijg berichten in mijn inbox van verschillende organisaties die aankondigen dat zij zich niet gaan houden aan de maatregelen. Zou het niet wijs zijn om deze organisaties, zoals een restaurant dat zegt «ik doe niet mee» en een bord buiten hangt,

alvast een waarschuwend brief te schrijven in het kader van «een gewaarschuwd mens telt voor twee», met daarin een dringend verzoek en de mededeling dat er, als zij daadwerkelijk voet bij stuk houden, intensief bij hen gehandhaafd gaat worden? Want ik vind het toch wel bijzonder dat zij zichzelf een bepaalde autonomie en extra rechten menen te mogen toe-eigenen ten opzichte van anderen.

De heer **Bruls**:

Ik ben dat met u eens. Ik ga ervan uit dat zowel het kabinet als lokale instanties dat zullen doen waar zij signalen opvangen. De tijd is kort, want het gaat 6 november, dit weekend, al in. Ik ben het met u eens. Ter geruststelling van u en mijzelf: ik heb afgelopen jaar en zeven maanden gemerkt dat zeer veel mensen soms met luide stem verkondigen dat zij niet meer meedoen, maar dat in de praktijk bleek dat ze allemaal meededen. Het aantal mensen dat uiteindelijk echt niet meedoet, is toch altijd nog geringer dan het aantal mensen dat wel meedoet. Maar ik ben het er in principe mee eens: een gewaarschuwd mens telt voor twee. Dus dat moeten we doen. Ik heb hierover gisteren van alles in het nieuws gelezen en daar was ik ook wel wat verbaasd over, maar nogmaals, ik ben niet verbaasd dat het geroepen wordt, want dat wordt al één jaar en zeven maanden geroepen. Maar verstandig is het niet, want als u ermee instemt, is dit de regel waar het over gaat. Daar moet ik aan gehoorzamen en zij ook.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Vóór de besluitvorming van het kabinet was de heer Bruls al een warm pleitbezorger van nog meer repressie van gezonde mensen. Wat ik nou zo opvallend vind – hij had het er net al over – is dat hij tevens verantwoordelijk is voor de veiligheid op straat en daar ook zorgen over zou kunnen hebben. Op de beelden van mensen die nu op straat rellen of van ander tuig – criminelen, inbrekers, noem maar op – zien we dat ze consequent een mondmasker dragen buiten, bij die verkeerde activiteiten. Heeft de heer Bruls richting het kabinet al iets gedaan aan deze ondermijning van de opsporing, waar hij zich toch ook zorgen over zou moeten maken?

De heer **Bruls**:

U moet mij even helpen met de relatie tussen de mondmaskers buiten en de ondermijning van de opsporing. Bedoelt u dat ze niet herkenbaar zijn?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het lijkt me overduidelijk dat ze die daarom dragen, en niet omdat dat criminele tuig en die inbrekers bang zijn dat ze buiten op straat tijdens het inbreken corona krijgen.

De heer **Bruls**:

Daarom mag je bepaalde maskers ook niet hebben. Het wordt natuurlijk interessant nu het mondmasker weer verplicht gaat worden. U heeft het over mensen die buiten aan het rellen zijn. We kunnen wel heel veel zien. Ik heb dat zelf gemerkt bij de rellen bij de voetbalwedstrijd NEC-Vitesse, bij ons in de stad. U zult ervan staan te kijken hoeveel mensen er zonder iets op het hoofd bezig zijn. Dat helpt wel. Maar natuurlijk, u heeft gelijk, als iemand zich compleet bedekt, maakt dat de opsporing wat lastiger. We hebben tegenwoordig wel meer middelen. Iedereen zit filmpjes en camerabeelden te maken. Dat is niet alleen handig voor degenen die denken de politie daarmee in een bepaald daglicht te zetten; voor de politie is dat ook heel prettig. Daar maken wij graag gebruik van.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank aan burgemeester Bruls dat hij hiernaartoe is gekomen. Mijn vraag ziet op het volgende. Er is door collega's al veel gezegd over handhaving.



Voor mij is dat de eindfase. Het begint met een samenleving die verantwoordelijk is en verantwoordelijkheid neemt. Ik zou heel graag horen hoe de burgemeesters het zien. Als de besmettingen oplopen, hoe kan hun lokale rol dan nog verder versterkt worden, zodat zij daarin verantwoordelijkheid kunnen nemen en naar de bevolking kunnen uitstralen: wij zijn hier samen verantwoordelijk voor de kwetsbaren in ons dorp of in onze kwetsbare stadswijken? Wat is daarvoor nodig? Want we hebben nog een pittige winter voor de boeg.

De heer **Bruls**:

Ja, dat is een vraag waarmee ik u vanochtend niet helemaal kan helpen, vrees ik, want daar zoek ik ook naar. Het helpt in ieder geval wel als we met z'n allen zo veel mogelijk hetzelfde verhaal vertellen, op alle fronten. Ik merk wel dat het soms ... Daar zijn we voor aangesteld, dus het is geen zielig verhaal, maar als je als burgemeester een besluit neemt omdat je uiteindelijk toch moet optreden, dan valt het mij altijd op, ook lokaal, hoe weinig mensen je dan publiekelijk durven te steunen, omdat ze bang zijn voor de socialmediastorm. Ik heb zelf de afgelopen dagen ook weer gemerkt hoe dat fenomeen werkt. Het vraagt nogal wat van mensen. Burgemeesters, gemeenteraadsleden, wethouders en Kamerleden zijn ook gewoon mensen. Het is het sterkst als we elkaar hierin steunen, ook als je wat twijfels hebt bij maatregelen. Ik vind dat je elkaar als overheidsmensen moet steunen. Daar begint het volgens mij mee. Daar is volgens mij nog wel wat winst te boeken.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank aan de heer Bruls voor zijn komst, maar mijn vragen zijn al gesteld. Dank u wel.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik heb wel een vraag. Los van de handhaving zijn maatregelen natuurlijk ook alleen maar effectief als ze gewoon uitgevoerd kunnen worden. Ik zou de heer Bruls willen vragen hoe hij de situatie ziet van sportverenigingen die werken met vrijwilligers aan wie wordt gevraagd om anderen aan de poort te controleren. Wat gebeurt er nou als een vrijwilliger bijvoorbeeld een ouder moet weigeren aan de poort en daarover ruzie ontstaat? Ik voorzie dat dat best weleens heel reëel kan zijn bij verschillende sportverenigingen. Volgens mij kennen we de situatie bij amateurverenigingen allebei goed genoeg om ons daar een voorstelling van te kunnen maken. Wat moet er dan gebeuren?

De heer **Bruls**:

Of je nou vrijwilliger of professional bent, het is natuurlijk niet voor het eerst dat je mensen om iets moet vragen. Ik gaf net al het voorbeeld van de controle op leeftijd bij alcohol. Dat moeten vrijwilligers bij sportverenigingen met een horeca ook doen. Ik weet nog heel goed dat er heel veel discussie was toen die maatregel bij wet inging. We hebben een bepaalde aanlooperperiode gehad en eigenlijk hoor je er niet zo heel veel meer over. Ik wil niet zeggen dat het honderd procent goed loopt, maar iedereen raakt er wel op ingesteld. Wij hebben in de coronacrisis natuurlijk al eerder maatregelen gehad, bijvoorbeeld dat ouders niet naar de sport mochten komen en aan de buitenkant van het terrein moesten blijven. Toen zijn er ook mensen geweigerd. Wij kunnen de sportverenigingen daarbij ook helpen, door er bijvoorbeeld voor te zorgen, zoals ik al zei, dat een soort gastheer of gastvrouw dat werk voor die vrijwilligers opknapt. Dat kan ik me zeker bij grote sportverenigingen voorstellen, want er komt iets anders bij kijken en het kost je natuurlijk nogal wat menskracht als je dat heel goed wilt doen.

En onthoud wat ik zei over de buitensport. Wij maken ons vooral zorgen over de uitvoerbaarheid bij buitensport, vergeleken met binnensport. In



Nederland en in het buitenland is men eraan gewend dat men zich met het coronatoegangsbewijs toegang tot de restaurants moest verschaffen. Dat snappen een heleboel mensen wel. Maar terreinen die heel moeilijk afzetbaar en te controleren zijn, dan vraag je wel heel veel van een vereniging en eventueel van een boa om dat in de gaten te houden. Daar zit onze zorg het meeste. Maar we kunnen sportverenigingen dus wel helpen om het werk van de vrijwilligers makkelijker te maken.

**De voorzitter:**

Dank. Ik geef nog ruimte voor een tweede ronde, voor wie dat wil. Ik denk dat we nog een volledig rondje kunnen maken. De heer Paternotte.

**De heer Paternotte (D66):**

Dank u wel, wat een verrassing. Ik heb nog een vraag over de 45 miljoen die vorige keer is vrijgemaakt. U gaf aan dat de handhaving echt wel knelt, zeker in de grote steden, en dat zien wij ook. Heeft u een beeld van wat er met die 45 miljoen is gebeurd? Is dat bedrag volledig ingezet?

**De heer Bruls:**

Die wordt zeer gewaardeerd en wordt voor verschillende doelen gebruikt. Niet zozeer om extra boa's in te huren. Want ik gaf aan dat, als je die moet gaan opleiden, je alweer een fase of wat verder zit. Soms kun je particuliere beveiligers inhuren, die bijvoorbeeld veel van die polsbandjesprojecten doen. Dan zitten daar mensen in een container die de polsbandjes uitgeven. Dat hoeft je niet door een boa te laten doen, daar kun je iemand voor inhuren. Het gastvrouwschap wordt ook gehanteerd. Verder kun je de mysteryguest gebruiken om te zien of het systeem goed wordt toegepast. Ik heb geen actueel beeld hoe die 45 miljoen al besteed is. Het bedrag is uiteindelijk per gemeente verdeeld, waardoor de rare situatie ontstaat dat een heel kleine gemeente ook enkele duizenden euro's heeft gekregen, waarvan ik me afvraag wat ze daarmee kunnen doen. En dan zijn er de grotere gemeentes, die grotere uitdagingen hebben en die daarom terecht een groter bedrag hebben gekregen. Ik hoor terug van mijn collega's dat dit zeer gewaardeerd wordt. Als deze maatregel langer gaat duren, wordt het interessant of het bedrag voldoende zal zijn. Dit strekt eigenlijk tot deze maand, misschien tot het eind van het jaar. Ik denk wel dat, als het langer gaat duren, er extra ondersteuning nodig zal zijn.

**De voorzitter:**

De heer Omtzigt? Het hoeft niet, het mag.

**De heer Omtzigt (Lid Omtzigt):**

Dank u wel, voorzitter. Dank voor de toelichting. We hebben het hier de hele tijd over de handhaving. Welke rol wordt overlegd met het bestuur over voorlichting en de wijken ingaan? Het zijn immers juist de gemeentes die buurthuizen hebben die als het goed is contact hebben met de verschillende gemeenschappen binnen hun eigen gemeente. Worden daar ook afspraken mee gemaakt of wordt dat op dit moment vooral overgelaten aan de GGD'en en andere organisaties?

**De heer Bruls:**

We trekken daarin gezamenlijk op, en dat gaat ook steeds beter. U moet zich voorstellen: in september zaten we er wat anders in dan nu, anderhalve maand later. We hebben geleerd dat, waar we eerst noodgedwongen vanuit grote locaties bezig waren met inenten, we nu veel meer met mobiele units de wijken ingaan. Daar werken we als gemeenten graag aan mee. Want we hebben soms informatie die de GGD niet heeft en omgekeerd. Maar u moet ook denken aan het gebruik maken – het klinkt wat lelijk – van tal van organisaties van bewoners: migrantenorganisaties, buurtorganisaties. Zij kennen hun achterban natuurlijk wat beter

dan wij als overheid, dus daar kun je ook gebruik van maken. Dat is een handige methode om te zorgen dat mensen toch gevaccineerd raken. Soms is het namelijk geen kwestie van onwil, maar van onbekendheid, hoeveel informatie we ook al hebben verspreid. Dus we trekken daar heel erg samen in op.

De **voorzitter**:

Mevrouw De Vries.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Dank u wel. Nog een heel concrete vraag. Wat gaan de burgemeesters nu extra of beter doen als het gaat om de handhaving in de komende tijd?

De heer **Bruls**:

We gaan niet iets extra's doen, want die handhaving capaciteit, die knelt. Ik gaf af aan dat we ook nog andere prioriteiten hebben. Ook zij hebben, net als de medewerkers in de zorg, er recht op dat er af en toe eens wat rust wordt ingebouwd. We kunnen niet meer handhavers op straat brengen dan wat we nu al doen. We hebben nu wel ruim een maand ervaring met de CTB's. Als je het hebt over risicogestuurd en steekproefsgewijs optreden, dan kunnen we natuurlijk veel beter inspelen op situaties waar het echt om gaat. Het slimste is om te handhaven waar je bijna zeker weet dat er iets aan de hand is. Dat is slimmer dan maar lukraak rondgaan. En van de ondersteuning richting ondernemers, cultuursector en sportverenigingen moet je ook meer hebben, want dat zal de handhaving meer ontlasten. Dat gaan we meer oppakken.

De **voorzitter**:

De heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Dank, voorzitter. Ik was benieuwd of er vanuit het kabinet, vanuit de Minister, iets meer is gezegd over de termijn waarop we met nog meer toegangsbewijzen gaan werken? Is dat tot het eind van het jaar, waar u het net over had? Of gaat u ervan uit dat dat tot het voorjaar is? Is daar door het ministerie iets over gezegd?

De heer **Bruls**:

Nee, niet meer dan er gisteren al wereldkundig is gemaakt. Wij hebben echt niet meer info dan u.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg.

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

Is het zo dat u zegt dat er nog iets ontbreekt in de toolbox? Zou u nog een instrument of een bevoegdheid erbij willen hebben? Het gaat, zoals u terecht aangeeft, eerst om naleving, gevolgd door controle en handhaving. Hebt u er behoefte aan dat die keten wordt versterkt?

De heer **Bruls**:

De verleiding is heel groot om een wensenlijstje te noemen, maar dat ga ik maar niet doen. In zijn algemeenheid, los van het type maatregelen, is het van belang dat die maatregelen robuust blijven en duidelijk zijn, want dat helpt bij het uitleggen en daarmee bij de naleving. En niet te veel stapelen in verschillende genres, want dat maakt het voor ons als uitvoerders alleen maar lastiger. Dat is eigenlijk het belangrijkste. Als je iets anders wilt overwegen, moet je dat de tijd geven om dat te kunnen gaan doen, en niet te snel.

**De voorzitter:**  
Meneer Wassenberg nog?

De heer **Wassenberg** (PvdD):  
Dank voorzitter, Nee, ik heb een helder antwoord gekregen op mijn vraag over een vuurwerkverbod. Daar dank ik de heer Bruls voor, en dan kan ik deze ronde overslaan.

**De voorzitter:**  
Mevrouw Gündoğan nog?

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):  
Ik heb even een vraag over meerdere keren een overtreding maken. Ik heb dat even niet paraat. Geven we dan ook steeds grotere boetes en moet het startbedrag van de boete eigenlijk überhaupt niet omhoog, om preventief meer afschrikwekkend te zijn?

**De heer Bruls:**  
Dat laatste niet per se. Want u moet niet onderschatten dat een boete van enkele honderden tot zelfs enkele duizenden euro's – het hangt een beetje af van het vergrijp – er bij een gemiddelde onderneming behoorlijk inhakt, los van wat het met je imago doet. Er zijn betrekkelijk weinig ondernemers of verenigingen die het leuk vinden om op die manier in de boeken te staan. Let op, het heeft vaak vergaande consequenties, bijvoorbeeld voor de horecaverGUNningen. Ik denk dat het gemiddelde horecabedrijf niet heel veel kan doen zonder horecaverGUNning. Dan kunnen ze bingo-avonden houden, maar dan moet iedereen zelf koffie en thee meenemen. Dat gaat hem dus niet worden, met alle lasten die je als ondernemer hebt. We beginnen standaard met een waarschuwing bij een overtreding. Daarna kan een boete komen of een tijdelijke sluiting. Bij een derde keer loopt je een grote kans dat je voor lange tijd, zeg een jaar, gesloten wordt, of misschien voor onbepaalde tijd, in afwachting van verandering van je gedrag. Dat moet ook wel, want ons gedrag wordt terecht ook door rechters getoetst. Daarom kun je niet zomaar het zwaarste middel uit de kast gaan halen. Tenzij u dat ons als wetgever mogelijk maakt. Dat wacht ik dan maar af.

**De voorzitter:**  
Mevrouw Agema nog? Nee. Mevrouw Bikker.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):  
Voorzitter, dank u wel. Toch nog een vervolg op mijn vraag van net. Ik vroeg aan burgemeester Bruls hoe hij dat stuk ziet, juist in de gemeenten en de wijken waar de vaccinatiegraad laag is. Want ik denk dat we daar niet komen met handhaven en het vertellen van één boodschap. Waar u juist pleit voor robuustheid, denk ik dat dat ook staat voor een robuust lokaal beleid. Is het zo dat, als de besmettingsgraad stijgt burgemeesters scholen, horecabedrijven en ondernemingen waar veel besmettingen voorkomen, uitnodigen op het gemeentehuis om te bespreken hoe de basismaatregelen zo goed mogelijk kunnen worden ingevoerd? Wordt dat al gedaan? Zijn daar nog dingen voor nodig die burgemeesters helpen om juist in wijken waar het knelt goed voor elkaar te zorgen? Ik ben heel erg op zoek hoe we de lokale verantwoordelijkheid, de subsidiariteit in de woorden van de heer Bruls, denk ik, beter gestalte kunnen geven.

**De heer Bruls:**  
Ik kan u zeker bevestigen dat subsidiariteit tot mijn historische bagage behoort. Dank. Ik denk dat het vooral gebeurt op die plaatsen – ik ga hier geen voorbeelden noemen – waar je kunt zien dat de vaccinatiegraad heel erg laag is vergeleken met het landelijke gemiddelde. Kijk, met een

gemeente als de mijne zie ik ook wel verschillen, maar dat zijn niet van die hele extreme verschillen. Je kunt dan vaak met algemene campagnes richting bepaalde buurten of groepen goed uit de voeten. Maar ik denk zeker dat er plaatsen zijn waar collega's, wethouders en lokale bestuurders samen met de organisaties er gericht op afgaan. Ik kan niet beoordelen of dat genoeg is of niet, maar ik kan het wel met u eens zijn, en ik ben het ook met u eens, dat het vaak heel erg goed werkt als je daar ook je gezicht laat zien of mensen uitnodigt.

Zelf had ik laatst een gesprek met een vertegenwoordiger van een migrantenorganisatie in de stad, niet omdat we nu gelijk een groot probleem zagen, maar om dit onderwerp gewoon naar voren te brengen. We hebben toen ook met elkaar besproken hoe ze iets kunnen doen. Zij hebben mij ook aangeboden daar best mee te willen helpen, omdat ze soms hun leden met net wat meer overtuiging kunnen aanspreken dan wij als overheid. Want ja, de overheid is dan toch de overheid en sommige mensen staan wat op afstand daarvan; dat is ook te begrijpen.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik heb ook een vervolgvraag. We weten nu in alle eerlijkheid gewoon dat het op heel veel clubs, heel veel sportverenigingen, niet lukt om in kantines om het coronatoegangsbewijs te vragen. Ik kom vaak genoeg bij sportverenigingen om dat best wel goed te kunnen zien, maar het blijkt natuurlijk ook uit de enquêtes. Hoe moet dat dan op het moment dat het coronatoegangsbewijs verder wordt uitgebreid? Gaan er dan ook boetes komen als clubs zich daar niet aan houden of niet aan kunnen houden?

De heer **Bruls**:

Ik maak wel een onderscheid. Als je een fysieke situatie hebt waarbij het evident is dat, als je er deskundig naar kijkt, het wel heel lastig wordt, dan gaan we kijken of we daar een oplossing voor kunnen vinden; dat vind ik iets anders. Ik gaf al aan hoe wij handhaven. Maar als een club evident zijn best niet doet, dan vind ik niet dat we een verschil kunnen maken tussen een club en een horecagelegenheid. Die horecaondernemer moet namelijk heel veel geld betalen, bijvoorbeeld voor belastingen. Dit zeg ik ook tegen verenigingen als het over het alcoholverbod gaat. Ik vind dat geen punt van discussie. Het kan niet zo zijn dat je lichter behandeld zou kunnen worden omdat je een vereniging bent. Maar ik heb er wél begrip voor als je als vereniging even de tijd nodig hebt om daarin te komen. Daar kunnen wij ook bij helpen. De maatregel die nu toegepast moet worden, is immers voor ons allemaal toch een wezensvreemde maatregel. Maar er komt natuurlijk wel een moment dat, als je ondanks de hulp die wij aanbieden echt niet mee wil doen, na de zachte arm van papa Bruls de harde arm van papa Bruls komt. Zo zit het leven ook in elkaar. Het is opvoeden, hè.

De **voorzitter**:

Deze opmerking laat ik weer even van mij afglijden, want anders gaat die mee in het debat. Dat moeten we even voorkomen. Ik gun mijzelf nog een vraag als u dat goedvindt, nu we nog een klein beetje tijd over hebben. Het kabinet kondigt aan dat het binnen nu en één week, max. tien dagen, al zwaardere maatregelen wil nemen. Dat is eerder dan de cyclus die we normaal gesproken hebben, want normaal gesproken hebben we twee weken de tijd nodig om te kijken of maatregelen effectief zijn. Feitelijk kunnen we nu al weten dat het kabinet over een week gaat aankondigen dat er nieuwe maatregelen nodig zijn. Mijn vraag is of deze maatregelen te verwachten zijn. Zijn die ook al in het Veiligheidsberaad besproken? Zo niet, wanneer wordt dat dan gedaan?

De heer **Bruls**:

Nee, deze planning is niet zo besproken, behalve dat er ook in ons overleg uiteraard gesproken is over de maatregelen die in voorbereiding zijn, die eventueel op een later moment nodig zijn. Dat hebben we gisteren allemaal gehoord en kunnen lezen. Dit wetende, ga ik er zonder meer van uit dat wij volgende week als Veiligheidsberaad voorafgaand aan die besluitvorming bij elkaar komen om die maatregelen te bespreken, althans, als die aan de orde zijn. Veel meer kan ik er ook niet over zeggen. Ik heb het ook gehoord en vernomen.

**De voorzitter:**

Ik kijk rond of er nog behoefte is voor een allerlaatste vraag. Dat is niet het geval. Ik kan het niet laten om te zeggen: nou, papa burgemeester Bruls, veel dank. Dat geeft alweer aan dat je daarom dit soort uitspraken niet moet doen, want die raak je niet meer kwijt. Dit soort uitspraken zijn heel gevaarlijk!

Ik wil burgemeester Bruls, in zijn hoedanigheid van voorzitter van het Veiligheidsberaad, danken dat hij hier aanwezig was, ondanks de korte uitnodigingstermijn. Ik denk dat het heel verhelderend was. Veel dank. Ik dank de leden voor hun aanwezigheid. Ik dank ook de griffier, de bode, de stenograaf en de anderen die hier aanwezig waren. Ik dank ook de mensen thuis die hebben gekeken.

We starten rond 14.45 uur met het plenaire debat. Ik hoop dat de gegevens van het RIVM dan aanwezig zijn. Daar hebben meerdere leden om gevraagd. Wij zullen ons daar ook voor inzetten.

Dan schors ik nu de vergadering. Sorry, ik sluit de vergadering. We zien elkaar vanmiddag plenair om 14.45 uur. Dank u wel.

Sluiting 12.20 uur.