

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1230

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 26 mei 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 12 mei 2021 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Agema
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn dertien leden der Kamer, te weten: Agema, Van Baarle, Van den Berg, Bikker, Van Esch, Gündoğan, Kuiken, Kwint, Paternotte, Pouw-Verweij, Stoffer, Aukje de Vries en Westerveld,

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

Aanvang 12.00 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Ik open deze technische briefing over de coronacrisis die wordt georganiseerd door de commissie VWS. We krijgen vandaag allereerst een update van de heer Ernst Kuipers, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Daarna volgen de heer Van Delden, programmadirecteur vaccinatie COVID-19 van het RIVM, en de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Ik heet mijn collega's van harte welkom: de heer Paternotte van D66, mevrouw Westerveld van GroenLinks, mevrouw Kuiken van de PvdA, mevrouw Gündoğan van Volt, mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren, mevrouw Bikker van de ChristenUnie, de heer Van Baarle van DENK, mevrouw De Vries van de VVD, mevrouw Pouw-Verweij van JA21 en de heer Stoffer van de SGP. Mijn naam is Fleur Agema. Ik ben fungerend voorzitter van deze commissie en zal aan het einde nog een vraag stellen, mocht daar tijd voor zijn.

We hebben minder deelnemers aan de technische briefing vandaag, omdat in de plenaire zaal tegelijkertijd het debat plaatsvindt over de informatie, maar ik vind de opkomst toch nog behoorlijk groot. Ik stel voor dat we bij de drie sprekers twee vragen doen. Mocht u een verduidelijkende vraag hebben bij een sheet, dan laat ik dat natuurlijk toe, maar er is wel een verschil tussen een inhoudelijke vraag naar aanleiding van een sheet en een verduidelijkende vraag. Ik denk dat we dat verschil allemaal wel weten. Bij een inhoudelijke vraag is het toch echt de bedoeling dat u die tot het laatst bewaart. Ben ik nog iets vergeten? O, de presentaties zijn te vinden op de website van de Tweede Kamer. Dan mag ik als eerst het woord geven aan de heer Ernst Kuipers.

Blok 1

Gesprek met:

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

De heer Kuipers:

Dank u wel. Ik zal proberen in een keer zo duidelijk mogelijk te zijn met een aantal dia's. Deze dia toont om te beginnen de dagelijkse instroom in de ziekenhuizen, weergegeven vanaf 22 februari. Dat was het laagste punt tussen een tweede golf en wat we later een derde golf zijn gaan noemen. In de doorgetrokken lijn toont de dia telkens het driedaagse gemiddelde in de instroom. Neem bijvoorbeeld het punt helemaal links, net boven de 150. Dat betrof de opnames van die dag, de dag daarvoor en de dag daarvoor. Het gaat dus om de opnames over 72 uur en dat gedeeld door 3. Dat delen door drie is vanwege de vele pieken en dalen en de grote variaties tussen dagen. Het is nog steeds een grillige lijn, maar je haalt het er iets uit. Dan zien we dat we lange tijd, van 22 februari tot 22 april, dus twee maanden lang, een continue stijging hebben gehad met 22 april als hoogste punt. Vanaf 22 april was er in eerste instantie een stabiel niveau, een afvlakking. Daarna zien we tot nu – dit zijn de data tot en met gisteren – echt een verdere daling.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ik begin meteen al met een verduidelijkende vraag. Gaat het hier allemaal om nieuwe opnames, of zitten bij de ic-opnames ook mensen die van binnen het ziekenhuis, bijvoorbeeld van een klinische afdeling, naar de ic zijn opgenomen, of zijn ze allemaal van buitenaf?

De heer **Kuipers**:

Het zijn nieuwe opnames. Dit zijn de landelijke cijfers.

De vorige dia toonde de getallen tot en met gisteren. Hier ziet u eigenlijk precies dezelfde cijfers, namelijk kliniek en ic-opnames bij elkaar, maar nu als weekgemiddelde. Dat haalt dat grillige er iets uit. Dan zien we vanaf begin januari eerst een daling en daarna een stijging. Dan bereiken we lange tijd een soort plateau met de hoogste pieken in de periode van 18 april tot 1 mei, twee weken lang, met cijfers van 311 en 312. Afgelopen week tot en met afgelopen zaterdag zien we voor het eerst echt een daling van 312 naar 275. Dat percentage, die 20% daling is de afgelopen periode een aantal keren voorbij gekomen. Dit was een daling van 12%. Dit was tot en met afgelopen zaterdag. Ik kan u vertellen: ook als we de getallen van de afgelopen vier dagen bekijken – dus dat is nog geen complete week, vandaar dat ik het hier nog niet toegevoegd heb – zien we dat de gemiddelde instroom 239 was. Dat is dus nog weer beduidend lager, als je dat afzet tegen die piek van de week 22 en 23 april, met 312 opnames. Dan zit je qua instroom inderdaad op die ruim 20% daling. Als je vanaf 312 die 20% naar beneden gaat, zit je op 250. Daar zitten we de afgelopen dagen net onder. Het is nog een incomplete week, maar het geeft in elk geval een indicatie dat die curve zich verder voortzet.

Dat vertaalt zich dan in de ziekenhuisbezetting. Dat gebeurt altijd met een vertraging. U moet zich voorstellen dat een besmetting van vandaag een mogelijke ziekenhuisopname over een week en een mogelijk ziekenhuisontslag, afhankelijk van kliniek en ic, over twee tot zes weken is. Dus daarom is er altijd een vertraging. Eerst zie je de besmettingen naar beneden gaan, dan de ziekenhuisinstroom en dan de ziekenhuisbezetting. De daling in de ziekenhuisbezetting zoals die hier is weergegeven, is, zoals ik zei, die van zijn klinieken en ic's in heel Nederland bij elkaar. We zagen de afgelopen week, tot en met zaterdag, voor het eerst in tijden echt een evidente daling. Tot en met gisteren stond het op 0, maar ik kan u vertellen dat de bezetting in de afgelopen 24 uur met 135 patiënten verder naar beneden gegaan is. Dat zijn de getallen die ik zojuist gekregen heb. Dat betekent dat je helemaal rechts, bij die nul, «min 5,4%» zou kunnen neerzetten voor de afgelopen vier dagen. Ik zeg opnieuw: het is nog een incomplete week, maar het toont aan dat de trend zich voortzet. Dat is gunstig.

Deze afbeelding toont vanaf het begin van de eerste golf, ruim een jaar geleden, het totaal aantal covidpatiënten in de ziekenhuizen. In blauw ziet u de patiënten op een klinisch bed, in oranje die op een ic-bed, met de kanttekening dat voor de eerste golf, in het begin, het aantal klinische patiënten nog niet exact werd bijgehouden en een aanname is. Maar dat geldt alleen maar voor het blauwe stukje helemaal links in de curve. Sinds later hebben we dat iedere dag precies bijgehouden.

Dan valt om te beginnen op dat de tweede golf, zoals u weet, al heel lang duurt, maar dat we daarbij ook al lang op een stabiel hoog niveau zitten. Eigenlijk liggen er al vanaf ongeveer begin oktober 1.500 of meer covidpatiënten in de ziekenhuizen. Als u nog iets verder op de getallen inzoomt, kunt u ook zien dat die oranje band helemaal rechts, het aantal ic-patiënten, tegenwoordig een groter deel van het totaal vormt dan bijvoorbeeld in de maanden oktober tot januari. Een belangrijke reden daarvoor is dat tegenwoordig in het hele land veel covidpatiënten langer thuisgehouden worden of eerder met ontslag gaan. Dat geldt natuurlijk niet voor de ic-patiënten. Naar rato hadden we in het verleden 23% tot 25% op de ic en tegenwoordig zit dat meer tussen de 30% en 33% op de

ic. Dat is dankzij de grote inspanning van huisartsen, wijkverpleging en ook vvt-instellingen die patiënten eerder overnemen.

Daarbij zijn we onveranderd iedere dag bezig met spreiden. Dit is een ontzettend druk plaatje, maar dit is één momentopname van hoe zo'n spreidingsbeeld tussen de regio's eruitziet. Helemaal links in beeld ziet u alle acutezorgregio's in Nederland. Het zijn er tien, waarbij de twee Noord-Hollandse bij elkaar opgeteld zijn.

U ziet dan in de tweede kolom de verdeelsleutel. Dat is het aantal bedden dat men in die regio heeft naar rato van het totaal. Dus het telt bij elkaar op tot 100%. Zo verdelen we. Dit is een beeld van de ic-patiënten tijdens een momentopname gisterochtend om 11.00 uur. Op dat moment waren er 748 ic-patiënten met covid. Als u kijkt naar die derde kolom van rechts, ziet u naar rato de over- en onderbezetting per regio op dat moment, één moment. Op basis daarvan verspreiden we. Dus regio's die overbezet zijn, proberen we te ontlasten, en regio's die onderbezet zijn, vragen we of ze een patiënt kunnen overnemen. Dit is de continue dynamiek. Dus als ik hier een beeld laat zien met plussen en minnen, moet u zich realiseren dat het in de middag of de volgende dag al weer anders kan zijn. Deze beelden worden dus nu bijna realtime iedere keer geüpdatet. Tot zover even wat betreft de situatie puur ten aanzien van het aantal covid-patiënten.

Tegelijkertijd monitoren we – de Nederlandse Zorgautoriteit, de GGD GHOR en het Landelijk Netwerk Acute Zorg, al die acutezorgregio's – de situatie overall in de zorg: de patiënten in ziekenhuizen, ook non-covid, de drukte in de verpleeghuizen, et cetera. Er komt nu een wekelijkse monitor, ook met dagelijkse updates. Dit is slechts een heel beperkt aantal plaatjes daarvan. U ziet dan het aantal verwijzingen van patiënten – let even op – keer 1.000, die zijn verwezen in het jaar 2019 en in 2020–2021. We zien dan dat in de afgelopen periode, met weer een hoge druk in die derde golf van het aantal covidpatiënten, het aantal verwijzingen – dat betreft dus de capaciteit in de ziekenhuizen voor het zien van non-covidpatiënten – weer onder het niveau ligt. Dat geeft aan dat dat straks ingehaald moet worden. Op de volgende sheet toon ik een ontzettend druk plaatje. Het gaat niet om de details, maar om te laten zien dat we daar tegenwoordig gewoon nauw op sturen. Dit zijn data die per acute zorgregio en op landelijk niveau verzameld zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt die data zien op de bovenste lijn in die hele drukke kruistabel, met daaronder de tien acute zorgregio's. Voor een hele rits aan aandoeningen is door de Nederlandse Zorgautoriteit gekeken naar wachttijden in absolute lengte. Ook is weergegeven of ze toenemen of afnemen. Het gaat niet om de individuele kleuren et cetera, maar het biedt ons een tool om nadrukkelijk te sturen en zo nodig regio's te ontlasten, bijvoorbeeld bij het overnemen van covidzorg. Op die manier kunnen we er zo veel mogelijk op sturen dat toegangstijden voor patiëntencategorieën in de verschillende delen van het land hetzelfde zijn.

Ziekenhuizen zijn ondertussen wel door de hoge en langdurige druk door covid, en zeker door de hoge druk overall op klinieken en ic's, in het hele land genoodzaakt om operatieprogramma's af te schalen. Dit zijn de data uit het laatste portaal. Iedere kleur is daarbij een acute zorgregio. We zien hierin de afschaling per regio in de tijd. Er wordt ook overlegd tussen regio's, zeker als het gaat om specifieke programma's. Stelt u zich bijvoorbeeld programma's voor transplantatie of programma's voor openhartchirurgie voor. Om te zorgen dat men elkaar helpt en er geen patiënten onverantwoord lang op een wachtlijst komen te staan, zitten centra ook separaat aan tafel. Dat is gewoon in de huidige fase allemaal passen en meten. U ziet rechts in het tabelletje ook iets staan over de verzuimcijfers voor personeel op de ic. Dat is 7,4%. Voor personeel in de kliniek is dat 7,7%. Ook dat monitoren we. Als er verschillen zijn tussen regio's, kun je daar ook op sturen om regio's die op een specifieke afdeling een hoog ziekteverzuim hebben zo nodig te ontlasten.

Uit diezelfde monitor komt ook de afschaling van de ok's voor de verschillende urgentieklassen naar voren. Hier ziet u dat weergegeven in de tijd. Het betreft een landelijk plaatje. Ik kan allerlei plaatjes laten zien, maar in dit plaatje gaat het met name om de zorg die niet per se binnen zes weken hoeft plaats te vinden, dus met de urgentieklassen 4 en 5. U ziet eigenlijk dat het nu in vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland ten minste gedeeltelijk en in sommige ziekenhuizen volledig is afgeschaald. Om daar één voorbeeld bij te geven, ziet u in de deze tabel data van het Erasmus MC in Rotterdam, het centrum waar ik zelf werkzaam ben, en dus ook wat data van kan tonen. Wij monitoren, zoals ieder ziekenhuis, de wachtlijst die we hebben, met specifieke aandacht voor de urgente zorg: aandoeningen die binnen zes weken na diagnose behandeld moeten worden. Het gaat hier dan om de operatieve zorg. De oranje doorgetrokken lijn toont in de tijd de toename van het aantal mensen dat op een wachtlijst staat in het Erasmus MC om binnen zes weken na diagnose geopereerd te worden. We zien die lijst langzaam toenemen, dus de lijn stijgt. Dat vertalen we ook voor iedere ingreep naar rato van de hoeveelheid tijd die het kost en daarmee ook naar een volledige dagsessie van één ok. Dat is die blauwe balk daaronder. U ziet dan dat wij ondertussen één ok – dit zijn de data van een week geleden – 344 dagen nodig zouden hebben om deze wachtlijst te adresseren. Daarbij realiseert iedereen zich natuurlijk dat dit een continuüm is, dus terwijl je daarmee bezig bent, komen er weer nieuwe patiënten met eenzelfde diagnose bij. Het is dus niet zo dat we dit 344 dagen doen en dat het dan klaar is; het gaat tegelijkertijd gewoon door. Dat betekent dus dat je uit kunt rekenen – dat doet iedereen – wanneer je ic-capaciteit weer naar beneden moet in je kliniek, om ten minste te zorgen dat je al deze 1.353 mensen binnen zes weken na diagnose kunt adresseren. Voor ons in het Erasmus MC gold dat uiterlijk komende zondag een deel van onze ic weer ingezet moet worden voor iets anders dan covid. We zijn dus ontzettend blij met de dalende trend, maar het betekent automatisch ook dat je die capaciteit direct voor iets anders nodig hebt.

Over wat voor diagnoses praat je dan? U ziet hier een aantal willekeurige voorbeelden. U kent ze ondertussen al wel. Het gaat bijvoorbeeld om sommige transplantaties en dan met name degene die je kunt plannen, dus met een levende donor, zoals een nier of lever. Het gaat om bepaalde hartchirurgie of bepaalde chirurgie voor patiënten met kanker. Vul de overige voorbeelden maar in. Het is een lange lijst.

Dan komen we helemaal tot slot op de prognose. Dit is het model zoals we dat vanuit het Landelijk Netwerk Acute Zorg in de afgelopen langere periode hebben gehanteerd. U ziet in rood het aantal patiënten die opgenomen werden na besmetting met een Britse variant, in blauw met de normale variant en in de rode driehoekjes de daadwerkelijke realisatie op dat moment. Het grijze vlak is de twee lijnen in het model bij elkaar opgeteld en de rode driehoekjes zijn de realisatie. U ziet dat die realisatie lang heel nauw gevolgd werd, soms één dag ervoor, soms één dag erachter, maar dat we in de periode vanaf ongeveer de week van 22 tot 29 april daarvan af beginnen te lopen en gelukkig naar beneden bijbuigen.

De heer **Paternotte** (D66):

Mag ik een verduidelijkende vraag stellen? Is de verdeling tussen de twee varianten op basis van het sequencen van de data van alle patiënten of is het een extrapolering?

De heer **Kuipers**:

Het is een extrapolering. Dank voor deze vraag. Dit is dus niet op basis van het sequencen van de data van alle landelijke patiënten, maar het is een extrapolering op basis van de verwachting van de ontwikkeling. Ik gaf zonet al die lijst aan van hoeveel capaciteit er is. Dit is natuurlijk de spreekwoordelijke olietanker. Wij moeten in de ziekenhuizen het volgende

weten. Als wij nu een patiënt plannen voor volgende week maandag voor bijvoorbeeld een openhartoperatie, dan hebben we daar een ok-team voor nodig, aansluitend 24 of 48 uur een ic en aansluitend de nodige dagen een klinisch bed. Dat betekent dat als je iets inruimt, je nu moet weten of je die capaciteit ook hebt of dat je die nodig hebt voor covid-zorg. Vandaar dat zo'n model noodzakelijk is.

In zo'n omslagpunt is het altijd lastig om te voorspellen wat er in de komende periode gaat gebeuren. Dit plaatje borduurt voort op het vorige model en kijkt naar ziekenhuisbezetting, kliniek en ic, net als in het vorige plaatje. De oranje bolletjes tonen de realisatie in de afgelopen periode. Die is hier iets anders weergegeven. Iedere stip is namelijk telkens de gemiddelde bezetting van die week, dus de bezetting van de dag waar de stip staat, plus die van de drie dagen ervoor en de drie dagen erna en daarvan het gemiddelde. Dan ziet u de trend. We zien nu de afvlakking. Dan zien we dat als we dat extrapoleren, we de doorgetrokken lijn naar beneden krijgen, die overigens doorloopt tot ruimschoots in juni. Het stippel- en streeplijntje geven aan wat er zou gebeuren als door wat voor oorzaak dan ook – de versoepeling, minder handhaving, vertraging in het vaccinatieprogramma, et cetera – alsnog het aantal besmettingen en de R-waarde weer met respectievelijk eerst 5% en dan 10% of 10% en 10% omhooggaan. Je ziet dat je wat dat betreft niet heel veel ruimte hebt. Zelfs een lichte opwaartse druk leidt tot een veel langer doorlopende curve.

De voorzitter:

Meneer Van Baarle heeft een verduidelijkende vraag. Meneer Van Baarle, wat wilde u nog vragen?

De heer Van Baarle (DENK):

Er werd gerefereerd aan de versoepelingen. Daarbij had ik één gedachte. Ik vroeg me af op welke data exact de voorspellingen in dit model gebaseerd zijn.

De heer Kuipers:

Dit zijn data op basis van ziekenhuisopnames, net als de vorige.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we naar de vragen die leven. Ik kijk naar de heer Paternotte. Wilt u meneer Kuipers een vraag stellen of wacht u even met uw vragen?

De heer Paternotte (D66):

Ik vond het verhaal heel helder en ik wacht even met mijn vragen tot de volgende spreker.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Westerveld?

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ja, ik heb wel een vraag. Dank voor de heldere presentatie met veel informatie. Als ik naar de presentatie kijk, dan is het beeld eigenlijk nog niet heel rooskleurig. Dan zie je dat de druk in de ziekenhuizen nog steeds hoog is. Dan zie je ook dat het ziekteverzuim volgens mij vrij hoog is. Ik weet niet precies wat het gemiddeld in de zorg is, maar het ziet ernaar uit dat de druk heel hoog is. Dan vraag ik me af hoe u, maar ook het personeel, dan kijkt naar de versoepelingen die zijn aangekondigd. Wat voor ... Volgens mij is mijn vraag duidelijk.

De heer Kuipers:

Aan de ene kant met begrip, omdat men ook ziet dat de vraag om versoepeling heel groot is en tegelijkertijd met heel veel voorzichtigheid.

Vandaar even deze figuur met die lijntjes, ons realiserend dat het een model is en dat iedere predictie moeilijk is. Maar wat we gewoon nodig hebben, is echt dat die lijn verder naar beneden gaat. Stabilisatie alleen is niet goed genoeg. Dat was een reden om even een voorbeeld van één ziekenhuis uit te lichten, maar ik had iedere andere ziekenhuisbestuurder in Nederland kunnen vragen om voor zijn of haar ziekenhuis hetzelfde te vertellen. Dan was het beeld hetzelfde geweest. Dit moet dus echt naar beneden, niet eens zozeer voor het ziekenhuis, maar voor onze burgers, onze patiënten. We begrijpen de versoepelingen, maar we geven wel de volgende kanttekening erbij. Op de huidige plek waar je nu zit, moet je eerst verder naar beneden en moet het een stabiele lijn naar beneden zijn, voordat je sneller gaat. Ik heb eerder de vergelijking gemaakt met het lopen van een marathon. Als dit de komende twee maanden nog even een marathon is, dan kun je in de eerste tien kilometer van de marathon een extra sprint doen. Dan ben je sneller bij het tienkilometerpunt, maar het is maar de vraag of je sneller bij de finish bent. Heel vaak ben je langzamer bij de finish.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ik weet uit eigen ervaring dat een marathon vooral vraagt om vol te houden, ook al doet het ongelofelijk veel pijn en is het best wel zwaar. En het gaat langzaam, althans in mijn geval. Maar dat is niet mijn vraag. De ic's en de ziekenhuisbezetting wegen we heel erg mee in het wel of niet versoepelen, maar de kritieke planbare zorg eigenlijk niet. Mijn vraag is: kunnen we dat volhouden of zouden we daar meer rekenschap van moeten geven? Mijn tweede vraag daarbij is de volgende. Er is vanuit uw collega's een oproep gedaan om, net als voor de pandemie, een crisis-aanpak te maken voor de kritieke planbare zorg. Die loopt nu buiten de pas en wordt niet meer binnen maximaal zes weken ingehaald. Dat wordt niet meer gered. Bent u daar voorstander van? Zo ja, hoe zouden we daar invulling aan moeten geven?

De heer **Kuipers**:

Dank voor deze vraag, want ik deel helemaal de suggestie die u daar in ieder geval aan mij doet. Wij moeten absoluut die andere zorg meewegen als een hele belangrijke factor. Dat is cruciaal, omdat er anders een grote kans is dat als je achteraf een analyse doet, je tot de conclusie komt dat de gezondheidsschade die men breed opgelopen heeft als gevolg van uitstel van non-covidzorg groter is dan de gezondheidswinst van het leveren van covidzorg. Dat klinkt heel tegenstrijdig, maar het gaat om grote aantallen patiënten. Ik liet dat al even zien met alleen maar de meer dan 1.000 mensen die op een wachtlijst staan in één ziekenhuis. Dus je moet dat meenemen.

Als je dat doet, als je het benadert als een crisisorganisatie, dan betekent dat ten minste een paar dingen. Eén. Het is cruciaal om dat niet als één ziekenhuis of als één regio te doen, maar als Nederland als geheel. De verbinding die we in het afgelopen jaar gemaakt hebben met de acutezorgregio's en het Landelijk Netwerk Acute Zorg helpt. De positie die we hebben in die informatievoorziening, waarbij we met alle hulp van de Nederlandse Zorgautoriteit en de GGD's telkens monitoren hoe het overal gaat met iedere groep en in iedere regio, helpt daarbij ook. Ook dat zou ik zeker overeind houden. Dat betekent niet het altijd blijven spreiden van patiënten, maar wel acteren waar nodig. Maak het meer een verplichting dat die samenwerking gecontinueerd wordt in zo'n acutezorgregio. Dat hebben we de afgelopen periode uitstekend gedaan, waarvoor veel complimenten voor mijn collega's. Als je het zelf heel erg druk hebt, is het niet gemakkelijk om toch nog de vragen te krijgen: «Zou u mij kunnen helpen? Zou u een patiënt van mij kunnen overnemen?» Maar dat hebben we nu meer dan een jaar lang continu gedaan. Ik denk dat we straks echt

goed moeten nadenken over hoe we ervoor zorgen dat dat een automatische wordt als we dat weer nodig hebben.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Allereerst dank voor uw presentatie. Ik heb een vraag naar aanleiding van de prognose vanaf nu die hier te zien is. U begint hier bij ongeveer 2.500. Ik vroeg mij het volgende af. Stel dat wij naar beneden zouden gaan en nog even de tanden op elkaar houden, om het maar even zo te zeggen, en we houden twee andere punten aan, namelijk 1.500 en 1.000. Stel dat er dan iets gebeurt en er kink in de kabel komt, om welke reden dan ook. Is dat dan voor ons allemaal niet een beter scenario dan het gepresenteerde scenario? Ik bedoel dat we sturen op een lager getal, waarbij we überhaupt over versoepelingen durven te praten, die modellen in acht nemende. Want met twee kinken in de kabel zou dit dadelijk – dat is bij mij een gedachte – zomaar nog een keer nog verder omhoog kunnen gaan.

De heer **Kuipers**:

De totale afweging van wat wanneer te doen is niet aan ons. Maar het is zeker zo dat als je op zo'n hoog niveau zit en je knikt, je heel snel weer tegen heel hoge niveaus aan zit. Ik schets het even, want het is prachtig. Het is telkens de dynamiek. Ik liet maar één plaatje zien van een momentopname van gisteren, maar ook vanochtend was er weer even sprake van de dynamiek van voldoende bedden zoeken voor het aantal patiënten dat overgeplaatst moet worden. Als dat tegen zo'n hoog niveau aanzit en er, zoals u dat benoemt, een heel kleine «knik» zit, dan zit je weer op datzelfde niveau, terwijl je meer speelruimte hebt als je aanzienlijk verder naar beneden gaat. Dus puur vanuit het ziekenhuisperspectief, zoeken wij naar de situatie waarbij het echt naar beneden gaat en het onder 2.000, onder de 1.500 komt en waarbij het aantal ic-patiënten onder de 500 komt, omdat dat de capaciteit geeft die wij nodig hebben.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ten eerste hartelijk dank voor de presentatie. Ik ben benieuwd of u een beeld kunt schetsen van het afgelopen jaar. Zijn er nou bepaalde regio's in Nederland waar aanzienlijk meer mensen het ziekenhuis in moeten wegens een coronabesmetting? En zit daar een verschil in? Ik snap dat die patiënten worden verspreid over het land. Misschien zijn er ook wel minder ziekenhuisbedden in bepaalde regio's. Maar ik ben benieuwd of er een overall beeld is. Zijn er bepaalde regio's die zwaarder getroffen zijn dan andere?

De heer **Kuipers**:

Dat matcht een-op-een met de besmettingen. De overzichten die u ziet per regio van het aantal besmettingen, zijn een exacte weergave van het aantal ziekenhuisopnames. Dat heeft natuurlijk met het volgende te maken. Veel mensen krijgen eerst klachten. Op een gegeven moment laten ze zich testen. Ze blijven thuis en als ze zieker worden, kruipen ze onder de wol. Op een gegeven moment wordt een deel van de mensen zo ziek dat de huisarts geroepen wordt en men naar het ziekenhuis wordt verwezen. Die verwijzing gebeurt naar een ziekenhuis in de eigen woonplaats of zo dichtbij mogelijk. Dus daar waar de besmettingen zijn, zijn ook de ziekenhuisopnames.

Als je kijkt naar de grootste instroom en de grootste uitplaatsende regio's, zie je het volgende. Over de hele periode van de tweede en de derde golf, sinds eind september, zijn de allergrootste uitplaatsende regio's wat betreft ic-patiënten de regio's Noord-Holland. Ik noem Amsterdam. Bij de klinische patiënten was de grootste regio, qua absoluut aantal, Zuidwest-Nederland: Rotterdam Rijnmond, Zuid-Holland Zuid. Als je alles bij elkaar bekijkt, zie je dat de grootste uitplaatsende regio's de regio's in de Randstad waren, dus Noord-Holland, Amsterdam, Leiden, Den Haag,

Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland-Zuid. De grootste ontvangende regio's zijn Midden-Nederland, namelijk Utrecht, Amersfoort et cetera, en Noordoost-Nederland: Groningen, Friesland en Drenthe.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank voor de heldere presentatie. Ik heb nog een vraag over de cijfers die u meer in het begin toonde. Ik vermoed dat niet alle mensen die nu thuisverpleging ontvangen, wat in het begin van de crisis niet kon, maar nu wel, daarin zijn meegenomen. Hoe verhoudt zich dat tot de drukte die in de zorg ervaren wordt? Wordt daar rekening mee gehouden en zouden we dat niet op een of andere manier terug moeten kunnen zien?

De heer **Kuipers**:

Dat klopt. Die getallen zitten niet in deze cijfers. Dus als ik het heb over meer dan 300 instromers – nu zijn het er 275 – voor opname in een ziekenhuis, zitten die getallen daar niet in. Hetzelfde geldt voor de bezetting in een ziekenhuis. De huidige cijfers zijn dat er landelijk zo'n 600 patiënten – of meer – thuis worden gemonitord. Dat zijn echt forse aantallen. Dat zijn niet mensen die af en toe een telefoontje moeten krijgen, maar dat zijn soms mensen die thuis zuurstofbehandeling krijgen of ontstekingsremmende medicijnen. Door die ontstekingsremmende medicijnen lopen ze risico op verhoging van hun bloedsuiker, dus kunnen ze tekenen gaan vertonen van suikerziekte. Ze krijgen dus een glucosemeter thuis, een bloeddrukmeter, een thermometer en intensieve monitoring, hetzij door de huisarts en de wijkverpleging, hetzij vanuit het ziekenhuis. Die mensen tellen we hier niet mee, maar dat is wel degelijk een andere vorm van intensieve zorg. Voor de betreffende patiënten en hun omgeving is het aantrekkelijk dat het op deze manier kan, maar het is ook aantrekkelijk als je het bekijkt vanuit de capaciteit die je in de zorg nodig hebt. We weten het dus beter te spreiden. Door die samenwerking kunnen we in feite ook meer patiënten opvangen. Als u vraagt of ik dat ook in kaart kan brengen, dan is het antwoord daarop: ja, dat kan. Ik weet het nu van individuele ziekenhuizen. Ik weet het nog niet landelijk, maar het feit dat ik die 600 weet, komt puur door extrapolatie. De stabiele factor is het aantal ic-opnames. Als je dat als percentage neemt en je zou het terugvertalen naar de eerdere percentages, dan kom je op die 600-plus uit. Dat past wel bij het beeld dat ik van individuele ziekenhuizen heb, die elk aangeven dat ze individueel 10 tot soms wel 50 patiënten op die manier monitoren.

De heer **Van Baarle** (DENK):

Het is een uiterst zorgwekkend beeld dat mensen op dit moment voor bijvoorbeeld hartchirurgie en kankeroperaties op de wachtlijst staan. Ik zou daarover graag iets aan de heer Kuipers willen vragen. Ten eerste heb ik een verhelderende vraag over de wachtlijst van urgente ingrepen binnen zes weken. Gaat het bij die wachtlijst om mensen die nog binnen die periode van zes weken vallen maar op een wachtlijst staan, of gaat het daarbij om een wachtlijst waarbij die zes weken al overschreden zijn? Dan mijn inhoudelijke vraag. Het gaat alleen al in uw ziekenhuis om 1.300 patiënten en 344 ok-dagen. Voor de covidbezetting zijn er verschillende scenario's: een optimistisch scenario, een wat realistischer scenario en een pessimistisch scenario. Wat is dan uw planning? Als u dat niet voor het landelijke beeld kunt zeggen, dan wellicht voor uw eigen ziekenhuis. Is het realistisch om die wachtlijst met urgente ingrepen die binnen zes weken moeten plaatsvinden op korte termijn te gaan inlopen? Is dat überhaupt haalbaar, of is daar iets voor nodig?

De heer **Kuipers**:

Eén. Op die wachtlijst staan mensen die nog binnen zes weken geholpen kunnen worden. Even voor de verduidelijking: stelt u zich een patiënt voor

die vandaag een diagnose krijgt dat er een hartklepvervanging moet plaatsvinden. Die patiënt moet dan binnen de termijn van zes weken na nu, die procedure kunnen ondergaan. Op het moment dat er een planning is voor een operatie over twee weken, en je stelt op dat moment de operatie uit, dan heb je vervolgens nog vier weken. Dat is de systematiek. Dus voor deze mensen geldt dat ze overall niet langer dan zes weken op de lijst moeten staan. De manier waarop je dat adresseert, is de urgentieklasse: iedereen binnen zes weken, maar sommige mensen moet je binnen een week doen of binnen 24 uur. Dat is dus echt de urgentieklasse en je kijkt ook naar de meest optimale mix in typen procedures. Zo maak je zo optimaal mogelijk gebruik van je capaciteit. Ik kan nog veel verder op de details ingaan, maar dat zal ik niet doen.

Wat is er nodig om dat ook landelijk te doen? Ik kan een voorbeeld noemen. We hebben vorige week overleg gehad tussen de Nederlandse transplantatiecentra – deze dia geeft een heel algemeen overzicht – om voor iedereen even naar de wachtlijst te kijken om te zien waar we elkaar kunnen helpen. Wat daar voor nodig is, is dat we zo veel mogelijk bij deze doorgetrokken blauwe lijn blijven en de aantallen gewoon toch binnen alles wat maar kan zo rap mogelijk doorgaan. Als je deze lijn vasthoudt, lukt het om dat te adresseren. Als je bijvoorbeeld teruggaat naar zo'n stippeltjeslijn die daar helemaal bovenin staat, wordt dat voor veel ziekenhuizen gewoon echt heel lastig.

De voorzitter:

Ik begrijp dat de vraag van de heer Van Baarle ook was: als deze situatie gelijk blijft, op welke termijn denkt u die achterstand ingelopen te kunnen hebben?

De heer Kuipers:

De totale achterstand inlopen gaat echt maanden duren. Ik legde het zonet al enigszins uit. Je hebt deze lijst, maar er is een continue instroom. Je moet dus en je nieuwe instroom adresseren en de mensen die op de lijst staan. Je moet dus eigenlijk de periode van je wachtlijst verkorten. Ik zal een heel gekke vergelijking maken, want ik zie u kijken. Excuseert u mij voor de vergelijking, maar misschien geeft het een beeld. Vergelijk met het een bad waar de kraan van openstaat en de afvoer vertraagd is. Op dit moment is de instroom groter dan de uitstroom. Op een bepaald moment, als je de afvoer weer openzet – ik geef het alleen maar even als een vergelijking, want het geeft het misschien weer – blijft de instroom hetzelfde. Dat is gewoon de vaste diagnose, de aantallen patiënten jaarlijks met een nieuwe diagnose kanker, met een diagnose van een hartklepafwijking, met een nieuwe indicatie voor transplantatie. Die instroom gaat door. Die kraan staat open, maar de doorstroom, de capaciteit, moet weer groter. Op het moment dat je de doorstroom groter maakt, bereik je het eerst het niveau – u zag die oranje lijn op een vorige dia omhooggaan – waarbij je het stabiel houdt en op het moment dat je die die nog groter maakt, maak je die wachtlijst weer steeds kleiner. Dan staan er minder mensen op. Is het hiermee duidelijk?

De voorzitter:

Zeker maanden, maar moeilijk inschatten.

De heer Kuipers:

Zeker. Het gaat maanden duren. Maar wat we al wel wisten, voor ons eigen centrum, is dat we als we aan het eind van deze week niet ten minste een deel van onze ic voor iets anders kunnen inzetten dat niet voor iedereen die op die lijst staat binnen zes weken redden. We moeten dus ic-capaciteit anders inzetten.

De heer **Van Baarle** (DENK):

Voorzitter. Ik hoop dat u het me toestaat om het even kort te herhalen. Want de heer Kuipers was er niet heel stellig in, maar het is voor mij wel heel belangrijk omdat ik me er ernstige zorgen om maak. Kan ik uit het antwoord concluderen dat we als we die blauwe lijn volgen gewoon in een scenario komen dat iedereen binnen die zes weken die behandeling kan krijgen en dat we het gaan inlopen met elkaar? Dat was eigenlijk de vraag.

De heer **Kuipers**:

Het antwoord is ja. En het aanvullende antwoord was: en tegelijkertijd ben je voordat je het weer terug hebt gebracht naar het oude niveau zoals het ooit was maanden verder.

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

Meneer Kuipers, dank voor de presentatie. Wat mij uit het hart gegrepen was, is dat werd opgemerkt dat samenwerking verplicht zou moeten worden in de toekomst. Ik heb een vraag naar aanleiding van pagina 9 van de sheets. Daar zie je dat er op dit moment toch al enorm grote verschillen zijn in het afschalingspercentage op de verschillende operatiekamers. In hoeverre is daar nu al wel of niet samenwerking? Dus in hoeverre worden er op dit moment al patiënten van elkaar overgenomen? Want als je die percentageverschillen zo ziet, zou je dat toch ook verwachten.

De heer **Kuipers**:

Dat is een hele cruciale vraag. Wel even de constatering dat het palet aan patiënten voor ziekenhuizen verschilt. Ik kan het palet laten zien voor het Erasmus MC, maar voor een regionaal ziekenhuis is dat weer anders. Dat betekent voor een deel in de verhouding van de patiënten soms andere urgentieklassen. Tegelijkertijd is het belangrijk dat ieder huis daar waar het maar enigszins mogelijk is de programma's gewoon door laat gaan. Maar nog betere afstemming, zeker om de urgentieklassen overal op dezelfde manier de adresseren, is gewoon echt nodig. Dat gebeurt werkende weg. Ik liet u al voorbeelden zien, met die hele drukke kruistabel met al die kleurtjes van de Nederlandse Zorgautoriteit. Voordat je elkaar precies begrijpt in wat je bedoelt met afschalen van een ok in percentages ben je al een tijdje verder. Het is dus work in progress, maar die afstemming heb je nog meer nodig.

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

Ik ga nog even door op een onderwerp dat een paar collega's al hebben aangekaart, de inhaalzorg. Ik denk dat het heel goed zou zijn als die samenwerking zou blijven, maar ik zie ook wel dat dat misschien een heel grote en moeilijke klus gaat worden. In Noord-Nederland ligt nu een derde van buiten de regio. Ik kan me voorstellen dat die zeggen: wij willen straks als eerste onze eigen inhaalzorg gaan doen. Wat is daarvoor nodig? Wat moet daarvoor geregeld worden? Wat gebeurt er op dit moment al om daar afspraken over te maken? Ik denk dat het wel cruciaal is dat we over het hele land, ondanks de regionale verschillen, zo snel mogelijk die inhaalzorg gaan doen.

De heer **Kuipers**:

Dat doel onderschrijven ik en mijn collega's helemaal. Ik denk dat we het hier allemaal met elkaar eens zijn dat het ontzettend belangrijk is dat je dat zo snel mogelijk doet en dat een patiënt die wacht op een urgente ingreep, maar op een gegeven moment ook een patiënt die wacht op een andere ingreep, in de ene woonplaats niet veel langer moet wachten dan in de andere.

Dan het percentage mensen in een regio. Het klopt dat er regio's zijn – u noemt er een – die procentueel meer patiënten van buiten de regio hebben en dat er ook regio's zijn die in deze golf, gewoon omdat het aantal besmettingen daar hoog is, eigenlijk alleen maar uitzendend zijn. Dat gaf ik ook al aan. Ik kom zelf uit zo'n regio. Wij sturen daar niet op. Wij kijken niet naar het percentage dat uit de eigen regio komt. Wij kijken naar de totale bezetting, overall, omdat we denken dat dat de beste maat is om iedereen zoveel mogelijk te garanderen dat die non-covidzorg doorgang kan vinden.

Wat er straks nodig is – laten we maar even hopen dat die doorgetrokken lijn straks realiteit wordt – is om te beginnen dat er binnen een regio verplicht regionale afspraken worden gemaakt. Daar is meer noodzaak voor. Je moet binnen een regio samenwerken om daarmee ook de garantie te bieden dat een patiënt zo veel mogelijk zo dicht mogelijk bij huis geholpen kan worden. In alle regio's in Nederland is het hele palet aan zorg ruimschoots aanwezig. Voor specifieke voorbeelden – ik gaf dat al aan voor transplantatiezorg – moet er tussen de betreffende centra – dat is vaak maar een beperkt aantal – samengewerkt worden. Dat moet men dan daadwerkelijk doen.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ik heb ook nog een vraag over de wachtlijst voor urgente zorg. Ik hoor u zeggen dat we afhankelijk van welke lijn we gaan volgen mogelijk het inhalen niet gaan redden of dat we het niet voor iedereen gaan redden dat ze binnen die zes weken geholpen worden. Dat gaat over de toekomst. Ik wilde ook nog even vragen hoe we op dit moment zitten. Lukt het ons op dit moment wel om iedereen binnen die zes weken te helpen en, zo niet, hebben we dan enigszins zicht op tot wat voor verlies van gezondheidsjaren of wat voor sterfte dat leidt? Kunt u daar iets over zeggen?

De heer **Kuipers**:

Om met dat laatste te beginnen: dat vergt echt meer tijd en een grondige analyse. Het is gewoon te vroeg om dat te zeggen, of je dat nou doet voor de zorg voor patiënten met hart- en vaatandoeningen of voor patiënten met kanker. Ik heb zonet al transplantatiepatiënten genoemd en er zijn nog andere categorieën. Je hebt gewoon een langere analyse nodig om uiteindelijk te kijken in wat voor stadium wat voor ingreep nodig was en tot wat voor gezondheidsresultaat dat heeft geleid. En hoe lang? Voor sommige aandoeningen kan je dat in de loop of aan het eind van het jaar al zeggen en voor sommige andere zal je misschien nog meer tijd nodig hebben. Maar de enige reden om het hier te benoemen, is dat het reëel is om er rekening mee te houden dat het oplopen van dat soort wachtlijsten tot gezondheidsschade leidt. Het benoemen en analyseren en dus ook het sturen op een zo snel mogelijke beschikbaarheid van die capaciteit is relevant. Het is niet, zoals zonet gezegd werd, alleen maar focussen op hoeveel covidpatiënten we hebben. Die andere groep is veel groter en net zo relevant.

Dan komt de vervolgvraag: lukt dat nu en lukt dat als je die blauwe lijn volgt? Ja, dan lukt dat, maar dan moeten we die lijn wel inderdaad goed naar beneden volgen en dat nauw monitoren. Wat dat betreft ben ik blij met het feit dat ook in die versoepeling echt gezegd wordt: we zien verschillende stappen en we doen dat per keer en we monitoren tussentijds wat er gebeurt.

De heer **Stoffer** (SGP):

Voorzitter. Ik dank de heer Kuipers voor de heldere presentatie. Het is vandaag de dag van de verpleging – misschien goed om daar even aan te refereren – en luisterend naar het verhaal denk ik: het klopt allemaal. Qua getallen zit het allemaal goed in elkaar. Mijn vraag gaat over de pagina's

11 en 12: hoe ga je om met die wachtlijsten? Als ik het kwantitatieve verhaal hoor met de scenario's enzovoort, denk ik: het zit goed in elkaar. Het is alleen de vraag welk scenario het wordt.

Meneer Kuipers is ook baas van een ziekenhuis en niet alleen van de getallen waarop hij stuurt. Het gaat hem ook om het welbevinden van het personeel, de mensen die in zijn ziekenhuis werken. Als je een bepaald scenario wil gaan lopen, betekent dat dat de zomervakantie niet wordt afgeschaald, hetgeen normaal wel gebeurt. En na de zomer moet alles op 110% staan voor inhaalzorg. Een heel groot deel van het personeel heeft de afgelopen tijd op de tenen gelopen. Dat denk ik niet alleen, dat weet ik wel zeker. Wat betekent dit voor het welbevinden van het personeel, het zorgpersoneel, de artsen en ga zo maar door? Zou meneer Kuipers daar iets meer over kunnen zeggen? We moeten daar ook oog voor hebben.

De heer Kuipers:

Dank u wel voor deze zeer terechte vraag. Het is goed om dit juist op deze dag te adresseren. Ik refereerde er al even aan in een van de eerste sheets die ik toonde: de sheet met die golfbeweging vanaf begin vorig jaar. Toen heb ik benoemd: kijk even hoelang we nu al op een hoog niveau zitten. Dat is eigenlijk al vanaf 1 oktober. Wat daarop een enorme impact heeft, wat daar doorheen speelt, zijn die golven. Het gaat omhoog, het gaat een tijdje goed en dan gaat het wéér omhoog, zonder dat je weet tot welk niveau. Dan gaat het weer een tijdje naar beneden en dan gaat het nog een keer omhoog.

In de afgelopen periode hebben ziekenhuizen lang gekeken wat het betekent voor het verlof in mei van die personeelsleden, heel vaak met een gezin, met jonge kinderen, met een partner in de zorg, bij de politie of waar dan ook. Als er dan iets met het gezin gepland is ... Veel ziekenhuizen hebben zo lang mogelijk gewacht, maar zijn op een gegeven moment, omdat de aantallen nog niet naar beneden gingen, gedwongen om meivakanties af te zeggen. Dat geldt ook in mijn eigen ziekenhuis. Dat betekent dat ook dat zich voor zich uitschuift. Je weet dat je dan ergens slim moet gaan zoeken. Wat vraagt het straks om die patiënten te kunnen helpen? Wat vraagt het ten aanzien van de ok? Mensen hebben gewoon recht op verlof en zijn daar ook heel erg hard aan toe. Dat betekent dat je in je capaciteitsmanagement heel slim moet sturen en dat je moet samenwerken in een regio om dat optimaal te doen. Dat betekent dat men in iedere regio het percentage afschaling en de mate van afschaling van ok en wachtlijsten vergelijkt: wie kan wat voor een ander doen?

Wat qua ziekenhuispersoneel helpt, is dat je op een gegeven moment in een stabiele situatie komt, dat je op een gegeven moment weet waar je aan toe bent. Dat geeft al een bepaald gerust gevoel. Wat ook helpt, is de grootschaliger vaccinatie van ziekenhuispersoneel. Er is lang op gewacht en men is dolblij dat het nu gebeurt. Ze zijn nog lang niet allemaal gevaccineerd, ook niet degenen die direct cliëntgebonden contact hebben, maar het gebeurt nu wel in groten getale. Dat helpt ook.

De heer Kwint (SP):

Dank aan collega Stoffer voor de mooie voorzet. Ik had namelijk ook een vraag over de Dag van de Verpleging. U vraagt terecht aandacht voor het ziekteverzuim. Dat zien we in de cijfers toenemen en dat is ook niet van vandaag of gisteren. Ik geloof dat er een paar dagen geleden een onderzoek naar buiten kwam waaruit bleek dat 200.000 medewerkers in de zorg mede vanwege toegenomen werkdruk en agressie overwegen de zorg te verlaten en dat 40% aangeeft mentaal minder gezond te zijn dan voor de crisis. Ik kan me goed voorstellen dat dat na zo'n lange periode ook z'n effect gaat hebben op je mentaal en psychisch welbevinden. U zegt wat u vanuit uw rol daaraan kan doen. Wat zou u de politiek adviseren? Wat zouden wij kunnen doen om het leven van al die

medewerkers in de zorg die het al zo lang zo zwaar hebben wat beter te maken?

De heer **Kuipers**:

Veel. Om te beginnen – het is heel flauw – meehelpen sturen dat dit daadwerkelijk gerealiseerd wordt en we er niet in blijven hangen dat we heel snel willen versoepelen, want daarmee accepteren we dat de aantallen heel lang heel hoog blijven; ik hoef de internationale vergelijking niet te maken. We hebben het zonet al even over een marathon gehad. Je wilt sneller naar beneden. Dat geeft al heel erg veel rust. Dat is belangrijk. Een tweede is meehelpen sturen dat regionale samenwerking realiteit wordt en we straks niet terugvallen in de situatie van voor covid. Het helpt als ziekenhuizen in gezamenlijkheid de druk zo goed mogelijk kunnen verdelen. Dat zijn twee heel belangrijke dingen.

Een derde is meehelpen in de beeldvorming. We hebben vorig jaar gezien dat er in eerste instantie enorm werd geapplaudisseerd. In tweede instantie kwam er een soort omslag in de zin van: we moeten dit met z'n allen allemaal doen omdat de zorg z'n zaakjes niet voor elkaar heeft. Ik vertaal het maar even heel plat: waarom hebben jullie nog niet de capaciteit opgeschaald? Maar er wordt echt keihard gewerkt. Het is zeer arbeidsintensief. Deze maatregelen nemen we niet om de zorg te ontlasten maar om iedere burger die hulp nodig heeft toegang te laten hebben tot de die hulp. Dat vinden we een basisgegeven van onze maatschappij. Dat heel erg uitdragen en daarbij blijven benadrukken «met dank aan» helpt ook.

De **voorzitter**:

Ik dank de heer Kuipers voor zijn uitgebreide beantwoording en zijn presentatie. We gaan even kort schorsen. Daarna gaan we luisteren naar de heer Van Dissel. Dank u wel, meneer Kuipers.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen deze technische briefing.

Blok 2

Gesprek met:

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

De **voorzitter**:

Inmiddels is de heer Van Dissel aangeschoven, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Ik stel voor dat we naar zijn presentatie gaan luisteren en dat we direct daarna de vragen doen die bij de Kamer leven. Het woord is aan de heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter.

Ik neem u mee in de presentatie die is rondgestuurd. De presentatie is redelijk volumineus. Ik wil u niks onthouden, dus ik heb ook wat achtergrondslides toegevoegd. Maar ik wil de belangrijkste dingen aanstippen. Dit overzicht kent u. Het enige wat hierin verandert, is de globale last: het aantal gevallen op de hele planeet. Dat zijn er meer dan 160 miljoen, maar dat is natuurlijk een grove onderschatting. Naast Brazilië is India helaas nu ook een brandhaard.

Dan de getallen in Nederland, in wat meer detail: het epidemiologische beeld. Aan de linkerkant staat het aantal positieve meldingen: de personen die positief worden getest. Het aantal meldingen telt nog op met

het aantal personen dat meteen naar het ziekenhuis gaat en daar getest wordt. Dat aantal kunt u niet helemaal uit het totale aantal testen halen. U ziet dat het aantal testen in de afgelopen week met ongeveer 13% is afgenomen ten opzichte van de week daarvoor. 12,3% van die testen was positief. Dat leidt tot een totaal aantal meldingen: iets van 47.000. U ziet dat dat ongeveer 10% à 11% gedaald is ten opzichte van de week daarvoor. Ik kom daar zo op terug. De curve geeft het zevendaagse voortschrijdende gemiddelde weer. U ziet dat dat na een piek nu dalende is. De roze bars geven de dagwaarde weer, de waarde per dag geplot tegen de tijd.

Aan de rechterzijde ziet u hetzelfde voor de ziekenhuisbezetting. Daarin is ook, aan de onderzijde, de ic-bezetting opgenomen. U ziet dat we na de piek van de tweede en de derde golf inmiddels in een dalend been lijken te zijn aangekomen, zowel wat betreft de ziekenhuisbezetting als de ic-bezetting. In de inzet ziet u het aantal opnames in de week ten opzichte van de week daarvoor. Als je naar de beide parameters, zowel de ziekenhuisopnames als de ic-opnames, kijkt over de hele week – dat is weer wat anders dan het zevendaagse voortschrijdend gemiddelde – dan zie je een afname in de waarden van ongeveer 20% à 22%. We lijken wat dat betreft gelukkig in een dalend been terechtgekomen te zijn. We zullen zo de consequenties daarvan bespreken.

De vorige keer was er een vraag over de leeftijdsverdeling van de patiënten die opgenomen zijn op de verpleegafdelingen van ziekenhuizen versus de ic-afdelingen van ziekenhuizen. Aan de rechterzijde zie je de ic-afdelingen. De curve van toen het in maart, april van vorig jaar begon, is eigenlijk volkomen identiek aan de curve die we momenteel hebben. Dat wordt ook gereflecteerd in de mediane leeftijd. De 50%-waarde bedraagt 64 à 65 jaar. Daar is eigenlijk geen verandering in gekomen sinds de uitbraak, nu ruim een jaar geleden. In de periode dat het op de ic's veel minder druk was, in de zomer van vorig jaar, werden er misschien relatief wat meer ouderen opgenomen. Dat ziet u hier natuurlijk niet in terug. Maar als je het begin van de epidemie met de huidige stand vergelijkt, zie je eigenlijk geen verschil in de mediane leeftijd op de ic. Dat verschil zie je daarentegen wel op de verpleegafdelingen. Daar was de gemiddelde leeftijd, de mediane leeftijd, wat hoger: 70 jaar. U ziet dat dat inmiddels naar 65 gegaan is. Daar is dus sprake van een afname van de alleroudeste groep. Dat is waarschijnlijk in belangrijke mate toe te schrijven aan de vaccinaties.

Dan neem ik u snel mee naar de plaatjes die ik steeds probeer terug te laten komen, zodat u ze herkent. Dit is het overzicht van alle veiligheidsregio's. Het is duidelijk dat we hoge regio's hebben en lage regio's. U ziet hierin de verschillen terug tussen de regio's binnen Nederland. Drenthe en Groningen zitten rond de 130 à 150, maar in Brabant-Noord ligt het toch een factor twee hoger. Datzelfde kunt u aflezen aan de grafiek aan de rechterzijde, waarop het per regio en voor Nederland in totaal vermeld is. Het kaartje geeft de intensiteit van de gevallen over de afgelopen twee weken weer. We komen nu uit op zo'n 270. Vorige keer dat ik hier was, zaten we tegen de 300. Dat is de afname, die we inmiddels zien.

Dan het aantal testen. Daar heb ik eigenlijk net al wat over gezegd. Dat gaat op en neer. We hebben een daling gezien, waarschijnlijk ook door de meivakantie, die weer resulteert in ietsje meer positiviteit van de testen die gedaan zijn. Daarbij zou ook een factor kunnen zijn dat personen thuis testen. We zien dat er een behoorlijke omzet van de zelftesten is. Je kan je voorstellen dat, als die negatief is, je er niks mee doet, maar dat je misschien anders naar de teststraat was gegaan en het dus aan de negatieven was toegevoegd, terwijl wordt aangeraden om, als een thuistest positief is, die te herhalen bij de GGD. Overigens is dat bijna altijd dezelfde uitslag, maar dan kun je je voorstellen dat het percentage positieven relatief iets toeneemt. Dus zowel de meivakantie als ander testgedrag als de testbereidheid speelt daar doorheen.

Hoe zien we die meivakantie dan terug in het aantal afgenomen testen en het aantal positieve testen? Het aantal afgenomen testen ziet u op deze pagina weergegeven. Ik heb benadrukt met de lijntjes bovenaan dat u in de groep kinderen van 0 tot 12 en van 13 tot 17 een belangrijke daling ziet van het aantal afgenomen testen, die u bijvoorbeeld niet ziet bij 18 tot 24. Die daling gaat ook gepaard met een daling in de groep 30 tot 39. Dan kunt u zich de interpretatie voorstellen dat zowel de kinderen als de ouders zich in de meivakantie minder laten testen. Dat zou dit beeld goed kunnen verklaren.

Dat vertaalt zich deels ook in de meldingen van positieve testen. U ziet hier eigenlijk hetzelfde beeld: een daling in de groep kinderen tot 18, een stijging bij de ouderen, en een daling bij de leeftijd 39. Dit loopt overigens tot week zeventien. Het vorige liep tot week achttien, maar het beeld is niet veranderd.

De voorzitter:

Mevrouw De Vries heeft een verduidelijkende vraag.

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

Ja, die gaat erover dat mensen zich minder laten testen in de meivakantie. Is dat omdat het vakantie is en men dan minder zin heeft om zich te laten testen? Of is het ook omdat de kinderen dan niet naar school gaan, minder besmettingen oplopen, minder virussen krijgen, minder verkoudheden oplopen?

De voorzitter:

Dat vroeg ik mij nou ook af.

De heer Van Dissel:

Dat effect kan natuurlijk nooit instantaan zijn, want je hebt altijd een incubatieperiode, dus dat zou dit niet verklaren. We weten niet zeker wat de verklaring is, want daar zou je weer onderzoek naar moeten doen, maar ik denk, afhankelijk van hoe dit zich weer herstelt nu de meivakantie stopt, dat we de precieze bijdrage kunnen zien. Maar we denken dat men misschien bij heftige klachten gaat. Dat soort verklaringen zouden hierachter kunnen zitten, maar zeker weten doen we dat niet. Wat hier belangrijk is, is in ieder geval dat de groep met de hoogste incidentiegetallen nog steeds de groep is van 18 tot pakweg 25. De jongeren zijn dus momenteel eigenlijk de driver van de uitbraak.

De heer Paternotte (D66):

Ik wil een korte verduidelijkende vraag stellen in aanvulling hierop. Er zijn dus geen aanwijzingen dat ouders hun kinderen minder laten testen omdat dat niet nodig is als hun kind niet naar school gaat om dat kind naar school te kunnen laten gaan?

De heer Van Dissel:

Ook dat is een interpretatie die we niet zeker kunnen weten. Wat hier in ieder geval opvalt – daarom wilde ik u dat laten zien – is dat u zowel bij de jonge kinderen als de ouders een daling ziet. Dat zou kunnen betekenen dat ze bijvoorbeeld in Nederland op vakantie zijn en ze wat minder de teststraat vinden. Dat soort verklaringen. Wat u noemt, zou daar deels mee kunnen spelen, maar wij denken eigenlijk dat het gewoon een meivakantie-effect is.

Dan even de infectieradar. Die geeft een overzicht van zelfmeldingen van klachten die zouden kunnen passen bij covid, opgesplitst in personen met en zonder hooikoorts. U ziet hier een beetje een dalende trend met wat hiccups, maar overall is die toch wat dalend de laatste weken. Op het kaartje ziet u waar de meldingen vandaan komen en hoe ze zich over

Nederland verspreiden. Er is weer wat extra aankleuring rond Brabant, passend bij de aantallen.

Dan wilde ik u eigenlijk ook even meenemen naar dit kaartje, want er is een boel te doen geweest om vaccinaties en de registratie daarvan. Daar wordt hard aan gewerkt. Maar wat ik u hier in ieder geval kan laten zien, zijn de vaccinatiepercentages die per provincie en per leeftijd zijn weergegeven. Die gaan niet tot 100; daar kom ik zo nog even op terug. Wat u hier eigenlijk ziet in de donkergekleurde balken, is het aandeel dat inmiddels twee vaccins heeft gehad. Die mensen zijn dus volledig gevaccineerd. U ziet dat dat met name voor de oudste leeftijdsgroepen opgaat. Bij de jongeren is het percentage dat een eerste prik heeft gehad hoog; een kleiner percentage heeft de tweede prik gehad. We weten natuurlijk niet of ze eerder geïnfecteerd zijn geweest, want dat zou betekenen dat je eigenlijk meteen in het donkere balkje zou moeten zijn. U ziet dat er bij de alleroudsten weer een schijnbare afname lijkt te zijn. Dat is zeer waarschijnlijk te verklaren door het feit dat die vaker in bijvoorbeeld verpleeghuizen wonen en dat verpleeghuizen nu net de instituten zijn die achterlopen met de rapportage naar centraal toe. Die aantallen worden natuurlijk wel lokaal opgeschreven, want dat moet; elke arts is daartoe verplicht. Maar dat betekent niet dat een arts die op dat moment, dezelfde avond, doorgeeft aan centraal. Ze wachten soms tot ze voldoende bulk hebben. Dat ziet u ook weer terug in de daling van de groep met de hoogste leeftijd. Al met al is het beeld natuurlijk toch dat die vaccinaties, die van 6,5 miljoen naar 7 miljoen zijn gegaan, natuurlijk toch effecten gaan hebben. Ik kom er zo nog op terug waarom dat belangrijk is. Dan samenvattend het beloop van de epidemie. De testvraag gaat wat omlaag. Het percentage positieve testen gaat wat omhoog. Het totale aantal meldingen ligt wel wat lager. Dat zou gunstig kunnen zijn, maar er zit wat onzekerheid in met betrekking tot de meivakantie. De instroom in de ziekenhuizen en de ic's zien we gewoon dalen. We denken nog niet dat we dan al bij dat voortschrijdend gemiddelde van -20% zijn, maar daar zitten we wel zo goed als tegenaan. Overigens heb je ook verschillende registratiesystemen die het weer ietsje complexer maken. Dat heeft er bijvoorbeeld mee te maken of je 's ochtends kijkt hoeveel mensen er op de ic liggen of dat je dat 's avonds doet. Daar kunnen gewoon verschillen tussen zitten; daar moeten we naar kijken. Ten slotte is de sterfte natuurlijk belangrijk gedaald, maar de grafiek heeft in de voorliggende week toch weer een oversterfte van 250 getoond.

Dan ga ik met u door naar de parameters die uiteindelijk leiden tot de modellering. Een daarvan is dat reproductiegetal; het aantal secundaire gevallen na een patiënt. U ziet hier weergegeven dat dat voor 22 april nog 0,93 was. U ziet ook de opbouw voor de verschillende varianten, waarbij het reproductiegetal van de Britse variant met 0,94 het hoogste is. Dat past ook bij het feit dat die besmettelijker is ten opzichte van het oude wildtype, zoals u daaronder ziet. Het feit dat het reproductiegetal overall bijna gelijk is aan het Engelse, komt natuurlijk doordat de Engelse variant bijna de hele uitbraak in Nederland heeft overgenomen. Dat zal ik u zo nog laten zien. Inmiddels wordt het reproductiegetal, althans het overall getal, twee keer per week bepaald. U ziet daar ook de waarde van 26 april nog; toen was die weer ietsje hoger. Maar al met al blijft het rond de 1. Het aandeel blauw in de curves linksboven is de representatie van de klassieke variant. Die is gedaald. En de Engelse variant, in rood, is opgekomen.

Dan de verspreiding van het reproductiegetal over Nederland. Daar is niet zoveel spannends over te zeggen. Dat is eigenlijk redelijk gelijk verdeeld, zonder dat een regio eruit springt. Dan ga ik ook nog even naar het reproductiegetal dat we kunnen berekenen op grond van de ziekenhuisopnames en de ic-opnames. Het eerste wat ik u toonde was op grond van de meldingen. U ziet dat ook daar de waarde inmiddels eigenlijk gelijk is en

rond de 1 ligt, met een behoorlijke spreiding. Die spreiding is hier veel groter, omdat de aantallen gewoon geringer zijn.

Dan de vertaling naar het aantal besmettelijke personen in Nederland op dit moment, althans enige tijd terug, want ook dat is uiteindelijk een berekening. U ziet dat er na een piek gelukkig inmiddels weer sprake is van een daling. We zitten nog op zo'n 150.000 personen. Dat is nog steeds een kwetsbaar en hoog aantal, voor de duidelijkheid. Maar u ziet wel dat er toch een knik ingekomen is en dat we duidelijk in een dalend been zitten, waarvan we natuurlijk hopen dat zich dat verder voortzet.

Dan neem ik u mee naar de modelleringen en de berekeningen daarvan. Het is allereerst van belang om na te gaan hoe het zit met de verschillende varianten in Nederland. U ziet hier in rood het aandeel van de Britse variant weergegeven. Het moge duidelijk zijn dat die inmiddels zo'n 96+% van de infecties in Nederland veroorzaakt. U ziet dat P1, de Braziliaanse variant, en de Zuid-Afrikavariant, die onderaan is weergegeven, zich in Nederland vooralsnog afspeelt tussen de 1% en de 2%. Dat neemt nog niet erg toe. Vanwege de lage getallen geeft dit ook onzekerheid met betrekking tot de vraag of deze varianten besmettelijker zijn dan de Britse variant. Mogelijk geldt dat bijvoorbeeld wel voor de Braziliaanse variant, maar de verschillen tussen de Braziliaanse en de Britse variant zijn natuurlijk klein. U ziet dat de verwachting is dat de Britse variant het beeld voorlopig bepaalt.

Hoe zich dat terugvertaalt naar bijvoorbeeld de rioolwatersurveillance, die het RIVM met de waterschappen doet, ziet u op het kaartje daarnaast. De rode dots zijn eigenlijk over heel Nederland verspreid. Dat betekent dat de Britse variant overal wordt teruggevonden in het rioolwater. Dat is waar een surveillance voor is opgezet.

Dan over vaccinatie en de strategie die VWS daarvoor heeft, waarbij de verschillende vaccins zijn weergegeven. Voor de duidelijkheid: dit hele beeld wordt, ook naar de komende weken en maanden toe, meegenomen bij de berekeningen in het model. De effectiviteit per vaccin verschilt wat. Dat heb ik op de allerlaatste twee pagina's toegevoegd als addendum. Daar kunt u het verschil tussen de vaccins terugvinden; dat wordt ook allemaal meegenomen in de berekeningen. Aan de rechterzijde ziet u dat de varianten inmiddels de klassieke variant hebben verdrongen. Dat betekent dat we alleen nog maar rekenen met de meer besmettelijke types.

Hoe zit het dan met de interpretatie van de huidige getallen en de kortetermijnprognose? Het onderliggende model is eigenlijk gebaseerd op de contacten die men heeft, want het aantal contacten en de duur en de intensiteit daarvan, bepalen de kans op overdracht. Elke situatie levert contacten op: ook de situatie waarin wij hier bijeenzitten, al zal de kans op besmetting gezien de goede afstanden klein zijn. Zo tellen alle contacten natuurlijk op. Daar hebben we informatie over, die onderliggend is aan het model. Uit contactmatrices weten we wat de verschillende interventies voor gevolgen hebben, bijvoorbeeld het openstellen van het basisonderwijs en het mogen ontvangen van twee personen thuis, in plaats van één persoon. Dat wordt meegenomen in de modellering. Ik zal u zo aan de hand van de groene lijn laten zien wat de voorspelling is op basis van de huidige getallen naar de nabije toekomst toe. Ter referentie ziet u nog twee andere lijnen, die weergeven wat de effecten waren geweest wanneer er wel of geen interventies waren gedaan.

Dan ziet u aan de rechterzijde de modellering die is uitgevoerd over de ic-opnames en de ic-bezetting. De dots geven de daadwerkelijke getallen weer zoals we die binnenkrijgen, in dit geval via NICE. De allerlaatste getallen worden soms nog aangevuld; daar geldt de correctie voor die daarbij staat aangegeven. In blauw ziet u hoe situatie volgens het model was geweest als we geen enkele versoepeling hadden gedaan. In rood ziet u hoe de situatie was geweest als we het eerder hadden vrijgelaten en we geen lockdown en dergelijke hadden gehad. Dan was het aantal besmet-

tingen behoorlijk gestegen – de groene lijn geeft de mediane waarde aan – ten opzichte van wat we uiteindelijk hebben gezien de afgelopen weken.

Er zijn denk ik een aantal dingen belangrijk aan de fit die ik u hier toon. Allereerst valt op dat de groene lijn, de bedbezetting, heel nauw volgt. Dat geldt gemiddeld natuurlijk ook voor de opnames, die van dag tot dag kunnen variëren. Dat is één. Het tweede is dat u hieruit kunt afleiden dat we in beide gevallen eigenlijk over de piek zijn van zowel de opnames als de bedbezetting. U ziet dat de lijn verder alleen maar dalende is.

Ik heb net ook wat van de discussie die u had met collega Ernst Kuipers gehoord. Dan is natuurlijk de vraag hoe zeker we weten dat het daalt en waarom het überhaupt daalt. Het belangrijke onderscheid is dat we de daling niet zo moeten interpreteren als dat die komt doordat we ons beter aan maatregelen houden, want dat doen we in alle eerlijkheid niet, maar wel doordat het aantal personen dat immuun is voor infectie toeneemt. Hoe word je immuun voor infectie? Dat word je door het doormaken van de infectie en door gevaccineerd te worden. U ziet die lijn dus dalen door het effect van vaccinatie en door het effect van doorgemaakte infectie. Dat betekent ook dat we met enige zekerheid kunnen voorspellen dat zo'n lijn niet plotseling weer zonder meer omhoog zal knikken. We gaan namelijk in een hoog tempo door met vaccineren. Dat betekent dat er steeds meer immune mensen worden toegevoegd. Daarin zou eigenlijk alleen een belangrijke verandering kunnen komen als er op de andere vlakken een ongewenste verandering plaatsvindt. Dat kan enerzijds het gedrag zijn, maar het kan – voor de duidelijkheid – natuurlijk ook zo zijn dat de vaccinaties plotseling gestopt moeten worden, omdat er bijvoorbeeld geen aanvoer meer is. Dat soort factoren kunnen dat dan gaan bepalen. Maar u ziet bij beide een dalende lijn.

Dan kun je je afvragen: waarom heeft het OMT nu voor die 20% gekozen als maat om te versoepelen? Dat is een waarde die we afleiden uit de variatie rond de mediane lijn die u aan de linkerkant met name ziet. Het beeld dat dit oplevert leidt er uiteindelijk toe dat we, als de besmettingen echt 20% gedaald zijn ten opzichte van de piek van de mediane waarde, voldoende zekerheid hebben dat we in het dalend been gekomen zijn. Ik zal u zo laten zien waarom we dat belangrijk vinden.

Exact dezelfde berekeningen zijn gedaan voor de ziekenhuisopnames. Eigenlijk geven die hetzelfde beeld wat betreft de variatie van de dag-tot-dagwaarde ten opzichte van de mediane waarde van de opnames. De bezetting is een meer stabiele parameter, omdat men een bepaald aantal dagen in het ziekenhuis ligt. Op de verpleegafdeling zal dat ongeveer een week zijn, op de ic's zo'n zestien of zeventien dagen. Dat geeft dus een veel stabielere beeld. Maar ook daar verwachten we dat we over de piek heen zijn.

De conclusie is dus dat er een piek bereikt lijkt te zijn en dat we op de piek van de bedbezetting lijken te zitten. We gaan daar misschien snel overheen. De situatie van de laatste dagen wekt de suggestie dat dat inderdaad gaat gebeuren. Ik wil benadrukken dat we dus in een andere fase zitten dan eerder. Waar we eerder strengere maatregelen moesten nemen om de lijn weer omlaag te krijgen, gaat de lijn nu omlaag door het feit dat er infecties zijn geweest, maar met name natuurlijk omdat er zo uitvoerig gevaccineerd wordt.

Daarbij is sprake van een aantal aannames, die ik deels al heb besproken. Een model is altijd een representatie van de werkelijkheid, maar het is natuurlijk ook een versimpeling. Dat betekent dat het er minder gunstig uit kan zien als die aannames niet kloppen. De volgende zaken zijn bijvoorbeeld onderliggend aan de modellering: dat vaccins moeten werken, dat ze hopelijk ook werken tegen de overdracht van het virus, dat er in ieder geval een aantal jaren sprake is van immuniteit en dat die ook voor andere varianten geldt.

Dan neem ik u mee in de doorrekeningen van stap 2, die we natuurlijk gedaan hebben. Dat is eigenlijk hetzelfde type analyse. U ziet hier de verschillende maatregelen, waarbij er sprake is van versoepeling c.q. openstelling. Als u naar de invloed daarvan kijkt, zoals de prognose is op grond van de modellering, dan ziet u in de onderste, blauwe lijn, de situatie als we noch stap 1, noch stap 2 zouden zetten. Stap 1 is inmiddels gezet. Dat betekent dat we de groene lijn verwachten te volgen. U ziet ook dat die stap 2-versoepeling eigenlijk maar een zeer geringe verandering van het beeld geeft, mits alle aannames correct blijven. Dat is mede zo vanwege het feit dat het toch voornamelijk de buitenlucht betreft, waar de infectiekans nou eenmaal wat minder hoog is. Het geeft wel ietsje een verbreding van de onzekerheidsmarge, die er altijd in zit. Dat ziet u hier voor de ic-opnames en de ic-bedbezetting weergegeven. Hetzelfde kunnen we opnieuw voor de ziekenhuizen doen.

Hetzelfde kunnen we opnieuw voor de ziekenhuizen doen. U ziet dat ook hier de verwachting is dat als je eenmaal in dat dalend been zit – en die verwachting hangen wij dus op aan die -20% – je ervan uit kunt gaan dat die stap 2-opening relatief weinig zal veranderen aan het beeld. Dus weer even de samenvatting van het geheel. De piek lijkt in ieder geval niet te veranderen als je daar eenmaal overheen bent. Er is misschien wel een kans op wat «schoudering», zoals wij dat noemen, van zo'n afdalend been. En dat versoepelen een wat langzamere daling geeft ten opzichte van helemaal geen versoepeling, dat moge ook duidelijk zijn. Al met al is er toch het vertrouwen dat stap 2 goed kan, maar vanuit het OMT maken we daarbij wel de opmerking dat al die onzekerheid wel zeker moet worden gesteld door die -20% in dat voortschrijdend zevendaags gemiddelde te halen. En dat je daar een voortschrijdend zevendaags gemiddelde voor gebruikt, is gewoon omdat je daarmee de dag-tot-dagvariaties wegvangt en niet in allerlei 20+ of -1 of 2% geraakt. Dus dit is op zich gewoon een stevig getal.

Dan laat ik nu nog de verschillende sensitiviteitsanalyses zien. Dat zijn gevoeligheidsanalyses waarbij je kijkt of het model niet onevenredig door een van de aannames bepaald wordt. U ziet hier aan de bovenzijde, in de bovenste rij van de grafieken, stap 1 en aan de onderzijde de toevoeging van stap 2 weergegeven voor de opnames en voor de bezetting. En vervolgens is er een aparte grafiek voor wanneer vaccinatie ook werkt tegen transmissie versus als dat helemaal niet het geval zou zijn. U ziet dat dat een fors effect heeft. Dat noemen wij dan «schoudering». U ziet een soort knik ontstaan in dat dalend been, maar het is nog wel dalend. Maar als het zou opgaan, dan ziet u dat de belasting van de zorg gedurende langere tijd toch redelijk fors zou zijn.

Hoe zit het dan met de laatste inzichten met betrekking tot de vraag of het al dan niet die transmissie beïnvloedt? Ik denk dat we daar op zich best redelijk gunstige berichten over krijgen, maar dat dat zeker niet 100% zal zijn. Studies die inmiddels als Israël komen, maar ook uit Engeland, tonen aan dat een vaccinatie zeker effect zal hebben op de overdracht. De kans dat je het virus aantreft in de keel is lager. En als je het aantreft, is de hoeveelheid kleiner, waardoor de besmettelijkheid waarschijnlijk wat geringer is. Dus we verwachten ergens tussen die twee grafieken in te zitten. En hopelijk gaan we natuurlijk wat meer naar de linker- dan naar de rechtergrafiek.

Dan hebben we ook nog gekeken naar de invloed die de schoolopeningen hebben gehad. We hebben gekeken wat voor effecten het eerder openen van scholen zou hebben. Ik laat hier zien – omdat er als eerste veranderingen bij de scholen waren – wat daarvan het gevolg is geweest, althans in de modellering. Dit is dus een interpretatie. Wat u hier ziet, zijn weer de ic-opnames. De groene lijn is eigenlijk dezelfde lijn als de lijn die ik u net toonde, maar voor de stap 1-versoepelingen. De rode lijn is de verandering ten gevolge van alleen maar het openen van de basisscholen. De blauwe lijn zouden we volgens het model hebben gevolgd als er helemaal

geen openingen van scholen zouden zijn geweest. U ziet dat de scholen natuurlijk toch een effect hebben gehad op het aantal personen dat COVID-19 krijgt en ook op het aantal ic-opnames. Daarbij moet ik overigens wel toevoegen dat de groene lijn ook de opening van de contactberoepen als bundel had. Dat is dus niet alleen maar aan het voortgezet onderwijs toe te schrijven, maar ook het feit dat we toch vooral zien dat er verspreiding onder de jongeren is, bevestigt dit beeld ook wel. De scholen hebben in de tweede en de derde uitbraak wel degelijk wat gedaan, maar hopelijk zitten we inmiddels in een dalend been en kunnen we ook snel kijken naar het voortgezet onderwijs. Zoals u gisteren heeft kunnen horen, zijn er ook al afspraken gemaakt om dat te gaan berekenen en om daar nog eens een context voor weer te geven.

Ook voor de scholen kort zo'n gevoeligheidsanalyse. U ziet dat daar nog meer geldt hoe belangrijk het is dat vaccins niet alleen individuele ziekte voorkomen, maar ook overdracht. Als we geen overdracht voorkomen, komen we uit bij de linkergrafieken van de twee gebundelde kolommen. Dit betekent dat we naar een veel langzamere daling zouden gaan dan die we hopen te gaan zien. Dat zijn dus de twee linkergrafieken in de kolommen. Ik heb hier weer even stap 1 en stap 2 toegevoegd; dat zijn de onderste. Vandaar dat ik die even als enige open heb gelaten. Hetzelfde ziet u op deze sheet voor de ziekenhuisopnames. Ook daar is sprake van die schoudering, wanneer vaccins minder zouden doen tegen transmissie dan gehoopt.

Dan kom ik tot de conclusies: wat kunnen we voorzien met stap 2? Als we die daling van 20%, die eigenlijk een representatie is van het feit dat we met zekerheid over die piek zijn, gehaald hebben, lijkt stap 2 een gering additioneel effect te geven. De snelheid van dalen vermindert misschien ietsje. In welke mate die vermindering er is, hangt uiteindelijk ook af van de karakteristieken van de vaccins ten opzichte van de overdracht van het virus. Onze oproep is om in ieder geval de 20% – ten opzichte van de piek – af te wachten. Ik denk dat die gisteren in de persconferentie is vertaald en is weergegeven. Dat wordt komend weekend beoordeeld. We zien dat we daar al redelijk tegen aanlopen. Ten slotte merk ik op dat dit allemaal kan onder de premisse, de aanname, dat de opvolging van de maatregelen niet verandert. Als men dit zou zien als reden om bijvoorbeeld de basisregels los te laten, zul je heel snel zien dat de afname gaat afnemen en dat we dan naar zo'n schoudering kijken. Dat betekent dat de zorg, waar u zojuist over heeft gesproken, toch nog langdurig belast zal zijn.

Dan heb ik alleen nog een dia over de positie van Nederland in Europa. Qua aantallen is dat niet een heel fraaie, want we staan samen met Zweden bovenaan. U ziet bijvoorbeeld dat landen die een hele hoge piek hebben gehad, maar ook veel hebben gevaccineerd, zoals het Verenigd Koninkrijk, inmiddels helemaal onderaan staan. Nederland is kwetsbaar wat betreft het aantal personen dat gemeld wordt en het totaalaantal personen dat nog ziek is.

De laatste dia laat ik even voor wat het is. Die is met name bedoeld om, als u dat wilt, de achtergrond te geven van de effectiviteit van de vaccins tegen ziekte, tegen transmissie en tegen ziekenhuisopnames. Het AstraZenecavaccin voorkomt – dat is heel mooi – na één prik al ziekenhuisopnames. De andere vaccins doen dat ook. Dat is ook even ter referentie toegevoegd.

Ik dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel voor uw presentatie. Ik kijk naar de heer Paternotte. Heeft u nog een vraag?

De heer **Paternotte** (D66):

Nee. Dank voor de heldere presentatie. Ik bewaar mijn vragen voor de laatste spreker.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik heb wel een vraag. Die gaat specifiek over de sheet waar gesproken wordt over meldingen naar leeftijd. We zien dat het aantal meldingen onder 18- tot 24-jarigen best hoog is. Ik vraag me af hoe dat kan, want dit is niet de groep die afgelopen jaar naar school is geweest en met 25 leerlingen in een klas zit. Dit is ook de groep die als laatste gevaccineerd wordt. Behalve de vraag hoe dat kan, heb ik de vraag hoe we ervoor zorgen dat het aantal besmettingen in deze leeftijdsgroep omlaag kan, zodat zij ook deze zomer weer wat perspectief hebben.

De heer **Van Dissel**:

Eerst wat betreft de vraag hoe dit kan. Dit wordt gemeten. We weten dat besmettingen alleen tot stand komen als er contacten zijn geweest, dus dat is eigenlijk gewoon het antwoord. Aan de andere kant kun je je ook realiseren – dan zeg je niks fouts – dat je op Koningsdag in belangrijke mate deze groep zag in het Vondelpark. Dat is overigens heel begrijpelijk, maar het is wel gedrag, een handeling die soms tot infecties leidt. Dat is denk ik toch het antwoord. Dit is blijkbaar de groep die elkaar momenteel toch het meest opzoekt, ook op een manier waarop contacten kunnen leiden tot besmettingen. Met betrekking tot vaccinatie: je kan je voorstellen dat je, als de andere groepen gevaccineerd zijn, uiteindelijk ook bij dit soort groepen komt, ook omdat je wil bieden wat u al noemt, afhankelijk van wat men daar in Europa over besluit. Maar je wil natuurlijk eerst de groepen vaccineren die de hoogste risico's en kansen hebben om naar het ziekenhuis te gaan. Dat is bij deze groep natuurlijk gering, dus het is een continue afweging daarvan.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik heb wel een vraag. Die heeft ook te maken met wat meneer Kuipers net liet zien. Hij zei dat we de opnames in de ziekenhuizen onder de 1.500 moeten brengen. Ik heb even snel zitten rekenen. Dan zouden de opnames niet met 20%, maar met 40% moeten zijn gedaald. Als ik dan pagina 21 van de sheets neem, waar zes aannames staan waarover nog heel veel onduidelijkheid is, mede omdat niet duidelijk is hoe besmettelijk de Indiase variant is en wij ook niet weten of gevaccineerd zijn daadwerkelijk transmissies vermindert, omdat we daar nog te weinig feiten voor hebben – het lijkt erop, maar we weten het niet zeker – dan vind ik 20% best een magere inzet. Dan zou ik zeggen dat we pas vanaf 40% mogen gaan versoepelen, zeker als we de rest van de zorg ook in acht willen nemen.

De heer **Van Dissel**:

Dat laatste is aan u. Wij kunnen alleen maar advies geven over wanneer we denken dat het verantwoord zou zijn op grond van de modellering. De belangrijkste reden om de grens bij 20% te leggen en niet bij bijvoorbeeld 30%, is dat we door die grens daar te leggen de zekerheid willen hebben dat we in een dalend been zitten. Als we in een dalend been zitten, is het gezien het model, zoals ik ook laat zien met de prognoses en de verwachtingen, natuurlijk niet logisch te veronderstellen dat het plotseling weer omhoogschiet. Die -20% is gekozen om zekerheid te hebben over het dalend karakter van de uitbraak. Dat past ook bij het feit dat we steeds meer vaccineren, want steeds meer mensen waarop het virus zou kunnen overspringen, maken we immuun en geven we afweer tegen het virus. We weten dus ook dat als we eenmaal in een dalend been zijn, het model als het ware kloppend is en dat een deel van de aannames, die nu nog onzeker zijn omdat we die daling nog niet eerder gezien hebben, dan

letterlijk aannemelijker en waarschijnlijker wordt. Dat betekent ook dat we beter naar de toekomst kunnen modelleren.

Ik steun verder de gedachte dat we lager willen komen, want we willen de ic's gedurende de zomerperiode zodanig kunnen ontlasten dat men daadwerkelijk rust kan nemen. We moeten ook de inhaalzorg doen waar zojuist over gesproken is. Wij hebben de verwachting dat als we eenmaal die daling zien en die grosso modo klopt met de voorspellingen die ik u hier laat zien, we er dan ook van uit kunnen gaan dat we het gaan redden. Je kan natuurlijk besluiten om te wachten tot het helemaal zover is. Wij proberen versoepelingen al zo veel mogelijk eerder toe te laten, zodra je weet dat ze verantwoord zijn, omdat daar natuurlijk ook om gevraagd wordt.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik ben bij de laatste sheet, op pagina 31. Ik vind het toch wel zorgwekkend dat Nederland wat betreft het aantal besmettingen nog steeds heel hoog staat ten opzichte van andere landen in Europa. Uiteraard is het Verenigd Koninkrijk zeer ver in het aantal vaccinaties, maar dat zijn zeker niet alle landen die hier enorme dalingen laten zien, waaronder Frankrijk en België. Ik ben dus benieuwd of er een verklaring voor is te geven dat die andere landen al enorme dalingen laten zien en dat wij daar nog niet in zitten.

De heer **Van Dissel**:

Dat is natuurlijk een zeer complexe verklaring, omdat er zo veel verschillen spelen. Dat hangt af van de situatie in het land, ruraal versus stedelijk; we zijn natuurlijk een dichtbevolkt land, et cetera. Maar wat in ieder geval speelt, is natuurlijk gedrag. Hoeveel infecties zijn er geweest? Engeland zit nu goed, maar twee maanden geleden was de situatie daar natuurlijk echt hopeloos, met overvolle ziekenhuizen. Dat betekent wel dat toen dus ook een heleboel mensen de infectie hebben gehad. Die zijn nu natuurlijk immuun. Het feit dat je de infecties drukt, heeft dus eigenlijk weer als nadeel dat je meer moet vaccineren om uiteindelijk dezelfde graad te bereiken. Hetzelfde geldt voor Portugal en Ierland. In Portugal ziet u het ook mooi gerepresenteerd. Portugal heeft een geweldige piek gehad. Die zijn dus ook lang doorgegaan met een heel strikte lockdown, veel strenger dan wij ooit gehad hebben. Dat resulteert nu in een lager aantal. Het is altijd die trade-off tussen versoepelingen, de vraag wat voor maatregelen je wilt nemen en wat je open wilt laten, en welke infectieaantallen je daarvoor moet accepteren.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank voor de grote presentatie; dik en uitgebreid. Mijn vraag ziet op het onderwijs, maar ook op het mooie weer. Mevrouw Westerveld refereerde net al aan de stijging bij de groep 18- tot 24-jarigen. Dat heeft veel te maken met gedrag. Wij denken allemaal dat er de komende tijd mooier weer aan komt. Wat betekent dat voor deze groep en ook voor de groep 13- tot 17-jarigen? Wordt dat meegenomen in de curves als je bekijkt of het mogelijk is om het onderwijs te openen? Volgens mij wil iedereen dat graag, maar we zijn ook bang dat de stijging dan groter is dan we nu zouden kunnen handelen.

De heer **Van Dissel**:

In z'n algemeenheid verwacht je bij virussen van de luchtwegen en bij overdracht dat mooi weer, meer buiten zijn en minder op elkaar zitten effect heeft en gunstig is. Je leest ook in de media terug dat men dat denkt. Ik denk ook dat daar alle redenen toe is. Het wordt meegenomen in het model. We kunnen dingen als luchtvochtigheid, temperatuur en dergelijke ook meenemen. Dat gebeurt dus. Tegelijkertijd wil ik u wel herinneren aan het land waar het nu helemaal los is, namelijk India. Dan denk ik: daar is de gemiddelde temperatuur gunstiger dan in Nederland.

Hetzelfde geldt voor Brazilië en streken als Manaus, wat midden in het tropisch regenwoud ligt. Weer is niet het enige.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dan heb ik het niet goed uitgelegd. Ik bedoel juist het tegenovergestelde. We verwachten allemaal dat het mooie weer gunstige effecten heeft, maar u wijst er terecht op dat de groep van 18- tot 24-jarigen in het Vondelpark zit en op andere plekken, en dat de besmettingen juist toenemen. Dat is ook mijn zorg voor deze groep. In de modellen gaat de curve omlaag, waardoor we zeggen dat we meer voor hen kunnen doen, maar het gaat om de gedragscomponent hierin. Het zit 'm dus op die gedragscomponent.

De heer **Van Dissel**:

Dan begrijp ik u beter. Dat is zo; dat speelt een rol. Tegelijkertijd denk ik dat het meer risico zou geven als ze in een afgesloten ruimte zouden zitten. In de buitenlucht is het natuurlijk altijd minder dan binnen. Het lijkt in de buitenlucht met name te spelen als er evenementen zijn en grote aantallen mensen dicht bij elkaar komen. U heeft kunnen horen wat de GGD Amsterdam daarover gerapporteerd heeft, namelijk dat ze het tot ten minste iets van zeventien clusters en tientallen personen in totaal kunnen terugleiden. In totaal gaat het geloof ik om 466 personen die geïnfecteerd zijn tijdens feestjes in de buitenlucht. Dat is dus niet helemaal risicoloos. Maar uiteindelijk is de indruk, ook van vorig jaar, dat het betere weer in Nederland een gunstig effect heeft gehad op het aantal overdrachten. Het wordt dus meegenomen. We weten niet helemaal zeker hoe het uitpakt, maar overall denken we dat het meer een gunstiger effect heeft dan nadelen.

De heer **Van Baarle** (DENK):

Dank in de richting van de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik heb een specifieke vraag over de voorgenomen versoepelingen met betrekking tot de sportscholen. Heel veel mensen in Nederland snakken er echt weer naar om naar de sportschool te gaan, niet alleen omdat de coronatijd een tijd is waarin mensen stilzitten, maar ook omdat het voor mooie afleiding zorgt. Een punt waarmee heel veel ondernemers in de sportscholenbranche zitten, maar ook de mensen die naar de sportschool willen, is de grens van 30 mensen. Ik vroeg mij af of de heer Van Dissel erop kan reflecteren of er niet op een verantwoorde manier, epidemiologisch gezien, meer maatwerk mogelijk is rond die grens van 30 personen, bijvoorbeeld bij grotere sportscholen. Dan kunnen we meer mensen de mogelijkheid bieden om dadelijk gewoon weer naar de sportschool te gaan.

De heer **Van Dissel**:

Ik snap de vraag, maar waar je de grenzen legt, interpreteer ik echt als een beleidsbesluit. Meer vanuit de advisering weten we dat de aantallen ertoe doen, dat de grootte van de ruimtes ertoe doet en dat het ervan afhangt of je de ramen open kan zetten en of je voldoende kan ventileren. Dus er zijn een heleboel factoren te benoemen. Tegelijkertijd zien we dat er vanuit het beleid een besluit wordt genomen over waar de grenzen liggen. Ik kan me op zich voorstellen, als je dat bij wijze van spreken per vierkante meter zou moeten gaan uitrekenen, dat het een heel complex gebeuren wordt. Maar op de besluiten over de aantallen moet u, denk ik, vooral het beleid bevragen.

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

Wederom veel dank aan meneer Van Dissel voor de presentatie. Ik wil graag nog even terugkomen op sheet 16, waar gesproken wordt over rioolwatermetingen. We zijn ons er met de vaccinatie-inkoop op aan het

voorbereiden dat corona bij ons zal blijven. De rioolwatermetingen bewijzen in feite dat er veel van het virus aanwezig is. Dat zien we ook in het aantal besmettingen. Gaat daar een soort voorspellende factor van uit? Is er een tijdsfragment waarbinnen u het al ziet in het rioolwater en we nog ingrepen kunnen doen waar we tot op heden geen gebruik van hebben gemaakt?

De heer **Van Dissel**:

Dit is exact de reden waarom dit wordt opgetuigd. Er worden 350 locaties bemonsterd. Daar willen we een zekere regelmaat in krijgen. De gedachte is zeker dat je soms al een verheffing ziet in de aanwezigheid van het virus in het rioolwater voordat het zich daadwerkelijk uit in ziekenhuisopnames. Daar hebben we al wat aanwijzingen voor gekregen door eerdere bepalingen. Dan zou het, zeker als het in delen van Nederland al helemaal weg zou zijn, als een vroegindicator kunnen gelden. Daar is het voor ontwikkeld, ja.

De heer **Kwint** (SP):

Als ik zo de slides zie, valt mij het relatief grote verschil in de rol van het onderwijs op tussen waar we nu staan en waar we hadden gestaan als we dat besluit niet genomen hadden. Ik kan mij herinneren dat het kabinet bij de heropening van de scholen – Minister Slob zelfs de dag ervoor nog – zei: kinderen spelen eigenlijk niet of nauwelijks een rol, dus wij kunnen dit veilig doen. Als u nu de prognoses en het grote verschil ziet, denkt u dan dat het OMT of het kabinet de rol van het onderwijs in de verspreiding van dit virus onderschat heeft?

De heer **Van Dissel**:

«Onderschat» is een interpretatie die u eraan moet geven, want dat is een waardeoordeel. Wat wij weten, is dat we tijdens de eerste fase van de uitbraak de scholen uitvoerig hebben geanalyseerd. Toen bleek de rol van kinderen heel beperkt. Toen heeft het OMT ervoor gepleit om scholen open te houden. Die zijn uiteindelijk dichtgegaan. Dat heeft aan de interpretatie eigenlijk niet veel veranderd. In de tweede golf hebben wij gezien dat de wat oudere kinderen, ook terugkomend van vakantiebestemmingen, weer beduidend hebben bijgedragen aan de introductie van het virus in Nederland. Dat is daarna zo gebeven. Ik heb er alle begrip voor dat jongeren elkaar willen opzoeken en dat dat gebeurt, maar die groep blijkt daardoor toch meer kans te hebben gehad op besmettingen. Dat uit zich ook in scholen. Wij hebben in overleg met de ministeries geprobeerd regels op te stellen – het zogenaamde generieke kader – om het veiliger te doen. Dat wil zeggen dat bepaalde afstanden werden aangehouden. Soms werden mond-neuskapjes gebruikt. Tegelijkertijd wilden we buiten de school niet veel belemmeringen hebben in de omgang. We zien deze toenames samengaan met de verandering in de school, maar dat is niet honderd procent bewijs dat het daar ook door komt. We kunnen alleen nog van associaties spreken, maar dat heeft al met al zeker een rol gespeeld in de tweede en derde uitbraak. Of het een grote rol is of niet, is ook aan u om te interpreteren. Maar laten we eerlijk zijn, er is ook een onderliggende tendens om minder opvolging te geven aan de basisregels. Onze gedragsunit toont dat een belangrijk percentage mensen met klachten niet meer binnen blijft en dat men zich misschien niet laat testen. Het is dus altijd ingewikkeld om, als je dat in de tijd plaatst, al die bijkomende factoren die de interpretatie complexer maken dan het alleen maar aan de scholen toe te schrijven, helemaal weg te poetsen. Het is misschien een ingewikkeld antwoord. We denken dat het er deels mee te maken heeft. Tegelijkertijd waren er hele goede redenen om te adviseren de scholen te openen. Het geeft ook schade. Dat zijn altijd de afwegingen. Vandaar dat we scholen ook vooraan hebben gezet met de openingen. Tegelijkertijd hebben we meer veranderingen in de

maatschappij gezien. De summatie van alles is dat je ziet dat er meer besmettingen zijn geweest.

De heer **Kwint** (SP):

Ik ben op de hoogte van alle belangrijke maatschappelijke redenen die er zijn om kinderen weer naar school te laten gaan, maar het gaat mij vooral om het volgende. In uw eigen modellen wordt de prognose afgebogen op het moment dat de scholen weer opengaan. Nou is het natuurlijk zo dat er op dat moment ook andere dingen gebeuren. Dat kun je niet een-op-een herleiden. Ik denk aan eerdere uitlatingen van onder andere het kabinet – volgens mij was dat op advies van het OMT – waarbij de impact van het onderwijs op de verspreiding van het virus als eigenlijk nihil werd bestempeld. Daarom konden we dit doen, niet met het oog op de ziekenhuiscapaciteit, maar gewoon omdat de rol van het onderwijs zo klein is. Ik vind dit moeilijk te rijmen met een aantal van die grafieken met prognoses.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat er natuurlijk een additionele factor is die we niet moeten vergeten. U ziet hier de twee rimpels van de tweede golf en de derde golf. Dat is natuurlijk wel een ander virus geweest. De besmettelijkheid daarvan was groter. Aanvankelijk waren de ideeën dat dat vooral aan schoolkinderen gekoppeld was. Dat is eigenlijk niet helemaal waar gebleken. Ten opzichte van het virus dat we eerder hadden, weten we wel dat waar de kans om besmet te raken bij de jeugdige groep eerder kleiner was – dat zien we terug in de bepaling van antistoffen bij de bevolking – dit voor de Britse variant meer gelijkgesteld was. Die antistoffen waren voor de hele groep lager en begonnen omhoog te komen bij de middelbare school. Dat zou dus ook een reden kunnen zijn. Dat was op dat moment natuurlijk ook koffiedik kijken. Het is overigens niet zo dat we de scholen alleen om maatschappelijke redenen open wilden. Er zijn ook gewoon medische redenen om het te doen. Ik noem bij wijze van spreken het aantal verbindingen in de hersenen. Er zijn onderzoeken die aangeven dat scholen daar invloed op uitoefenen. Je wilt het dus ook vanwege medische redenen. Dit is uiteindelijk het resultaat geweest.

De **voorzitter**:

Ik draag het voorzitterschap even over aan de heer Paternotte.

Voorzitter: Paternotte

De **voorzitter**:

Dan zijn we toegekomen aan de vragen van mevrouw Agema van de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Mijn eerste vraag gaat over sheet nummer 8, waarin we zien dat de leeftijdscategorie 18–24 er flink uitspringt bij het aantal besmettelijken. Als je ziet dat deze groep elkaar dus kennelijk toch ziet, als je ziet dat deze groep er fors uitspringt, vraag je je af wat het verschil zou zijn als de hogeschole en de beroepsopleidingen open zouden zijn. Ze vormen de allergrootste groep; ze zien elkaar kennelijk toch. Wat zou het verschil zijn als we hen toch naar hun opleiding zouden laten gaan?

De heer **Van Dissel**:

Dat verschil zullen we opnieuw berekenen. Dat kan meevallen, maar ik denk dat u het niet helemaal los moet zien van de overige maatregelen die versoepeld worden. Daar zitten gewoon onzekerheden in. Eigenlijk komt het erop neer dat je niet alles in één keer wilt doen. Voor alle onderdelen zijn aparte argumenten aan te voeren waarom dat ook gewenst zou zijn.

We weten zeker dat, als je alles tegelijk los zou laten, de curve veel minder beheersbaar en voorspellend zou zijn. Dat is de reden dat het ministerie heeft besloten om dat in een stappenplan vast te leggen. Daar zit de gedachte achter: van individu naar individu tot uiteindelijk van groep naar groep. Daar zit een overgang in van binnen naar buiten. Er zit een overgang in van alleen lokaal naar regionaal naar nationaal. Dat kunt u uiteindelijk allemaal als referentie terugvinden in dat stappenplan. Daar zit zonder meer een bepaald arbitrair karakter in, want je moet kiezen omdat nou eenmaal niet alles tegelijk kan. Als stap 2 genomen is, gaan we zo snel mogelijk bepalen, ook door modellering en aan de hand van de gevolgen van stap 1 – dat kunnen we dan inmiddels meenemen – waaraan de situatie zou moeten voldoen om zo snel mogelijk tot uw vraag te komen en die hopelijk positief te kunnen invullen. Dat is iets wat we volgende week zullen doen.

De voorzitter:

Ik kijk naar mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel. Dan heb ik nog een vraag over het stappenplan, dat helemaal in beton is gegoten. Ik zag dat op 10 mei de Centers for Disease Control and Prevention, dus de broer van het RIVM in Amerika, een nieuwe standaard bekend heeft gemaakt voor de manier waarop corona zich verspreidt. Ze hebben aerogene transmissie en besmetting via gewone adem helemaal bovenaan gezet. Daar hebben we niet alleen heel vaak op gewezen, maar we krijgen nu ook de bevestiging uit deze hoek. Het komt er eigenlijk op neer dat het aanhoesten of het aanniezen geen grote rol speelt. Het gaat vooral om het inademen van elkaars adem. Ik vind het toch erg jammer dat het stappenplan nogal in beton gegoten lijkt. Nu gaan de binnensportlocaties open. Daarbij worden er héél veel aerosolen geproduceerd. Maar de restaurants moeten voorlopig nog dicht blijven. Is het mogelijk om dit nieuwe inzicht – voor mij is het niet nieuw – van het CDC wat betreft het belang van aerogene transmissie en adem meer mee te nemen in het stappenplan? Bijvoorbeeld voor scholen is het belangrijker, zo blijkt, om goed te ventileren of een CO₂-meter op te hangen dan een testbewijs te vragen. Het is beter, denk ik, om restaurants, waar mensen stil op hun plek zitten, te openen en van sportscholen meer te vragen als het gaat om ventilatie.

De heer Van Dissel:

We hebben vaker gediscussieerd over aerogene transmissie. Het gaat er niet om of het wel of niet kan. U vindt op de website van het RIVM – ik geloof al sinds mei vorig jaar – stukken terug over aerogene overdracht. Het gaat het OMT erom wat de relatieve bijdrage is van de verschillende manieren van overdracht. Dan moet je gewoon constateren, met alles wat we gedaan hebben en wat effect heeft gehad, bijvoorbeeld tijdens de eerste golf en de hele snelle daling die we toen gezien hebben, dat alles gericht was op het voorkomen van grotedruppeloverdracht en niet op aerogene overdracht, waarbij het als het ware via mistdeeltjes gaat. Dat is uitermate effectief gebleken. Neem ziektes waarover we het eens zijn dat ze aerogeen worden overgedragen, bijvoorbeeld mazelen. Als we dat soort patiënten in het ziekenhuis leggen onder dezelfde condities waaronder we onze COVID-19-patiënten opnemen, zou dat leiden tot massale uitbraken in ziekenhuizen. Die hebben we niet gehad. Het gaat dus niet om bevestiging of ontkenning dat CDC in zijn opmerking over aerogene transmissie gelijk heeft. Het gaat erom wat uiteindelijk bepalend is voor de overdracht van het virus in de situatie in Nederland, buiten misschien een ic, waar men handelingen doet waardoor je aerogene verspreiding kunt oproepen, bijvoorbeeld het uitzuigen van patiënten. Dan nemen we ook extra maatregelen. U moet even bedenken

hoe dat gaat. De druppels hebben verschillende groottes. Ook als je praat, kunnen er grote en kleine druppels vrijkomen. U weet, het volume van een druppel moet je met de R-waarde tot de derde berekenen. Als je een druppel van 10 micrometer vergelijkt met een van 1 micrometer, ervan uitgaande dat het virusdeeltje per volume-eenheid in zo'n druppel zit, dan praat je al – tussen 10 en 1 – over een factor 1.000. Als je je afvraagt wat uiteindelijk het meest bijdraagt aan de overdracht, dan is het alleen al op grond van zo'n heel basale overweging natuurlijk veel waarschijnlijker dat grote druppels daar meer aan bijdragen. En die grote druppels hebben die 1,5 meter afstand. Dat is natuurlijk ook niet absoluut, maar dat is heel werkzaam gebleken bij het bestrijden van de uitbraak.

Voor die 1,5 meter hebben we bijvoorbeeld weer bevestiging gezien in het bepalen van de antistoffen in de Nederlandse bevolking, wat gedaan is door het RIVM in het vervolg van het PIENTER-onderzoek. Daarbij is bij iedereen nagevraagd hoe goed men zich aan die 1,5 meter hield. Dan zie je een prachtige correlatie ontstaan tussen het aantal besmettingen dat er is geweest en de opgave van mensen om zich al of niet aan zo'n anderhalvemeterregel te houden.

Bij aerogene verspreiding heb je het gewoon over verspreiding over 20, 30 meter. Dat zal best een keer optreden; dat is helemaal niet iets waar wij een halszaak van maken. Maar als je uit het oogpunt van public health en verspreiding kijkt, heeft dat gewoon een veel, veel geringere invloed. Dat is ook zoals we het hebben aangepakt en nu zitten we in een dalende lijn. Ik denk dus dat je per situatie moet nagaan wat belangrijk kan zijn. We weten dat in scholen ventilatie, een raam openzetten – het kan gelukkig weer – belangrijk is. Maar je moet voor ogen houden wat je basisprincipes zijn bij de bestrijding. Die zijn toch: blij thuis als je klachten hebt, laat je testen, hou 1,5 meter afstand. Die 1,5 meter heeft zich gewoon bewezen als een juiste maatregel. Ze verwijst naar grotedruppelinfectie en niet, met alle respect, naar aerogene transmissie. Dat wil niet zeggen dat dat nooit gebeurt, maar de overgrote meerderheid van de gevallen, zo blijkt ook uit het feit dat bestrijding zinvol is, heeft toch te maken met die grotedruppelinfecties.

De voorzitter:

En handen wassen en het raam openzetten, dus. Ik geef het voorzitterschap terug aan mevrouw Agema.

Voorzitter: Agema

De voorzitter:

Er ligt nu natuurlijk van alles op mijn tong, maar ik zal 'm er even afbijten. Dank u wel, meneer Paternotte. Ik dank de heer Van Dissel voor zijn bijdrage. We gaan even ombouwen en dan krijgen we zo meteen de heer Van Delden nog. Dank u wel, meneer Van Dissel.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Blok 3

Gesprek met:

- de heer Jaap van Delden, programmadirecteur vaccinatie COVID-19 van het RIVM

De voorzitter:

Inmiddels is aangeschoven de heer Van Delden, programmadirecteur vaccinatie COVID-19 van het RIVM. We hebben in principe tot 14.30 uur gereserveerd staan. Ik zou zeggen: steek van wal. We gaan luisteren naar de presentatie van de heer Van Delden.

De heer **Van Delden**:

Dank u wel. Ik wil u graag meenemen in de vaccinatie: waar staan we nu en wat gaat er de komende tijd gebeuren? Gezien de tijd zal ik proberen dat vrij snel te doen, zodat er nog een beetje ruimte is voor vragen. Ik heb niet zo heel veel plaatjes, maar van de plaatjes die ik heb, is dit de eenvoudigste. Dit geeft weer hoe het aantal prikken oploopt. We hebben nu ongeveer 6,6 miljoen prikken gezet. Daarvan zijn er ongeveer 1,5 miljoen tweede prikken. Ik verwacht later deze week de 7 miljoen vaccinaties te halen, dus het tempo zit er momenteel goed in en dat zal niet minder worden.

U ziet hier een grafiek met een aantal lijnen, die ik kort door zal nemen. De paarse lijn valt denk ik het meest op. Die loopt langzaam af. Die lijn laat het aantal mensen boven de 18 zien die tot en met eind juni wel een prik willen krijgen, maar die nog niet hebben gehad. Die loopt af en dat wil je ook zien met deze lijn, want je wil zo min mogelijk mensen hebben die het wel willen maar nog niet hebben gekregen.

De blauwe lijn valt daarna misschien ook op. Dat is het totale aantal prikken dat gezet wordt tot en met week 26. De vorige grafiek die ik liet zien, was tot en met vorige week en deze kijkt vooruit tot en met week 26. Daaronder is de oranje lijn. Dat zijn alle eerste prikken die gezet zijn. Dan gaat het alleen over de vaccins waarbij ook een tweede prik gezet moet worden, dus alle vaccins behalve Janssen.

Daaronder is de grijze lijn. U ziet die een beetje oplopen, een beetje versnellen. Dat is het aantal mensen dat volledig beschermd is. Dat is misschien wel een goede term om de komende tijd te gaan gebruiken. Toen we begonnen, hadden we het vaak over: na twee prikken ben je volledig beschermd. Dat vraagt tegenwoordig een beetje nuance, niet alleen omdat we met Janssen vaccineren, waarbij één vaccin genoeg is, maar ook omdat we nu het éénprikbeleid hebben. Na een recente covidbesmetting volstaat in principe één vaccinatie, ook als het niet Janssen is. We moeten dus niet zonder meer denken dat je alleen na twee prikken volledig beschermd bent. Misschien moeten we ook wat meer praten over «volledig beschermd» en «eerste prik». De grijze lijn geeft weer «volledig beschermd» richting de komende tijd.

De gele lijn gaat over mensen die een vaccin hebben gekregen en nog wachten op hun tweede vaccinatie. Zo ziet het eruit voor de komende tijd. Het loopt behoorlijk op, dus de bescherming zal ook behoorlijk oplopen. Dan in een grafiek de vaccinatiegraad van de diverse leeftijdsgroepen. De percentages geven een beetje een onderschatting, want dit zijn puur de gegevens bij de GGD. Mensen die bijvoorbeeld zijn gevaccineerd in een verpleeghuis, een zorginstelling of elders zijn hierin niet meegenomen, dus het zal iets meer zijn dan dit. Hier ziet u ook dat logischerwijs het percentage eerste prikken altijd hoger is dan het aantal tweede prikken; het kan nooit andersom zijn. U ziet hier ook duidelijk dat in de relatief jongere leeftijdsgroepen de tweede prik echt nog fors achterloopt bij de eerste prik. Dat haalt natuurlijk steeds langzamer in.

Goed, dan naar de uitvoering. Ik start even met de vaccinatie bij de GGD. De GGD vaccineert natuurlijk het grootste deel van de mensen. Ze zijn gestart met de zorgmedewerkers. Daarna kwamen de mobiele thuiswonende mensen, die dus in staat zijn om naar de GGD te gaan.

Vorige week zijn voor het eerst mensen uit de griepvaccinatiedoelgroep van ongeveer 1,5 miljoen mensen uitgenodigd. Voor die groep zijn al ruim 30.000 vaccinaties gezet en zijn al ruim 330.000 afspraken gepland, dus het gaat, vind ik, behoorlijk hard sinds afgelopen week. Vandaag vallen er weer 250.000 brieven op de mat bij mensen in deze doelgroep, dus dat is een behoorlijk volume. Ik denk dat ongeveer 90%, 95% van deze 1,5 miljoen mensen deze week de brief zal ontvangen. Begin volgende week zullen de laatste brieven op de mat vallen, dus ook dat gaat behoorlijk hard.

Daarna komt de groep mensen van 60 tot 18 jaar zonder medische indicatie. Daarvan is al een deel uitgenodigd: de mensen van 59 jaar en 58 jaar voor een deel. Ook dat zal hierna komen. Ook vaccineert de GGD een aantal specifieke doelgroepen, zoals u hier ziet. Op de Waddeneilanden wordt ook gevaccineerd. Dat heeft te maken met efficiency en het voorkomen van spillage. Het wordt daar deels iets vooruit getrokken ten opzichte van het vasteland. Op zich loopt de vaccinatie bij de GGD heel erg goed. Sorry?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Daar valt Texel niet onder, toch?

De heer **Van Delden**:

Texel ook. Zeker. We kunnen straks nog ingaan op wat precies de Wadden zijn en wat niet. Ik bedoelde ook Texel.

Er is nog een nieuwe mijlpaal. Moderna is natuurlijk een mRNA-vaccin, net als Pfizer. Vandaag wordt op vijf of zes locaties van de GGD gestart met het vaccineren met Moderna. Als je een afspraak hebt bij de GGD, kan je dus gevaccineerd worden met Pfizer of Moderna. Die hebben dezelfde interval, dus het duurt net zolang voordat je de tweede afspraak hebt. Het is een kleine mijlpaal dat dit vandaag wordt opgenomen in de uitvoering. Dan de uitvoering van de vaccinatie door huisartsen. Deze week vinden voor het grootste deel de laatste toelieferingen van AstraZeneca aan huisartsen plaats, voor de groep 60 tot 63 jaar. Aanstaaende maandag zullen de allerlaatste huisartsen in de provincie Gelderland worden beleverd voor de eerste prik. Verder vaccineren de huisartsen ook niet-mobiele thuiswonende personen met AstraZeneca. Ook die vaccinatie verloopt voorspoedig. Waarschijnlijk zal de vaccinatie door huisartsen eind deze maand voor het allergrootste deel klaar zijn, in ieder geval de eerste prik. Over enige tijd volgt natuurlijk de tweede vaccinatie. Mede vanwege de zomervakantie wordt de vaccinatie-interval van twaalf weken bij AstraZeneca met enige flexibiliteit gehanteerd. Het kan iets ervoor of iets erna zijn, maar dat is niet per se problematisch.

Ik heb een vrij uitgebreide slide met diverse wat kleinere groepen, die ook worden gevaccineerd. Voor de intramurale ggz zijn de vaccins voor de eerste vaccinatie allemaal uitgeleverd. Het start nu op voor beschermd wonen. We hebben het dan over de uitnodigingen. De ziekenhuismedewerkers zijn best een grote groep. Als je kijkt naar alle mensen in Nederland die werken in de sector zorg en welzijn, heb je het echt over een hele grote groep: meer dan 1 miljoen medewerkers. Maar de groep medewerkers in de ziekenhuizen die direct contact heeft met patiënten, wordt ongeveer geschat op 250.000. Dat is ook het aantal vaccins dat hiervoor is uitgeleverd. Althans, bijna helemaal. Er zijn ruim 230.000 vaccins uitgeleverd en er zijn er nog 18.000 gereserveerd om ook deze groep te vaccineren en daarmee ook de continuïteit van de zorg te borgen. De vaccinatie van bewoners in langdurigezorginstellingen, zoals verpleeghuizen en dergelijke, is nagenoeg afgerond. Daarna zal het starten voor mensen met een hoog risico. Dan gaat het niet om mensen met een medische indicatie, zoals de griepgroep, maar om mensen van 16 en 17 jaar met een hoog risico. Ik verwacht dat de eerste uitnodigingen volgende week verstuurd zullen worden. Het is een relatief kleine groep, een kleine 2.000 mensen. Zij zullen ook vanaf begin volgende week worden uitgenodigd. De hoogrisicogroepen daarboven, boven de 18 jaar, zijn bijna allemaal al gevaccineerd in het ziekenhuis. Zij zijn door de medisch-specialisten uitgenodigd en daar gevaccineerd.

Er zijn een aantal bijzondere groepen die nu nog niet gevaccineerd worden, maar waarvoor de voorbereiding loopt. Dat zijn onder andere de asielzoekers. Daarbij werken we natuurlijk samen met het COA. Bij de maatschappelijke opvang, zoals dak- en thuislozen, wordt gekozen voor een regionale aanpak. De verschillende GGD'en kijken met de partijen in

hun eigen regio hoe ze dit het beste kunnen doen, welke voorzieningen en netwerken ze hebben, en welke partijen daar goed zicht op hebben. Die vaccinatie zal waarschijnlijk een langere tijd in beslag nemen, omdat het een relatief moeilijk bereikbare groep is. Veel van hen kun je niet gewoon een brief sturen met een uitnodiging. Dat vraagt toch om meer regionaal maatwerk. Ook voor justitiabelen zonder risico of indicatie zal de vaccinatie binnenkort starten. Als laatste zijn er nog de medewerkers van Defensie. Die worden ook gevaccineerd. Dat gaat vaak per peloton, waarbij ook gekeken wordt naar wanneer er bijvoorbeeld uitzendingen plaatsvinden. Dat speelt mee in de prioritering.

Verder zijn er de arbeidsmigranten. Dat is best een hele grote groep mensen. De meesten van hen zijn onder de 50 jaar. De vaccinatie van hen wordt ook voorbereid. We doen dat onder andere samen met het Ministerie van Sociale Zaken. Hier speelt natuurlijk ook de vraag hoe je de doelgroep bereikt een rol. Hoe doe je dat handig? In principe geldt voor iedereen dat je, als je langer dan een maand in Nederland verblijft, aanspraak kunt maken op vaccinatie. Het is niet per se zo dat je meer prioriteit hebt dan ieder ander, maar je kunt wel aanspraak maken op vaccinatie. Daarbij geldt over het algemeen de lijn dat je qua timing meeloopt in de leeftijdscohorten die er in het algemeen zijn voor de bevolking.

Dan heb je de zeevarenden. Dat is eigenlijk nog best een hele grote groep. Het gaat dan over bijna 50.000 mensen. Dat is ook een relatief moeilijk bereikbare groep. Het zal dus ook enige tijd duren voordat deze groep volledig is gevaccineerd. We bekijken bijvoorbeeld of we deze groep waar mogelijk met Janssen kunnen vaccineren, want als deze mensen kort in Nederland zijn, dan is het handig dat de bescherming met één vaccin geregeld is.

Als laatste zijn er de bewoners van ggz- en Wlz-ouderinitiatieven. Dat is ook een relatief kleinere groep. De vaccinatie daarvan zal via de huisartsenposten plaatsvinden. Ook de voorbereiding daarvan loopt nu. Dan de opschaling. Dat is een term waar weleens verwarring over kan zijn, omdat die voor twee verschillende dingen wordt gebruikt. De GGD was in eerste instantie gevraagd om een capaciteit te realiseren van ongeveer 1,5 miljoen vaccinaties per week. Later is de GGD gevraagd om die te verhogen naar 2 miljoen. Als de GGD'en het hebben over opschaling, dan hebben zij het er vaak over dat zij zich klaarmaken om niet 1,5 miljoen, maar 2 miljoen vaccinaties per week te realiseren. Dat is dus de opschaling bij de GGD. Als we het hebben over de ziekenhuizen en hun rol in de opschaling, dan hebben we het over de vraag hoe de ziekenhuizen kunnen helpen als de GGD'en met 2 miljoen vaccinaties per week nog niet voldoende volume kunnen maken, als er dan nog steeds te veel vaccins op de plank blijven liggen.

Het idee is dus dat de GGD'en een maximale capaciteit van 2 miljoen per week realiseren. Ze schatten ook echt in dat ze dat halen. Daar zijn ze heel positief over. Daar hebben ze vertrouwen in. Mocht het nu zo zijn dat die 2 miljoen vaccinaties per week bij de GGD niet genoeg zijn door onverwachte ontwikkelingen in de leveringen van vaccins door farmaceuten, dan komen de ziekenhuizen helpen. Ook zij zijn daartoe in staat. Alle voorbereidingen daarvoor – denk ook aan het uitnodigen voor de vaccinatie, een wachtrijsysteem daarvoor en de registratie van de vaccinatie door de ziekenhuizen – lopen heel goed. Komend weekend hebben we een zogenaamde dry run. Dan wordt het hele systeem getest zonder dat er daadwerkelijk mensen worden gevaccineerd. In de twee weekenden daarop hebben we een echte test van het systeem waarbij er ook echt vaccinaties plaatsvinden. Medewerkers van zbc's worden dan gevaccineerd. Die voorbereiding loopt heel voorspoedig.

Het kan best zijn dat de ziekenhuizen deze rol niet grootschalig hoeven te gaan vervullen omdat de GGD'en het gewoon prima aankunnen met een maximale capaciteit van 2 miljoen per week. Dat is ook wat we op dit

moment verwachten op basis van de informatie die we nu nog hebben. Maar mocht het zo zijn dat er toch iets anders gebeurt, dan zijn we er klaar voor om hogere volumes per week te kunnen realiseren. Waar ik nog het minste zicht op heb, is Janssen. Tot en met week 21 weet ik wat Janssen gaat leveren. Daarna weet ik het niet. Ik weet niet of ze dan bijvoorbeeld elke week een kwart van de maand gaan leveren of twee weken niks en dan heel veel. Als het allemaal heel toevallig zo uitkomt dat het echt tot een maximum in één week leidt, dan zou het kunnen dat we meer dan 2 miljoen per week gaan zetten bij de GGD alleen en dan moeten de ziekenhuizen daar dus bij helpen.

Dan de registratie. De techniek is helemaal klaar. Er kunnen gegevens geregistreerd worden. Ze kunnen worden uitgewisseld met het landelijke systeem. Met de GGD loopt dat heel goed, met de ziekenhuizen loopt het ook heel goed en met een deel van de huisartsen en de instellingen loopt het ook heel goed. Technisch kan het dus. Toch zien we dat het aanleveren van de informatie bij een deel van de huisartsen en de instellingen achterloopt. Dat is echt niet wat je wilt, want je wilt goed zicht houden op de vaccinatiegraad en je wilt ook onderzoek kunnen doen naar de duur van de bescherming en dergelijke. Afgelopen maandag is er met deze partijen een overleg hierover geweest op bestuurlijk niveau. Bijna elke dag bellen wij partijen om te vragen: goh, wat maakt dat we de gegevens nog niet hebben? De vraag is dan: we hebben jullie zo veel vaccins aangeleverd, maar we hebben nog maar zo weinig registraties teruggekregen; wat gebeurt er? Voor een deel leidt dat tot wat versimpelingen in het aanleveren. Waar dat makkelijker kan worden gemaakt, doen we dat natuurlijk graag. Maar de vraag is ook vaak: geef hier prioriteit aan en wacht niet te lang met het aanleveren van deze gegevens. Dat was het. Ik heb het een beetje gecompriëerd. Ik hoop dat het te volgen was, maar er is ruimte voor vragen, denk ik.

De voorzitter:

Zeker. Hartelijk dank voor uw presentatie, meneer Van Delden. Alleen de heer Paternotte heeft zijn vragen keurig bewaard, zodat hij die aan u kan stellen. Ik zal dus in ieder geval de heer Paternotte twee keer het woord geven. O, dat geldt ook nog voor iemand anders. Dan kijken we eerst naar de mensen die hun vragen netjes hebben bewaard. Daarna kunnen we kijken of er nog prangende vragen zijn van leden die eigenlijk geen vragen meer hebben.

De heer Paternotte (D66):

Dank aan de heer Van Delden voor de presentatie. Mijn eerste vraag sluit precies aan bij de laatste sheet. Ik wil vragen naar de vaccinatiebereidheid. Het is lastig om daar zicht op te hebben omdat de registratie niet op orde is. Het CIMS is nu voor 78% compleet. De vorige keer dat de heer Van Delden hier zat, was dat nog 80%. Het OMT heeft ook aangegeven zich daar zorgen om te maken. Ik spreek zelf veel huisartsen in oude wijken en die zeggen dat mensen vaak niet komen. We zien natuurlijk het PrullenbakVaccinatieinitiatief van sommige huisartsen. De GGD's hebben de vaccinatie van mensen uit 1961 en 1962 versneld opgezet om plekken op te vullen, blijkbaar omdat er nog wel extra plek was. De groep mensen met een medische indicatie hebben die brieven ook eerder gekregen. Dat is op zich natuurlijk fijn voor hen, maar wat zegt dat over de vaccinatiebereidheid van mensen die eerder aan de beurt waren? Ik zou graag willen kunnen zien of mensen die prik willen hebben. Als je uitnodigingen verstuurt en vervolgens kijkt wat er wordt ingepland, zou je dan niet kunnen zeggen: zoveel mensen reageren wel en zoveel niet, dus de vaccinatiebereidheid is zoveel procent? In deze presentatie zien we nu niet hoeveel procent, al dan niet per doelgroep, bereid is om zich te laten vaccineren.

De heer **Van Delden**:

Nee, dat klopt. Dat staat inderdaad niet in de presentatie. Als ik uw vraag goed begrijp, zitten daar eigenlijk twee onderdelen in. Een: wat doen we om de vaccinatiebereidheid te ondersteunen in bijvoorbeeld sommige wijken waar de opkomst achterblijft? Er lopen meerdere initiatieven op dat gebied. Er wordt bijvoorbeeld gekeken of voorlichters uit verschillende gemeenschappen – denk aan de Marokkaanse gemeenschap, maar ook aan andere gemeenschappen – geïnformeerd zijn om voorlichting hierover te geven binnen hun eigen gemeenschap. Daarvoor zijn ook materialen beschikbaar. De basisfolder is in dertien talen beschikbaar. Er wordt dus specifiek gekeken naar wijken waar de deelname achterblijft. We kijken wat we daar kunnen doen. We zijn ook in gesprek met de GGD om te kijken of we op enig moment nog meer een wijkaanpak kunnen hanteren en de vaccinatie misschien nog wat dichterbij mogelijk kunnen maken. Er zijn dus meerdere initiatieven daarvoor. Er worden nu ook materialen daarvoor ontwikkeld. Volgens mij worden die vanaf aanstaande vrijdag verspreid in de eerste 1.000 huisartsenpraktijken. Dat zijn ook specifiek huisartsenpraktijken in dit soort wijken. Die materialen worden later in alle huisartsenpraktijken verspreid. De huisarts is vaak ook iemand die deze groep heel goed kan bereiken en die daar heel goed contact mee heeft. Er zijn dus heel veel initiatieven om de vaccinatiegraad te verhogen in de wijken waar die achterblijft.

Als ik het goed begrijp, is de andere vraag eigenlijk: kan je niet beter zicht hebben op wat de vaccinatiebereidheid is in sommige groepen? We hebben nu dus zicht op de vaccinatiegraad in de verschillende leeftijdscohorten. Uit het onderzoek van onder andere de gedragsunit weten we dat hoe jonger de doelgroep is, hoe lager de vaccinatiebereidheid is. Dat zie je bij alle vaccinatieprogramma's. Dat zie je bijvoorbeeld ook bij de griepvaccinatie. Dat is niet vreemd. Ook voor de groep jongeren zullen op het goede moment speciale initiatieven worden genomen, bijvoorbeeld met influencers en dergelijke, om te kijken wat we kunnen doen om de vaccinatiebereidheid te verhogen. Je moet daar niet te vroeg, maar ook niet te laat mee beginnen.

De heer **Paternotte** (D66):

Maar mijn vraag is eigenlijk een andere, los van dat u goed aanvoelde dat ik ook nog een tweede vraag wilde stellen die erg lijkt op de vraag die u net heeft beantwoord. Mijn vraag is: welk zicht hebben we nu op de vaccinatiebereidheid en is het niet mogelijk om de uitnodigingen af te zetten tegen met wie er nu wel en met wie er nu niet een intake plaatsvindt? Dat is de vraag die ik net stelde.

De heer **Van Delden**:

Dat zijn eigenlijk twee dingen. Een: we doen onderzoek naar de vaccinatiebereidheid en daaruit weten we nu wat de vaccinatiebereidheid is per leeftijdsgroep. Die verschilt dus een beetje: hoe jonger de leeftijdsgroep, hoe lager de vaccinatiebereidheid. Die is overall best wel goed, maar bij oudere mensen is die nog hoger dan bij jongere mensen.

Uw andere vraag is: kun je uit het aantal uitnodigingen dat je verstuurt en de reactie van die mensen daarop niet weten wat de vaccinatiebereidheid is? Dat ontwikkelt zich natuurlijk heel erg. We krijgen nu zicht op de vaccinatiebereidheid van de griepgroep. Dat zijn dus de mensen met een medische indicatie. Vorige week donderdag en vrijdag zijn we gestart met de eerste uitnodigingen. Er zijn nu al 330.000 afspraken. Dat geeft al aan dat er een hoge vaccinatiebereidheid is in die groep. Dat hadden we ook wel verwacht, maar die blijkt er ook te zijn. Dat is een eerste indicatie, maar dat is alleen op de hele grote groep. Dat is nog niet op wijkniveau. Dat hebben we nog niet, maar daar gaan we wel naar kijken.

De heer **Paternotte** (D66):

Mijn tweede vraag sluit daar wel bij aan. Ik krijg namelijk wat vragen binnen. Ook hebben taalambassadeurs uitspraken gedaan, waarin ze zeiden: «Die uitnodiging is vijf à zes kantjes. Verschillende instanties zetten dat in aparte brieven, waarin zonder nummering en met allemaal ingewikkeld taalgebruik naar elkaar wordt verwezen. Doet dat wel recht aan het feit dat we 2,5 miljoen laaggeletterden in Nederland hebben?» Daar is ook een mooi filmpje van, waarbij je iemand ziet die zo'n brief opent en er echt helemaal niet uitkomt. Mijn vraag is de volgende. Je ziet in een land als Duitsland dat ze met mobiele prikteams gaan werken om mensen actiever te kunnen benaderen. In Amerika zie ik dat ze bijvoorbeeld actief het Janssensvaccin, van Johnson & Johnson, proberen in te zetten, omdat je dan in één keer klaar bent en je mensen niet een tweede keer hoeft te bereiken. Er was ook nog een opmerking over de website voor het maken van een vaccinatieafspraak. Op die site wordt je doorgeleid naar coronatest.nl. Informatie voor het maken van een testafspraak staat daarop bovenaan, waardoor mensen denken dat ze daar niet moeten zijn en dus weer door zoeken. Als ze echter naar beneden zouden scrollen, dan zouden ze uiteindelijk wel die vaccinatieafspraak kunnen maken. Wordt er wel aan gewerkt om de informatie zo simpel, duidelijk mogelijk te maken, waardoor het voor iedereen ook toegankelijk is?

De heer **Van Delden**:

Ja, daar wordt zeker aan gewerkt. Ik heb een paar dingen in reactie op uw vraag. Om met het laatste, het onlineportaal, te beginnen: we zien nu dat ruim 60% van de mensen die bij de GGD een afspraak plant, dat via het afsprakenportaal doet. Dat is echt heel fijn. Dat is ook mijn oproep aan de mensen: maak alsjeblieft zo snel mogelijk een afspraak als je gevaccineerd wilt worden en doe het alsjeblieft online. Dat geeft ons namelijk de meeste mogelijkheden om de beschikbare tijdstippen zo goed mogelijk te vullen. Dus als je gevaccineerd wilt worden: maak dan snel je afspraak en doe het zo veel mogelijk online.

De heer **Paternotte** (D66):

Dat bespaart je natuurlijk ook een telefoonwachtrij.

De heer **Van Delden**:

Ook. Ja, precies. Dus het is aan heel veel kanten gunstig. We zien dus ook dat het op zich wel goed gevonden wordt. Specifiek voor laaggeletterden zijn er echt wel een aantal zaken die lopen, bijvoorbeeld Steffie. Er is ook een soort informatiekaart met specifieke informatie voor laaggeletterden, waarbij het meer visueel wordt weergegeven. We testen ook telkens de brief op begrijpelijkheid en onderzoeken waar het beter kan. We zijn nu bijvoorbeeld bezig met een herhaaloproep, dus: «U heeft zich nog niet laten vaccineren. Wilt u zich laten vaccineren?» Ook die hebben we, met onder andere Pharos, een instelling die zich specifiek op laaggeletterden richt, op taalniveau bekeken en verbeterd, en zo simpel mogelijk gekregen door het gebruik van kortere zinnen. Het zal vast op bepaalde onderdelen nog beter kunnen, maar we hebben hier wel veel aandacht voor en we proberen het telkens te verbeteren.

De heer **Paternotte** (D66):

Wat ik ook nog had genoemd, is het feit dat Amerika bij de doelgroepen die het moeilijkst te bereiken zijn het J&J, het Janssensvaccin dus, probeert te prioriteren. Ik hoor iemand iets zeggen over bier. Is J&J bier?]

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Nee, ze zetten in Amerika bier in.

De heer **Paternotte** (D66):
In New Jersey krijg je er een biertje bij.

De **voorzitter**:
Een gratis krat bier. Daar nemen ze gratis bier wel heel letterlijk!

De heer **Paternotte** (D66):
Maar ja, Amerikaans bier: dat wil niemand.

De heer **Van Delden**:
We hebben het nog niet over bier gehad, maar ik ken inderdaad de initiatieven. Het is best denkbaar. Op dit moment richten wij ons echt op de grote massa. We willen er zo snel mogelijk voor zorgen dat we zo veel mogelijk mensen gevaccineerd hebben. Maar er ontstaat wel steeds meer ruimte om te kijken waar de opkomst achterblijft. Je moet natuurlijk eerst gaan vaccineren, voordat je kunt zien waar de opkomst achterblijft en voordat je kunt kijken wat voor soort regionale initiatieven je zou kunnen nemen waardoor je de drempels om je te laten vaccineren wegneemt. Dat kan fysieke afstand zijn of een tweede vaccinatie. Dat kunnen een aantal dingen zijn, dus daar kijken we allemaal naar. Maar vooralsnog ligt de grootste focus op het zo snel mogelijk vaccineren van zo veel mogelijk mensen.

De **voorzitter**:
Mevrouw De Vries, u had nog een vraag.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):
Voorzitter.

De **voorzitter**:
Ik zou eerst de mensen die er nog eentje hebben, de gelegenheid willen geven om een vraag te stellen.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):
Ik had ook nog een vraag.

De **voorzitter**:
U had uw vraag ook nog bewaard?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):
Ja, ik had ook nog een vraag over, maar mevrouw De Vries mag eerst.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):
Geen ruzie. Het komt allemaal goed. Ik had nog een vraag over de leveranties en de voorraden. We hebben gezien dat het toch af en toe wat ingewikkeld is om alle afspraken te vullen. Ook het tempo leek de afgelopen week ietsje lager te liggen. Overigens wordt dat nu wel weer bijgetrokken. Maar kunt u iets zeggen over de verhouding tussen de voorraden en de hoeveelheid prikken die wij zetten? In het verlengde daarvan heb ik een vraag over de leveranties. We hebben het er de hele tijd over dat iedereen een eerste prik kan hebben gehad op 1 juli van dit jaar. Ik zou graag willen weten wanneer iedereen ook een tweede prik gehad heeft, want we krijgen berichten van mensen die zeggen dat dat heel laat wordt, bijvoorbeeld bij AstraZeneca.

De heer **Van Delden**:
Ik wil graag even reageren op die 1 juli, want ik heb...

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):
Begin juli.

De heer **Van Delden**:

Ja, precies, begin juli. Dat is echt een belangrijk verschil, want een week is in dit project best wel veel, gezien de volumes die er per week gerealiseerd worden en gaan worden. Het gaat over begin juli. Dat lijkt nog steeds haalbaar, maar het klopt inderdaad dat de leveringen altijd beperkt voorspelbaar en zelfs beperkt inzichtelijk blijven. Ik noemde net al dat ik niet precies weet wat Janssen na week 21 per week gaat leveren. Dat is best wel een vervelende onzekerheid, maar daar hebben we nu eenmaal mee te dealen. Dat blijft dus heel erg sturend voor het tempo.

Dan uw vraag over de voorraden. We sturen, zoals altijd, op kleine voorraden. Voor AstraZeneca zaten we vorige week op een dieptepunt van 30.000. Dat is relatief heel weinig, gezien de volumes die we daarmee elke week draaien. Ook voor de andere vaccins sturen we op een behoorlijk minimum. Voor Janssen houden we in principe nul aan, want daar hoef je geen voorraad voor aan te houden. Bij Moderna en Pfizer ligt dat wat hoger. Voor Pfizer houden we nu een minimum aan van ongeveer 150.000. Voor Moderna houden we een voorraad aan die zo laag is als nodig om de tweede prik in ieder geval op tijd te kunnen zetten. De geplande tweede prikken moet je kunnen realiseren, maar ook daarvoor houden we een zo laag mogelijke voorraad aan.

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

Ik had ook nog gevraagd wanneer... De eerste prik voor iedereen die dat wil en die boven de 18 is, vindt begin juli plaats, maar wanneer kan bij iedereen de tweede prik gezet worden?

De heer **Van Delden**:

Dat hangt natuurlijk af van het vaccin. Bij Janssen speelt geen tweede prik. Bij een recent doorgemaakte covid kunnen mensen er ook voor kiezen om geen tweede prik te nemen. Bij Pfizer en Moderna is de tweede prik van de mensen die aan het eind gevaccineerd zijn, vijf à zes weken later. Je kan je voorstellen dat er op enig moment ruimte ontstaat om die vaccinatie-interval nog iets te verkorten, als de hoeveelheid vaccins dat toestaat. Zover zijn we nu nog niet, maar daar kijken we wel naar, want je wilt natuurlijk zo snel mogelijk dat punt van volledige bescherming voor iedereen halen. Ook bij AstraZeneca zien we nu – daar hebben we goede contacten over met de huisartsen – dat de vaccinatie-interval wat naar voren wordt gehaald, bijvoorbeeld in verband met de zomervakantie. Daar is ruimte voor en dat staat ook in de richtlijn van AstraZeneca zelf. Dus: enkele weken daarna, voor de mensen die aan het eind hun eerste prik hebben gekregen.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ik wil toch nog even doorvragen op de registratie, die nog moeizaam verloopt. Men zegt: we zijn bezig met een taskforce. Maar mijn zorg zit ook in het volgende. Op het moment dat de registratie niet goed gaat of mensen geen toestemming hebben gegeven om het in de vaccinatiekaart te zetten, dan weet eigenlijk niemand wie exact welke prik heeft gehad. Ook de mensen die wel toestemming hebben gegeven, zelfs huisartsen, staan niet ergens officieel geregistreerd. Als we alleen maar vertrouwen op een digitaal systeem, waar nog niet iedereen aan is toegevoegd en waar ook niet iedereen in wil staan, en we nog geen officiële papieren variant hebben, zoals het gele boekje – want ook dat accepteren niet alle GGD's en ook daar werken niet alle huisartsen mee – wat is dan het alternatief? Waarom is dat relevant? Omdat we straks met coronapaspoorten en vaccinatiebewijzen zitten. Ik ben gewoon bang dat het wat chaotisch wordt. Mijn hulpvraag is ook een beetje: wat zijn de alternatieven en hoe kunnen we daarmee omgaan? En waarom gebruiken we niet overal het gele boekje, zoals we dat bij allerlei belangrijke vaccinaties kennen, van gele koorts tot weet ik veel wat?

De heer **Van Delden**:

Ik ben het heel erg met u eens dat het belangrijk is dat de registratie zo volledig mogelijk is. Ik ben ook blij dat de meeste mensen toestemming geven om hun gegevens te delen met het RIVM. Ik ben het echt met u eens. Ik zou de registratie graag veel vollediger willen hebben, dus daarom zetten we hier nu ook zo veel op in. Wat betreft de registratie in het gele boekje: dat is niet iets waar het standaard in komt, maar de registratiekaart die je meekrijgt met het vaccin, waarop de datum staat en dergelijke, kun je natuurlijk heel goed zelf opvouwen en aan je gele boekje toevoegen, als je dat handig vindt. Ik weet ook dat veel mensen dat doen.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Mijn probleem zit 'm erin dat er geen lijn in zit. Heel veel mensen zeggen: doe het dan in het gele boekje, ook voor mensen die het hebben. Maar er zit ook niet een duidelijke communicatie in waarmee mensen een opdracht krijgen in de zin van: bewaar je vaccinatiekaart.

De **voorzitter**:

Het mag.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Het mag. Ja, dat.

De heer **Van Delden**:

Ik weet niet wiens vraag ik nu moet beantwoorden, maar ik zal proberen bij die van u te blijven. Uw vraag is of daar niet meer lijn in moet komen. Iedereen krijgt zijn registratiekaart. Verder is er een digitale registratie. Er is een decentrale registratie. Elke zorgverlener die een vaccin toedient, slaat dat dus in ieder geval op in zijn decentrale systeem. Dat is hij gewoon verplicht; dat moet hij gewoon doen. Daarnaast kan hij de gegevens ook delen met het centrale systeem van het RIVM. Dat willen wij natuurlijk heel graag. Dat hoeft niet per se; daar moeten mensen toestemming voor geven. Het is wel heel fijn als dat gebeurt, maar dat hoeft niet per se. Je hebt dus een papieren registratiekaart, je hebt een decentrale registratie in het systeem van degene die het vaccin zet, bijvoorbeeld de huisarts of de zorginstelling, en je hebt de centrale registratie van het RIVM.

De **voorzitter**:

Mevrouw Kuiken wil nog iets vragen.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Met alle respect, maar dit is een uitleg van hoe het nu zit. Dat is alleen een theoretische werkelijkheid versus de praktische werkelijkheid, want er zijn mensen die in het buitenland een prik krijgen of hebben gehaald. Er zijn mensen die geen toestemming hebben gegeven en hun vaccinatiekaart misschien ook in de prullenbak hebben gegooid, want «afgehandeld is klaar», zeker als communicatie een probleem is. Er zijn ook mensen die wel toestemming hebben gegeven maar niet in het systeem blijken te zitten wanneer ze dat checken. Ik zal mijn oproep straks bij de Minister herhalen, maar volgens mij moeten we er nu even van uitgaan dat mensen dingen gewoon driedubbel moeten bewaren in plaats van ervan uitgaan dat je automatisch goed in het systeem geregistreerd staat, want dat is gewoon niet zo. Dat hoor ik ook terug van huisartsen die dit zelf gecheckt hebben.

De heer **Van Delden**:

Ik hoor u een zorg uitspreken over goede registratie. Ik hoor u niet echt een vraag aan mij stellen, maar het door u uitgesproken belang van een

goede registratie ondersteun ik natuurlijk helemaal. Maar omdat u mij niet een vraag stelt, weet ik niet precies hoe ik verder moet reageren.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):
Laat maar.

De **voorzitter**:
Meneer Stoffer, heeft u nog een vraag?

De heer **Stoffer** (SGP):
Jazeker. Mijn vraag gaat over de planning. Mevrouw De Vries refereerde daar volgens mij zojuist ook al aan. Kijkend naar de hele presentatie denk ik dat er een planning loopt tot week 26. Mijn vraag is wanneer we klaar zijn als het allemaal goed loopt en als we op die maximaal 2 miljoen prikken komen. Ik vraag vooral ook wat daarbij het grootste risico is en hoe dat wordt beheerst. Daar zou ik graag antwoord op krijgen.

De heer **Van Delden**:
Het grootste risico voor het tempo – daar gaat het volgens mij vooral om – is en blijft natuurlijk de levering door farmaceuten. Wanneer zijn we klaar? We verwachten begin juli iedereen een eerste prik gegeven te hebben. Ik denk dat dat ondertussen bekend is. In zekere zin zijn we natuurlijk nooit klaar. Dat klinkt misschien wat negatief, maar dat bedoel ik eigenlijk best positief. Wat wij «veegacties» noemen – dus nog een keer een aanbod doen aan mensen die al een keer een vaccinaanbod hebben gekregen – blijft op enig moment natuurlijk lopen. Mensen die zich dit jaar misschien niet hebben kunnen of willen laten vaccineren, doen dat misschien volgend jaar. Dus wat is «klaar»? Dat is een beetje een tegenvraag. Dat mag misschien niet van de voorzitter, maar die tegenvraag zit in ieder geval in mijn hoofd. Dus: begin juli iedereen een eerste prik. Daarmee is er dus een behoorlijk niveau van bescherming en de start daarvan. Enkele weken later krijgen degenen die als laatsten een eerste prik hebben gekregen hun tweede vaccinatie. Wanneer zijn we klaar? Dat hangt een beetje af van hoe je «klaar» definieert.

De heer **Stoffer** (SGP):
Ja, «klaar» is natuurlijk altijd best wel een rekbaar begrip. Het ging mij erom dat iedereen die dat zou willen, in deze variant twee prikken heeft gehad. Misschien mag ik gelijk even doorvragen naar aanleiding van het antwoord dat de heer Van Delden zojuist gaf. Mag dat?

De **voorzitter**:
Ga uw gang.

De heer **Stoffer** (SGP):
Een paar weken geleden was ik hier ook. Toen heb ik eigenlijk dezelfde vraag gesteld over planning en het grootste risico. Toen was het grootste risico de inzet van personeel: werd dat voldoende opgeschaald? De beheersing van het risico was toen om ook Defensie in te zetten. Is dat risico helemaal weg of is dat veel kleiner geworden? Zou de heer Van Delden daar nog kort op in kunnen gaan?

De heer **Van Delden**:
Jazeker. Dat speelt vooral bij de GGD'en. De GGD bereidt de opschaling nu voor en heeft er vertrouwen in dat de GGD die volumes kan waarmaken. Op dit moment heeft de GGD zo'n 7.000 fte actief bij de vaccinatie. Zoals de heer Bloemberg toen heeft toegelicht, bereidt de GGD zich telkens voor op «meer dan nodig». Er staat nu dus eigenlijk al 2.000 fte klaar. Die is nog niet aan het werk, maar staat al klaar. Het verschilt ook echt wel per regio. In sommige regio's heb je artsen en medisch

personeel bij wijze van spreken te over en in andere regio's is dat veel minder. Je ziet dus dat er ook regionaal oplossingen worden gevonden. Bijvoorbeeld in de regio Gelderland is Defensie nu op een heel kleine schaal in opleiding om daar over enkele weken ingezet te kunnen worden. Met «een heel kleine schaal» hebben we het over ongeveer 60 mensen, maar dat zijn nou net precies de functies die even niet makkelijk vervuld konden worden. Je ziet regionaal ook dat er vanzelfsprekend een goede samenwerking is tussen de GGD en de huisartsen voor het toezicht door een medisch specialist op de vaccinatie, maar ook met ziekenhuizen. Er is dus ook regionale samenwerking tussen GGD en ziekenhuizen om de GGD te helpen in de personele uitdaging. Er zijn dus heel veel verschillende soorten oplossingen die samen echt wel dekkend zijn. Ook staat er nu nog steeds overcapaciteit klaar, gelet op wat er nu gevraagd wordt.

Voorzitter: Paternotte

De **voorzitter**:

Dank u wel. Omdat ze zo goed op haar tong heeft gebeten, wil ik voorstellen dat onze voorzitter nog een minivraagje mag stellen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel. U had net een vrij uitvoerig gesprek met de heer Paternotte over het bereiken van groepen die niet geprikt willen worden met AstraZeneca, maar er is natuurlijk een hele grote groep mensen die sowieso niet geprikt willen worden met AstraZeneca. Zij krijgen te horen dat zij achteraan in de rij komen. Vanaf welke week gaat u die mensen uitnodigen, zodat ze gevaccineerd kunnen worden met een ander vaccin dan AstraZeneca?

De heer **Van Delden**:

Dat is nog niet bekend.

De **voorzitter**:

Dan geef ik het voorzitterschap terug aan mevrouw Agema.

Voorzitter: Agema

De **voorzitter**:

Dat was ook het kortste antwoord van vandaag. Heel jammer voor die mensen overigens.

We komen hiermee tot de afronding van deze technische briefing. Ik dank de heer Van Delden voor de beantwoording en zijn komst naar de Kamer. De planning voor het coronadebat is om 15.30 uur, maar we kunnen hier met z'n allen wel concluderen dat dat niet gaat lukken. Dat zeg ik ook voor de mensen die thuis meekijken. U gaat nog nader geïnformeerd worden over wanneer het coronadebat gaat plaatsvinden. Ik dank iedereen voor de aanwezigheid. Ik dank mijn collega's. Ik dank de ondersteuning: de Dienst Verslag en Redactie en de griffie, de ondersteuning hier in de Kamer. Dank u wel.

Sluiting 14.32 uur.