

Vergaderjaar 2022–2023

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1957

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 19 oktober 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 28 september 2022 gesprekken gevoerd over **ontwikkelingen rondom het coronavirus**.

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

De voorzitter van de commissie,
Smals

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Smals
Griffier: Heller

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bevers, Dekker, Gündoğan, Hijink, Paulusma, Van der Plas, Smals en Van der Staaij,

alsmede:

- de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM;
- mevrouw Jolande Sap, voorzitter van het Maatschappelijk Impact Team (MIT);
- de heer Jeroen Bartelse, algemeen directeur TivoliVredenburg en lid van de Taskforce culturele en creatieve sector.

Aanvang 10.15 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen collega's, kijkers thuis en onze gasten. Welkom bij de technische briefing over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Ik heet van harte welkom de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM, mevrouw Jolande Sap, voorzitter van het Maatschappelijk Impact Team, en de heer Jeroen Bartelse, algemeen directeur van TivoliVredenburg en lid van de Taskforce culturele en creatieve sector. Er is een presentatie waar de heer Van Dissel mee zal beginnen. Volgens mij hebben mevrouw Sap en de heer Bartelse geen sheets bij zich maar zullen zij een verdere technische toelichting geven. Daarna zal ik de leden in de gelegenheid stellen om vragen te stellen, waarbij ik wel opgemerkt wil hebben dat die technisch van aard dienen te zijn, aangezien dit een technische briefing is. Ik geef graag het woord aan de heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Dank u wel, meneer de voorzitter. Ik wilde u kort meenemen waar het gaat om het verloop van de COVID-19-uitbraak en doe dat weer aan de hand van een aantal sheets. Allereerst: wat was ook alweer de strategie, waar richten we ons primair op, wat doet het OMT/RIVM en welke instrumenten hebben we om kijk te houden op de uitbraak? De strategie is natuurlijk wat veranderd door omikron. De afgelopen acht tot tien maanden is met weinig interventies en toch redelijke verspreiding van het virus, de druk op de zorg en de zorgketen gering gebleven. Dat betekent ook dat er geen extra interventies, behalve de basisregels, nodig waren. Natuurlijk hebben we ons gericht op het voorkomen en bestrijden van uitbraakjes. Heel erg belangrijk is het opbouwen van een brede immuniteit onder de bevolking. Dat geschiedt enerzijds door vaccinaties en anderzijds door het doormaken of herhaald blootgesteld worden aan het virus, wat de immuniteit boost. Het is duidelijk dat we ons in het algemeen richten op maatschappelijke afwegingen waarbij het OMT/RIVM met name kijkt naar de hele zorgketen en of die niet te veel belast wordt. Als dat laatste het geval is, zou dat reden zijn om interventies doen. We willen natuurlijk zicht op het virus houden en op de verspreiding ervan, waarbij we ons vooral richten op de kwetsbare groepen.

Welke instrumenten hebben we? Dat zijn met name de surveillance-instrumenten. U ziet ze allemaal opgesomd in de sheet: van rioolwater, webbased surveillance tot uiteraard getallen die we via de GGD krijgen, het aantal ziekenhuisopnames, sterftestatistieken en natuurlijk ook het internationale beeld. Ik wilde een aantal parameters met u doorlopen. Allereerst een hele harde parameter, namelijk het aantal ziekenhuisopnames. Op de grafieken is te zien dat het aantal al maanden redelijk stabiel is, soms wat toeneemt en soms wat afneemt. We hebben een golf

gehad in de voorzomer en eigenlijk zien we pas de laatste week een toename van het aantal opnames. Totaal is dat naar 333 gegaan. De ic-opnames zijn gelijk gebleven tot zelfs heel gering afgenomen, maar dat aantal is überhaupt laag. U ziet verder nog apart weergegeven de 287 versus de 333: worden patiënten opgenomen omdat covid een probleem is of omdat covid een onderliggend lijden mede doet ontregelen, dan wel worden patiënten opgenomen met bijvoorbeeld een gebroken heup waarbij ze covid blijken te hebben maar covid niet de reden is voor ziekenhuisopname? U ziet dat grofweg twee derde van de opnames is vanwege covid ofwel omdat covid iets ontketent waardoor de patiënt moet worden opgenomen. En nogmaals, de ic-opnames zijn heel gering. Dat u die toename nog niet meteen terugziet in de rechtergrafiek komt doordat dit NICE-getallen zijn. Er zit altijd een vertraging in de rapportage. Vandaar dat we dat verticale stippelijntje aan het eind tekenen. De getallen erna zijn de meest recente gevallen maar zijn nog niet actueel. Maar de LCPS-cijfers zijn dat wel; die laat ik u zo ook zien. Dan ziet u de toename duidelijker.

Het tweede is dat we ons moeten realiseren welke patiëntengroepen nog naar het ziekenhuis gaan. U ziet dat hier voor een langere periode. Als we even inzoomen op het laatste stukje, omcirkeld met de rode lijn, is duidelijk dat de personen die in het ziekenhuis komen, momenteel de oudste en alleroudste groep zijn. Dat wil zeggen, boven de 80 of boven de 70. Daaronder is het aantal ziekenhuisopnames relatief gering. Er zijn altijd patiënten met een gestoorde afweer. Denk aan een transplantatiepatiënt die vanwege covid moet worden opgenomen. Maar al met al kunt u aan deze lijnen zien dat het vooral de oudsten zijn die het afgelopen halfjaar zijn opgenomen. Dat geldt ook voor de ic's, zij het dat daar de gemiddelde leeftijd iets lager ligt. Dat komt ook doordat er enige selectie is ten aanzien van hele oude patiënten waarvan de verwachting is dat de ic-opname niet gaat bijdragen. Om die reden ziet u dat de alleroudste groep daar eigenlijk niet vertegenwoordigd is.

Dan even de LCPS-cijfers. In dit geval zijn het niet de opnames per week, maar de bezetting. U ziet inderdaad dat we een aantal golven hebben gehad. U ziet ook de golf in de voorzomer. De laatste week, anderhalve week ziet u weer een toename van het aantal opnames. Dat geldt met name voor de rode bars. Dat is dus de totale kliniek. Het moge duidelijk zijn dat sedert het circuleren van de omikronvariant het aantal ic-opnames heel gering is geweest. De getallen van gisteren staan er: in totaal 631 opnames, waarvan bijna 600 in de kliniek en 35 op de ic. Dat zijn natuurlijk hele harde getallen, zij het dat wanneer iemand wordt opgenomen, ook nog kan afhangen van context en externe omstandigheden, zoals de plaats, de mantelzorg et cetera. Maar opnames zijn over het algemeen natuurlijk harde getallen.

Dan hebben we een aantal metingen die we doen via webbased systemen. Eén daarvan is Infectieradar, waar zo'n 19.000 personen aan meedoen. Die rapporteren per week of ze klachten hebben die bij covid passen. Dat is een definitie die gesuggereerd is door het ECDC. U ziet dat dat een combinatie van klachten is. Daaruit wordt duidelijk dat er de afgelopen week ook een toename van zo'n 3.1% naar 4.6% is. Er is dus een toename binnen die groep personen die wekelijks dit soort klachten rapporteert. Dat zou kunnen suggereren dat er ook meer in de populatie, onder de bevolking, rondwaart. Aan de rechterzijde ziet u bovenin met verschillende kleuren weergegeven of die personen op grond van die klachten testen doen en, zo ja, wat voor testen. U ziet dat grofweg zo'n 60% tot 70% een test uitvoert. De overgrote meerderheid voert een test uit die hier met een groene kleur is weergegeven. Dat is de zelftest. U ziet dat een redelijk beperkte groep overgaat tot het verrichten van een PCR-test. Van de personen die klachten hebben, doet ongeveer twee derde een test. Dat is met name de zelftest. Aan de onderzijde ziet u de resultaten van de test die worden gerapporteerd. Als u helemaal naar het rechterdeel

kijkt – dat betreft de laatste weken – ziet u een toename van het aantal positieven in deze groep. Wanneer je dat vergelijkt met de eerdere pieken, is de toename nog relatief beperkt. Dat is dus Infectieradar.

Dan hebben we op het RIVM nog een ander onderzoek lopen. Dat betreft zo'n 50.000 personen. Die zijn bereid om, opnieuw via een webbased systeem, eens per maand te rapporteren. Dat gaat vergezeld met bloedafnames, zodat we bijvoorbeeld ook kunnen kijken naar het verloop van antistoffen en de invloed daarop. Ook de bescherming van vaccins kunnen we daar natuurlijk uit berekenen. Waarom laat ik het even zien? U ziet de hele curve, dus de blauwe inkleuring van de linkergrafiek.

Helemaal aan de rechterzijde daarvan ziet u de laatste weken rood ingekleurd. Ook daar lijken we een toename te zien van het aantal personen dat aan deze klachten voldoet. Aan de rechterkant ziet u eigenlijk hetzelfde grafiekje dat ik u net liet zien. Dit om die toename in de laatste twee weken te tonen.

Dan gaan we naar de getallen van de GGD. De GGD kan nog steeds testen uitvoeren, PCR-testen. U ziet rechtsboven in de sheet het verloop van de afgelopen weken weergegeven. In geel weergegeven ziet u dat het wat meer is dan het paars van de week ervoor. We moeten ons realiseren dat natuurlijk lang niet iedereen meer primair naar de GGD gaat. Er zit dus een selectiebias in: waarom ga je nog voor een test naar de GGD? Een heleboel mensen zullen een zelftest doen en op grond daarvan misschien maatregelen nemen. De groep die wel naar de GGD gaat, is wat u hier ziet. Dat levert zo'n 9.000 positieve testen in de afgelopen week op. U ziet ook de verspreiding over Nederland. Eigenlijk is er in alle regio's een toename te zien in de afgelopen anderhalve week. Op het kaartje ziet u ook dat de kleurverdeling over Nederland vrij homogeen is, wat wil zeggen dat het in heel Nederland wat toeneemt en dat er momenteel geen regio's zijn die er heel erg uitspringen.

Dan gaan we naar de meldingen van de GGD naar leeftijdsgroep. Dit zijn dezelfde meldingen als die welke u zojuist zag, aangevuld met bijvoorbeeld meldingen uit verpleeghuizen. Ook dit is natuurlijk een geselecteerde groep, want lang niet iedereen zal via de GGD onderzoek laten doen. De meesten doen zelftesten. Wat we weten over degenen die wel tot een PCR-test besluiten, is dat we voor de hele groep vanaf 20–25 jaar de afgelopen week een toename zien, passend in het beeld dat er enige toename is. Dat u hier de indruk krijgt dat vooral 70- en 80-plus heel hoog zitten, is zeer waarschijnlijk door die selectiebias, want iemand in een verpleeghuis zal met klachten natuurlijk eerder getest worden, wat hier dan is terug te zien, terwijl een 30-jarige naar alle waarschijnlijkheid een zelftest doet en op grond daarvan besluit. Die zelftesten worden natuurlijk niet gemeld. Het overallbeeld is er dus wel een van een toename.

Verder is het interessant te zien dat het percentage herinfecties belangrijk is toegenomen sedert de omikronvarianten. In de grafiek is aan de linkerzijde in blauw weergegeven het aantal infecties dat gemeld wordt, in geel het aantal infecties waarvan bekend is dat de personen ook eerder in het beloop van de afgelopen twee, tweeënhalve jaar een infectie hebben gehad, en in rood het percentage herinfecties. Dus waar de herinfecties tot de omikronvariant relatief laag waren, zo rond de 5%, ziet u dat met de omikronvariant dat percentage plotseling omhooggaat naar ergens rond de 13%. Dat betreft dan het rondgaan van de omikronvariant BA.1.

Blijkbaar is het dus zo dat die omikronvariant ook infecties kan geven bij een groep die al eerder geïnfecteerd is geweest. Dat was bij 15% het geval. Naarmate die omikronvariant verder geëvolueerd is – we hebben inmiddels een aantal andere varianten gevonden – ziet u dat ook het aantal herinfecties toegenomen is. Voor de duidelijkheid: die herinfecties zijn over het algemeen veel milder van aard dan de alfa- en deltavariant, maar je ziet dat ze wel wat vaker optreden bij personen die dus eerder een infectie hebben gehad. Daarnaast wil ik nog wijzen op de periode tussen de eerste infectie en de herinfectie. U ziet dat de mediane waarde rond de

35 weken is. Dus momenteel kunnen personen die de eerste omikronvariant hebben gehad, een infectie krijgen met de huidige omikronvariant. Die geven dus deels maar niet absolute kruisbescherming. Nogmaals, die infecties zijn wel van veel mildere aard dan degenen die we aan het begin hadden.

Een ander belangrijk surveillance-instrument waarover we inmiddels beschikken, zijn de rioolwatergetallen. Bij zo'n 340 rioolwaterzuiveringsinstallaties wordt een aantal keer per week bemonsterd. Daarin wordt bepaald wat de virusvracht is. Dat is een reflectie van de virusvracht die wordt uitgescheiden met de ontlasting. Dat is een maat voor hoeveel personen binnen een regio een infectie hebben doorgemaakt. Rechtsboven ziet u in het rood weergegeven het verloop van die uitscheiding. Dat is natuurlijk een gemiddelde. Die heeft wel een grote spreiding, moet ik erbij zeggen. U herkent de pieken terug die ik net heb laten zien: de delta- en de omikronpiek en het begin van de omikronpiek. Dat gaat op en neer. U ziet dat het de laatste tijd relatief stabiel geweest is. Over de afgelopen week zien we weer een toename van zo'n 6%, dus ook dat lijkt iets toe te nemen.

In het zwart ziet u het aantal ziekenhuisopnames weergegeven. Dat gaat met de pieken op en neer. Het is belangrijk om te zien dat met de omikronpieken de toename van de ziekenhuisopnames veel geringer is dan eerder. Dat betekent dat meer mensen een infectie hebben, dat het weer terugging – denk bijvoorbeeld aan de toename in de vroege zomer – en dat dat eigenlijk veel minder reflecteerde in druk op de zorgketen, zoals hier weergegeven in druk op de zorg zelf.

Rechtsonder staat het in getallen weergegeven. Ik denk dat de grafiek aan de linkerkant misschien meer indicatief is. Daarin zie je de verspreiding over Nederland met kleurintensiteiten: hoe donkerder, hoe meer virus. U ziet dat vooral Noord-Limburg en de regio Amsterdam er in dit geval misschien iets uitspringen, maar dat het toch eigenlijk opnieuw over heel Nederland is.

De variant die we het meest terugvinden in de rioolwatersurveillance is dezelfde als gemeld door de GGD. Dat is momenteel de BA.5-variant. Ik denk dat het goed is om nog even die varianten op een rij te zetten. In de grafiek ziet u de toename van de alfavariant weergegeven. Die ging omlaag. We zagen een toename van de deltavariant; dat is de groene. U heeft dat beloop gezien. Vervolgens kregen we omikron. Dat was eerst BA.1. Die is ook geëvolueerd en inmiddels zitten we in de BA.5. Er is ook een BA.4.6 en een BA.2.75, die u helemaal aan het eind een beetje ziet oplopen en waarvan we denken dat die misschien de komende maanden belangrijk wordt. Maar u ziet ook dat de onzekerheid daarvan heel erg groot is. Er is natuurlijk ook niks wat uitsluit dat er plotseling een nieuwe variant bij komt die deze variant weer gaat verdringen. Momenteel zitten we dus in de BA.5-variant.

Dat laat zich ook weer berekenen naar een reproductiegetal. Boven de 1 betekent een toename van de uitbraak, onder de 1 betekent een afname. U ziet dat het reproductiegetal net boven de 1 ligt. Dat kunnen we berekenen op de GGD, op ziekenhuisopnames en ic-opnames; allemaal apart. Het komt er voor allemaal op neer dat het tussen de 1 en de 1,05 zit. Op de gemelde gevallen vanuit de populatie, vanuit de bevolking, is het 1,03. Aan de rechterkant aan de onderzijde ziet u dat voor de verschillende omikronvarianten uitgerekend. Dat geeft een caleidoscoop. Daar gaan we verder niet naar kijken, want daar krijgen we migraine van. Aan de bovenkant is het iets rustiger weergegeven. Daar ziet u in groen, paars en geel achtereenvolgens de grote varianten. Bij geel begint, dacht ik, de omikron. U ziet dat het daarna laag blijft, maar ook daar heb je de verschillende omikronvarianten die daardoorheen spelen. Op zich zie je dat het virus evolueert, dat dat sedert tien maanden vooral de omikronvariant is en dat we sedertdien ook elders waar het gemeten wordt, zien dat er steeds nieuwe omikronvarianten opkomen die zich toch weer

onttrekken aan de opgebouwde afweer en voldoende personen ontmoeten die gevoelig zijn. Over het algemeen geven ze een mild ziektebeeld en worden ze doorgegeven, totdat ze weer tegen de muur van immuniteit oplopen en een volgende de kans krijgt. Dat is eigenlijk het beeld dat we momenteel zien.

Dan hebben we natuurlijk ook getallen uit verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen. Ook daar zien we een toename over de afgelopen een à anderhalve week. Voor de duidelijkheid: daarbij is de opmerking vanuit de sector wel dat ze nog weinig ernstige infecties zien, maar er worden meestal al snel zelf- of PCR-testen gedaan om te kijken of er binnen zo'n huis maatregelen genomen moeten worden. Ook daar is net als in de maatschappij en de ziekenhuizen een toename van het aantal personen met corona en een toename van de aantallen locaties waar ten minste één persoon is met corona.

Dan hebben we nog de sterfterapportage. Die is over de laatste week niet verhoogd. U ziet hier in geel weergegeven de verwachting met betrekking tot sterfte. Dat betekent een verwachting die opgebouwd is over de afgelopen jaren. Die verwachting is in belangrijke mate altijd bepaald geweest door influenza, maar influenza is de afgelopen tijd ook weer anders dan anders. In die zin is het altijd een kwestie van de actuele sterfte projecteren op een sterfte zoals die de afgelopen jaren was. De vraag is of die lijn nog heel representatief is voor wat je nu kunt verwachten, want corona is erbij gekomen. In paars ziet u de verschillende pieken weergegeven die we ten gevolge van corona hebben gehad. De laatste week bevindt het zich weer binnen het verwachte segment, zoals u kunt aflezen. Dan misschien nog kort de vraag wat de vaccinaties nog doen met betrekking tot ernstige ziekte, want dat is wat ze met name voorkomen: ziekenhuisopnames en zeker ic-opnames. Aan de linkerkant ziet u allereerst in de blokgrafiek weergegeven het aantal personen opgenomen in de periode tussen 25 juli en 18 september, naar leeftijd, maar ook naar vaccinatiestatus. Dat is in verschillende kleuren weergegeven. Als vaccinatiestatus hebben we een basisserie, iemand die één keer een booster heeft gehad en iemand die de herhaalprik, zijnde de tweede booster, heeft gehad. Het aantal opgenomen patiënten zit met name in het oudere leeftijdscohort. U ziet dat er een bepaalde verdeling is. Wat je natuurlijk eigenlijk wilt weten, is hoe dat relatief zit. Nou, dat ziet u aan de rechterzijde weergegeven. Linksboven worden de niet-gevaccineerde personen getoond die worden opgenomen. Zij worden gerelateerd aan de totale groep die nog niet gevaccineerd is en die we natuurlijk kennen. Dan kun je het per 100.000 uitdrukken. In de vier grafieken aan de rechterzijde ziet u het weergegeven per vaccinatiestatus: niet, basis, één booster en twee boosters. Als je overall kijkt, zie je dat de meeste ziekenhuisopnames nog steeds komen uit de groep van de ouderen, en dan met name de ouderen die geen vaccinaties hebben ontvangen. Vervolgens ziet u de effecten van de basisserie, de booster en de herhaalprik. We moeten natuurlijk ook toevoegen dat de incidentie van met name de ic heel laag was en dat ook de incidentie van ziekenhuizen relatief laag was. Maar toch kun je nog steeds terugzien dat uit de groep personen die niet gevaccineerd is als het ware relatief gezien de meeste opnames komen. Datzelfde ziet u ook hier terug. Laat ik beginnen met de tabel te highlighten, want die is eigenlijk het eenvoudigst. Die tabel toont wat het effect is van de boostervaccinatie op een basisvaccinatie met betrekking tot ziekenhuisopnames. Dan ziet u dat het nemen van een booster het aantal ziekenhuisopnames grofweg met zo'n 50% terugbracht. Daarom zeggen we ook – en dat geldt met name sedert omikron – dat we zien dat alleen maar een basisvaccinatie weinig doet met betrekking tot ziekenhuisopnames, maar dat een booster dat relatief gezien ongeveer 50% terugbrengt. U ziet ook dat de herhaalprik die daarna gegeven is nog eens zo'n 22% deed.

Hetzelfde kun je voor de ic's doen. Nogmaals, er zijn een stuk minder ic-opnames geweest, zeker ic-opnames onder personen met een herhaalprik. Daardoor is de betrouwbaarheidsinterval zo groot. Maar als je kijkt naar degenen die wel of niet een boostervaccinatie hebben gehad, dan ziet u dat het verschil ongeveer 63% is. Hetzelfde is weergegeven aan de linkerkant. Daar is het misschien ietsje ingewikkelder af te lezen, maar wat die grafiek toont, is het relatieve effect van de verschillende interventies, dus basis ten opzichte van ongevaccineerd, booster ten opzichte van basis et cetera. Aan de linkergrafiekjes van boven naar beneden ziet u dat er eigenlijk nauwelijks meer een effect was van de basisserie alleen op het krijgen van een omikroninfectie ten aanzien van ziekenhuisopnames. De tweede toont het effect van de booster. Dan ziet u dat de lijn onder de nul is; die wordt negatief. Dat betekent dus dat de booster een beschermend effect heeft tegen het ernstig ziek worden ten opzichte van de situatie waarin je geen booster neemt. U ziet ook dat de herhaalprik daar weer wat aan toevoegt. Maar wanneer je bijvoorbeeld naar de alleroudste groep kijkt, zie je dat het effect van de herhaalprik inmiddels weer is afgenomen en dat het in die zin een goed tijdstip is om de huidige vaccinatieronde te doen, omdat we daarvan verwachten, ook omdat het een breder vaccin is, dat het de lijn weer omlaag brengt. Met andere woorden, je verwacht weer een gunstig effect te zien van de vaccinaties op de ziekenhuisopnames. De onderste lijn is de lijn die het voor alle groepen boven de 12 jaar toont. Die toont het eigenlijk misschien nog het beste. Je ziet dat de basisserie door de nullijn gaat. Dat wil zeggen dat je daar eigenlijk geen effect meer van vindt op ernstige ziekte en ziekenhuisopnames. Je ziet ook dat het nemen van de booster en de herhaalprik steeds de lijn omlaag brengt en dus een positief effect heeft in de zin dat het ziekenhuisopnames voorkomt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Moeten we dit zo lezen dat een booster of herhaalprik het meeste effect heeft in de leeftijdscategorie van 60 tot 79?

De heer **Van Dissel**:

Ja, maar u moet zich realiseren dat we hier naar ziekenhuisopnames kijken. In die leeftijdsgroep zitten ook de ziekenhuisopnames. Als die er niet zouden zijn, zou je ook geen positief effect kunnen zien. Het is natuurlijk zeker zo dat we eigenlijk tijdens de hele coronaperiode gezien hebben dat de opnames vooral vanaf 60 jaar zijn. Dat zie je hier ook terug. Daar kun je het meest een beschermend effect verwachten. Natuurlijk geldt het ook voor de kwetsbaren. Die zitten daar weer onder. Dat is eigenlijk de groep met een grieprikindicatie die nu ook meegenomen wordt in de vaccinatieronde.

Hier ziet u het nog even weergegeven in tekst. Een booster geeft zo'n 47% minder kans en een herhaalprik daarbovenop levert nog eens 22% extra ten opzichte van de boosterprik.

Dan nog heel even een paar dingen die misschien voor u interessant zijn vanuit de literatuur uit andere landen. Aan de linkerkant staan twee publicaties die hebben gekeken naar het effect van vaccineren op enerzijds het verloop van longcovideklachten en anderzijds het voorkomen daarvan. Wat daaruit blijkt – bijvoorbeeld uit de onderste studie uit Engeland – is dat personen die gevaccineerd zijn zo'n 41% minder kans hebben om longcovideklachten te krijgen. Dat geldt uiteraard als ze toch een infectie krijgen, want anders kijk je naar het vaccinatie-effect. Met andere woorden: de suggestie is dat vaccinatie mede helpt om long covid te voorkomen als je ondanks vaccinatie toch nog klachten krijgt. Aan de rechterkant ziet u, in dit geval voor Portugal, de effecten van vaccinatie weergegeven. U ziet opnieuw getallen tegen de 50%. Die komen helemaal overeen met wat ik u net toonde. Die hebben we

natuurlijk ook eerder uit Amerika, Engeland en Denemarken gerapporteerd hier. Dat is het effect van de boosterprik op de basisserie geweest. Ik denk dat de eerste studie de suggestie geeft dat vaccinatie een gunstig effect heeft. Daar moet overigens nog wel een heleboel werk verzet worden, denk ik. Daarvoor ben je ook afhankelijk van een zekere periode na de infectie omdat je long covid wilt vaststellen. Dat kun je natuurlijk niet een week na infectie doen, want het zijn klachten die langer doorlopen.

Bijna ter afsluiting heb ik hier dan nog een internationaal beeld. Our World in Data haalt dat op uit alle nationale databases. Dat ziet u hier weergegeven voor Europese landen. U ziet eigenlijk dat Nederland, wat betreft nieuwe gevallen, maar ook wat betreft de hardere getallen van ziekenhuisopnames, zich momenteel aan de onderzijde van Europa bevindt. Heel Europa lijkt een slingertje omhoog te maken. Opnieuw wil ik uw aandacht vestigen op het gegeven dat je met betrekking tot new confirmed COVID-19 cases natuurlijk het probleem van selectie hebt. Dit zijn natuurlijk de PCR-bevestigde getallen.

Er wordt internationaal ook bijgehouden hoe streng men is wat betreft maatregelen. U ziet hier de zogenaamde «Stringency Index» die door de Universiteit van Oxford wordt berekend op grond van twaalf à dertien parameters. Ik denk dat die index duidelijk toont dat alle landen in Europa het afgelopen halfjaar de maatregelen hebben afgebouwd. U ziet dat ze niet naar nul gaan. Dat geldt natuurlijk ook voor Nederland. Dat komt omdat je toch wilt benadrukken dat basisregels zoals «blijf thuis bij klachten en test jezelf» nog in alle Europese landen worden gepropageerd.

Ten slotte het volgende. Ik heb u laten zien dat we de afgelopen week, de afgelopen anderhalve week, een toename zien. Die toename is nog relatief gering. Wij kunnen ook niet voorspellen hoe het precies gaat lopen. Maar eigenlijk verwacht je, met het opstarten van de scholen, het terugkomen van vakanties en het seizoenseffect dat zich nu tegen ons keert, dat je een toename ziet van de circulatie van het virus. Gelukkig gaat het daarbij over het algemeen om milde klachten. Maar een deel van de mensen zal altijd naar het ziekenhuis gaan. We zullen dat de komende weken dus nauwlettend moeten volgen.

Er zijn altijd een paar factoren, de drijvende krachten, die bepalen hoe het gaat verlopen. Allereerst is dat de immuniteit. Ik denk dat het nu heel erg belangrijk is dat we gebruikmaken van de vaccinatieronde. Dat geeft natuurlijk weer een boost aan de immuniteit; dat was steeds zo. Ook het aantal doorgemaakte infecties, zeker als die mild zijn, draagt daar natuurlijk aan bij. Wat betreft varianten is het voor ons ook moeilijk om te voorspellen wat er gaat gebeuren. Sterker nog, dat kan je gewoon niet. Je kan ze alleen maar, hopelijk, vroeg oppakken. Als het omikronvarianten zijn, moet je hopen dat ze hetzelfde, milde, geassocieerde ziektebeeld hebben. De omikronvariant lijkt zich om allerlei redenen toch wat meer in de bovenste luchtwegen af te spelen. Hoe wij ermee omgaan en hoe de beleidsmaatregelen zijn, is natuurlijk ook belangrijk. Die bronmaatregelen zijn natuurlijk heel belangrijk om de snelheid van de verspreiding tegen te gaan. We denken dat het uitsmeren heel erg belangrijk is. We zullen moeten afwachten hoe het seizoenseffect voor de omikronvarianten is. Over het algemeen geeft dat een toename van het aantal problemen. Zonder ze opnieuw door te nemen – we hebben ze namelijk al een aantal keer getoond – wil ik u ook nog even wijzen op de WRR-scenario's. Het is, denk ik, heel erg belangrijk om op de langere termijn ook de blik te richten op waarop we ons moeten voorbereiden en wat voor voorbereidingen dat vraagt. Daarbij gaat het echt om de langere termijn.

Ten slotte geef ik mijn samenvatting. Die BA.5-variant circuleert. We denken niet dat we al in een stabiele, zoals dat heet, «endemische» fase zitten. We denken dat er toch nog steeds belangrijke toenames kunnen zijn waar onzekerheid over is. We weten niet of er nieuwe varianten

opkomen en hoelang de immuniteit ons adequaat beschermt tegen met name ernstige infecties. Dat geldt dan vooral voor de ouderen en de kwetsbaren. We denken dat de toename, die we op grond van bijvoorbeeld het seizoenseffect natuurlijk verwachten, momenteel speelt. Hoezeer die doorzet, zullen we nog moeten afwachten. Maar we zien het aan verschillende parameters, van ziekenhuisopnames tot rioolwater en webbased surveillance-instrumenten. Dat heb ik u laten zien. Het is momenteel belangrijk dat die vaccinatieronde met bivalente vaccins is gestart. Daarvan weten we uit verschillende onderzoeken dat de afweerreactie breder is. Dat kan ons natuurlijk weer helpen, zowel tegen potentiële nieuwe varianten als tegen de huidige varianten. Zoals u weet, hebben we tegenwoordig een thermometer. Die staat nog steeds op stand 1. Dat betekent natuurlijk niet dat hij volgende week niet op een andere stand zou kunnen staan. Dat zal erg afhangen van hoe de ontwikkeling is. Een toename verwachten we eigenlijk sowieso wel, maar hoe die zich reflecteert in een verstoring van de maatschappij en in een belangrijke toename van ziekenhuisopnames, moeten wij natuurlijk ook afwachten. Met de afgelopen omikronvariant hebben we wat dat betreft alleen wel een veel geruststellender beeld gezien dan eerder met de delta- en de alfavariant. Daar zullen we ons gewoon nauwkeurig op moeten richten door dat nauwkeurig te volgen. Dat is mijn bijdrage. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Van Dissel. Ik zag een vinger van mevrouw Van den Berg, maar ik wil eerst mevrouw Sap ... Een verduidelijkende vraag sta ik toe, als u die echt verduidelijkend houdt.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Lees ik het op pagina 21 goed – daar was ik te laat voor – dat Oostenrijk nog meer maatregelen heeft dan andere landen? En zou meneer Van Dissel kunnen aangeven wat hij bedoelt met «seizoenseffect, mogelijk reservoir in dieren»?

De heer Van Dissel:

Die vermelding van het diereneffect betekent niet dat dat nu speelt, maar we hebben het eerder gezien, bijvoorbeeld met de nerts. U heeft ongetwijfeld ook de publicaties gelezen waarin staat dat het soms in huisdieren gevonden kan worden. Dat is op zich ook niet vreemd. Voor de duidelijkheid: we hebben geen enkele indicatie dat zij momenteel een rol spelen in de verspreiding, maar tegelijkertijd wordt bijvoorbeeld in Amerika gerapporteerd dat het ook in herten en dergelijke wordt gevonden. Met andere woorden, daar zit gewoon een onzekerheid. Die willen we hier benoemen, zonder dat we denken dat dit op dit moment iets toevoegt.

Het zou best kunnen dat Oostenrijk ietsje hoger zit. Ik weet eerlijk gezegd niet wat daar nog speelt. Meer in het algemeen: u heeft gisteren in het nieuws waarschijnlijk de begrafenis van Abe gezien. In Japan gebruikt men allemaal nog FFP2-maskers. Dat is natuurlijk een andere situatie dan in Nederland, ofschoon de verspreiding in Japan momenteel ook niet heel erg hoog is. In China gaat men nog in lockdowns. De aanpak is natuurlijk per land nog verschillend, maar in Europa zijn de maatregelen over het algemeen afgeschaald.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Sap.

Mevrouw Sap:

Dank u wel, voorzitter. Het is heel fijn om hier in uw Kamer te zijn. Dank voor uw uitnodiging. Het Maatschappelijk Impact Team is per 1 september

gestart, maar wij zitten nog echt in de opstartfase; dat wil ik uw Kamer wel meegeven. Mijn ondersteunende team zit daar op de tribune. De rest zijn we aan het opbouwen. We hopen het heel snel paraat te hebben, zodat we per 1 november volledig operationeel zijn, maar ondanks die opstartfase vind ik het heel belangrijk dat we vanaf nu gewoon door u te bevragen zijn. Daarom ben ik met plezier hier.

Mijn droom, de ambitie van het Maatschappelijk Impact Team, is dat wij u over een tijdje een heel mooi dashboard kunnen laten zien met de kerninformatie die zicht geeft op hoe het gaat met mensen als gevolg van dat virus en ook als gevolg van de maatregelen ter bestrijding van dat virus, zoals de heer Van Dissel u nu prachtige sheets heeft laten zien die zicht geven op het virus, de vaccinaties en de ontwikkelingen. Wij willen daarbij eigenlijk naar twee dingen gaan kijken: wat is de impact van de pandemie en van maatregelen ter bestrijding van de pandemie op mensen, maar ook omgekeerd: wat betekent het gedrag van mensen en het draagvlak bij mensen voor het verloop van de pandemie of voor de effectiviteit van de maatregelen? We hebben met elkaar geconstateerd dat we daarvoor echt veel werk zullen moeten verzetten, ook nog in de kennisfase. Het expertiseterrein van alle sociaal-maatschappelijke kennis is immers heel breed. Die kennis is ook heel ruim voorhanden, maar is versplinterd. Dat willen we dus gaan samenbrengen met steun van een hele hoop partijen. Daarvoor willen we echt goede kerninformatie maken en ook betere data verzamelen.

Wat die data betreft: u ziet hier dat de heer Van Dissel inmiddels uit hele rijke bronnen kan putten, maar een manco bij sociale data is dat ze vaak wat traag beschikbaar zijn. Ik noem bijvoorbeeld de ziekteverzuimcijfers: het CBS heeft het laatste kwartaal, maar je hebt geen actueel inzicht over de volle breedte. We willen er met alle partijen aan werken dat we een actueler inzicht krijgen. Het gaat dus om een helder dashboard dat het kabinet en u zicht geeft op hoe het gaat met mensen. Dat is onze ambitie. Hoe willen we dat aanpakken? Het team zelf bestaat uit mensen met een brede expertise vanuit de wetenschap en deels ook vanuit de praktijk. Het MIT vindt het heel belangrijk om ook die signalen en die kennis uit de praktijk te benutten. Daarom willen we echt gaan werken met wat we «praktijkkringen» hebben genoemd. Dat zijn vertegenwoordigingen van bijvoorbeeld chronisch zieken, gehandicapten en kwetsbare groepen in achterstandswijken, maar ook van de sectoren, werkgevers, werknemers, mensen in vitale beroepen en jongeren – die zijn daar ook heel belangrijk bij – om ons echt te voeden als er weer stevige nieuwe maatregelen dreigen: hoe landen die, hoe ervaren zij die en wat zijn de knelpunten in de praktijk? Wetenschap en praktijk zijn dus allebei hele belangrijke invalshoeken voor het MIT.

Wij zullen morgen ons allereerste advies uitbrengen. Dat is eigenlijk nog een informeel advies, maar we noemen het toch gewoon ons «advies nummer 1». De sg van Sociale Zaken heeft namens het SG-beraad gevraagd om als MIT tegen de achtergrond van het WRR-advies, de veertien adviesraden en het langetermijn-coronabeleid van het kabinet te kijken waar het Maatschappelijk Impact Team hiaten ziet in de voorbereidingen voor dit najaar. Ik mag daarvan alvast een tipje van de sluier voor u oplichten en zes van de belangrijkste punten die we daarin constateren, met u delen, maar ik maak eerst nog een opmerking vooraf. Als kwartiermaker voor het team heb ik deze zomer veel gesprekken gevoerd met betrokkenen. Ik denk dat ik zo'n 40 à 50 mensen heb gesproken om te kijken wat nou eigenlijk de lessen van de afgelopen jaren zijn, want er was ook in de afgelopen jaren echt al veel expertise beschikbaar. Waarom kwam die nou niet door? Dat komt voor een deel doordat er nog niet zulke heldere dashboards zijn, zoals ik al zei. Maar het komt voor een deel ook doordat in crisisbesluitvorming de focus op de ultrakorte termijn ligt, waarbij er ook echt een neiging is om in een heel kleine kring te besluiten. Het is voor de toekomst ontzettend belangrijk om de besluitvorming zo

veel mogelijk in normale structuren te laten plaatsvinden. Ik denk dat uw Kamer dat punt zeer goed herkent. Het is belangrijk om óók in crisistijd de besluitvorming breed genoeg te houden. Daar zijn wijzelf als Maatschappelijk Impact Team ook voor bedoeld. Door het kabinet is ook verzekerd dat het altijd gaat om meer bewindspersonen dan alleen de Minister-President en de Ministers van VWS en Justitie, namelijk ook om de Ministers van Sociale Zaken, Onderwijs en Economische Zaken. Wij denken dat dat een hele belangrijke basis is om het in de toekomst breder te kunnen regelen, want je kan wel prachtige dashboards hebben maar als er geen luisterend oor is, landt het ook niet.

Kijkend naar het komende najaar, ook over dat najaar heen, en naar de lessen die de veertien adviesraden en de WRR ons meegeven, constateren wij als MIT dat het kabinet onvoldoende voorbereid is op de zwaardere scenario's en dat het nog niet uitgesloten is dat die zwaardere scenario's zich gaan voordoen. Dat is eigenlijk een overkoepelende conclusie.

Daarbij zien wij eigenlijk zes belangrijke punten. Een punt dat ons opvalt, is dat er een aanpak is gemaakt in samenwerking met de sectoren; daar zal mijn buurman straks meer over vertellen. Dat vinden wij ook goed; wij vinden het heel goed dat de samenleving betrokken is bij de aanpak. Daar hebben we echt nog wel een aantal kanttekeningen bij. Die kunt u later in het advies teruglezen, maar het is belangrijk dat je de samenleving betreft bij de aanpak. Wij constateren echter dat er eigenlijk geen plan ligt voor hoe je in die verschillende scenario's omgaat met mensen in kwetsbare posities. Er ligt dus wel een plan voor de sectoren, maar er ligt geen plan voor hoe je omgaat met mensen in kwetsbare posities. Daarbij denken wij niet alleen aan degenen die kwetsbaar zijn voor het virus, dus de mensen met een zwakke gezondheid en een chronische ziekte, maar ook aan mensen die juist vanwege de maatregelen ter bestrijding van het virus kwetsbaar zijn geworden. Daarbij denk je aan jongeren en ook mensen in flexibele arbeidsrelaties of met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, moeilijk bereikbare groepen. Wij denken dat het essentieel is dat de overheid zich daar alsnog op voorbereidt en de sectoren daar ook meer op uitdaagt. De sectoren zijn bevraagd – «doe ook iets voor mensen in kwetsbare posities» – maar in de maatregelenladders komt dat bij bijna geen enkele sector terug. Wij vinden dus dat daar echt een inhaalslag moet plaatsvinden.

Het tweede punt dat wij constateren, eigenlijk samen met de WRR en de veertien adviesraden, is dat de gereedheidskist van de overheid om maatregelen te kunnen nemen in die zwaardere scenario's, onvoldoende gevuld is. Ik ga het hier benoemen; ik weet dat het in uw huis heel omstreden is, maar je zou bijvoorbeeld toch moeten regelen dat het coronatoegangsbewijs klaar is als je dat in noodsituaties moet inzetten. Ik denk dat mijn buurman daar straks meer over zal zeggen. Wij vinden dat je daar terughoudend in moet zijn, omdat we ons terdege realiseren dat dat toegangsbewijs een inbreuk is op rechten van mensen, maar als de consequentie zou zijn dat een sector dan gesloten moet worden of geen verdienmodel meer heeft en dat dus eigenlijk een hele sector op slot zit, zou je dat toch in die gereedheidskist moeten hebben om het zorgvuldig te overwegen.

Een derde punt dat te constateren is, is dat er eigenlijk geen plan ligt voor de arbeidsmarkt. Dat breekt ook al op in de lichtere scenario's, want in de afgelopen kwartalen is het ziekteverzuim eigenlijk in alle sectoren historisch hoog. Met name in de zorgsector is het ziekteverzuim heel hoog. We verwachten dat dat in het najaar nog veel meer zal oplopen. Dan gaan sectoren echt vastlopen. Je zal dus toch met elkaar om de tafel moeten gaan om te kijken hoe je tot flexibelere uitwisseling van personeel tussen verschillende sectoren kan komen. Een mooi voorbeeld daarvan hebben we gehoord van INretail, de brancheorganisatie van de retail, die verregaande gesprekken voert met de GGD om in de zwaardere scenario's – stel dat de sector weer tijdelijk op slot moet – personeel uit te

wisselen met de GGD. Dat vinden wij een heel mooi voorbeeld. Als je dat soort initiatieven meer ondersteunt, kan je voorkomen dat je in de zwaardere scenario's weer hele uitgebreide steunmaatregelen moet optuigen. Dan kan je eigenlijk de kracht en de flexibiliteit van de sectoren zelf benutten.

Voor de arbeidsmarkt is ook heel relevant dat we echt oog moeten hebben voor jongeren. Jongeren zijn in een crisissituatie op de arbeidsmarkt gekomen. Daardoor zijn zij vaak terechtgekomen in banen onder hun opleidingsniveau. Uit onderzoek blijkt dat zij echt kwetsbaar zijn gebleken. Er is dus ook echt actie nodig voor jongeren op de arbeidsmarkt om te zorgen dat de achterstand die zij hebben opgelopen, niet permanent wordt.

Een vierde belangrijk punt dat wij constateren, is dat er sectorplannen liggen voor een hele hoop sectoren, maar dat er geen sectorplan ligt voor de overheden zelf. Er ligt dus geen sectorplan voor de publieke dienstverlening, geen sectorplan voor hoe de overheid essentiële diensten voor burgers in blijft kopen, geen sectorplan voor de openbare ruimte. Wij vinden het belangrijk dat de overheid ook daarmee aan de slag gaat. Een vijfde punt dat wij constateren, is dat er eigenlijk onvoldoende plannen liggen en onvoldoende urgentie gevoeld wordt voor het versterken van de veerkracht en de gezondheid van burgers. We weten uit onderzoek dat er echt een-op-een een relatie ligt tussen overgewicht en roken en de kans die je loopt om vanwege corona op de ic te belanden. We hebben gezien dat er vorig jaar wel extra aandacht is geweest en dat er een soort leefstijlcampagne is gevoerd, maar die aandacht is eigenlijk weer een beetje afgevlakt. Wij vinden dat aandacht voor gezondheid, waar je natuurlijk heel slim en verstandig over moet communiceren, echt meegenomen zou moeten worden in de basisadviezen die burgers krijgen: hoe maak je jezelf veerkrachtig tegen een pandemie?

Ten slotte het zesde punt dat wij constateren. We moeten veel meer het debat met elkaar voeren over de belangrijke morele dilemma's die zich voordoen als gevolg van corona en bij pandemieën. De WRR schetst daarbij met de veertien adviesraden eigenlijk als uitiem dilemma de afweging tussen acuut levens redden en het beschermen van levenskwaliteit op langere termijn. Daar is al een omstreden maatschappelijk debat over geweest. Er is nog geen uitiem onderzoek dat daar helderheid over geeft, maar u heeft ongetwijfeld ook studies gezien die laten zien dat de impact van maatregelen ook tot verlies van levens en van levenskwaliteit hebben geleid. Als je dat debat niet gaat voeren aan de voorkant, zul je altijd, als een pandemie weer heftig toeslaat, kiezen voor levens in acute nood. Dan zal de maatschappelijke afweging altijd pas achteraf gemaakt worden. Dat is echt wat er nu gebeurd is. Onze vrees is dat dat weer zal gebeuren als we daar niet actiever met elkaar over spreken. Wij raden het kabinet aan en geven u in overweging om daar echt een goed debat met burgers over te organiseren. Dit thema leent zich uitstekend voor een burgerberaad, waarbij je burgers ook echt een goed mandaat geeft, een goede, representatieve afspiegeling van de burgers maakt – dat wordt vaak door loting gedaan – en kijkt of je met elkaar verder kan komen in zo'n debat. Kijkend naar internationale voorbeelden is bijvoorbeeld in Ierland in 2016 een heel succesvol burgerberaad gehouden over een belangrijk moreel dilemma. Dat was toen de abortuswetgeving. Beleidsmakers dachten dat dat je dat echt niet in handen van burgers kon leggen, maar dat heeft daar echt geleid tot een breed draagvlak voor een weg voorwaarts. Dat is dus een laatste belangrijk punt dat we het kabinet in overweging geven.

We hebben nog een aantal andere punten in dat advies. Ik hoop dat dat advies snel uw Kamer zal bereiken. Wij zouden het dolgraag op onze website zetten, maar die hebben we nog niet. Daar zijn we heel hard voor aan het werk. Wij gaan het advies morgen aanbieden aan de sg van

Sociale Zaken. In de lijn ligt nu dat de Minister het zo spoedig mogelijk naar uw Kamer stuurt. Dan zult u dat dus ook kunnen zien.
Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Sap. Dank u wel voor de zes punten die u genoemd heeft. Ik denk wel dat ik namens de hele commissie kan zeggen dat we het de volgende keer qua timing misschien wat beter op elkaar kunnen afstemmen, want we hebben straks het debat. Dan zal uw inbreng ongetwijfeld ook een rol spelen. Maar goed, dat is een opdracht aan ons allen, niet in de laatste plaats ook aan mijzelf als voorzitter van de commissie. Dat gaan we de volgende keer beter doen, maar in ieder geval dank voor uw mondelinge toelichting. Ik geef graag het woord aan meneer Bartels.

De heer Bartelse:

Dank u wel en dank voor de uitnodiging. Ik neem u kort mee in de totstandkoming van zo'n sectorplan – dat is een voorbeeld vanuit een van de sectoren – en ook in een aantal knelpunten die we daarin nog zien en die we onder de aandacht willen brengen. Ik zit hier als vertegenwoordiger van een taskforce waarin 110 branche- en beroepsverenigingen in de culturele en creatieve sector vertegenwoordigd zijn. Ik spreek dus vanuit die hoek. Er liggen meer dan twintig sectorplannen. Een aantal punten zal ongetwijfeld ook voor de andere sectorplannen gelden en andere punten minder.

In het dagelijks leven ben ik directeur van TivoliVredenburg. Wij merken eigenlijk dagelijks aan den lijve wat Jolande Sap net zei over de mentale weerbaarheid en de effecten van de coronapandemie op mensen. Tegelijkertijd zijn we nu ook alweer bezig met andere crises. Wij komen de zomer uit en staren naar de energiecrisis, met een groot gat in onze begroting. Het is voor ons dus echt zaak om ons voor te bereiden op de situatie dat de pandemie en corona weer toeslaan. Dat hebben we in de afgelopen jaren ook gedaan. Het was niet alleen kwaad en wee: de coronapandemie heeft ook meer dan ooit – zo ervaren wij dat – laten zien dat mensen behoefte hebben aan kunst en cultuur, samen uitgaan, een concert pakken, door een monument of museum dwalen. Het gaat om de kwaliteit van het leven; het geeft daar kleur en betekenis aan. Wij zien eigenlijk dagelijks ouderen die twee jaar lang niet naar een concert of naar een museum zijn geweest en vaak ook eenzaam thuis hebben gezeten. Wij zien die jongeren aan de deur, strak van de knaldrang, om eindelijk weer uit te kunnen gaan, want dat hebben ze heel lang alleen onder de radar kunnen doen.

We zijn echt heel erg dankbaar voor de steun die we hebben gehad. De sector staat nog, hoewel die steun echt niet overal gelijk en goed terecht is gekomen. Dat is en blijft een aandachtspunt, maar we staan goeddeels nog overeind. Tegelijkertijd was het een ride met een aaneenschakeling van open- en dichtgaan. In die ride hebben wij heel veel ervaring opgedaan met hoe je veilig open kan blijven. Dat hebben we vaak in samenwerking met de evenementenbranche gedaan. Er zijn fieldlabs gehouden. We hebben een schat aan ervaring opgedaan om veilig mensen te kunnen ontvangen in verschillende fases van de epidemie. Hoe zijn we nou tot zo'n ladder gekomen? Dat was niet van vandaag of gisteren en dat was ook niet van toen het kabinet ons vroeg om met een ladder te komen. Wij zijn helemaal aan het begin van dit jaar, eigenlijk aan het eind van vorig jaar, een openingsplan gaan maken op basis van de informatie die we hebben. Toen noemden we het nog «openingsplan»; nu noemen we het «maatregelenladder». Kortweg gaat het daarbij, zoals we nu gelukkig ook in de brief van het kabinet zien, om een aantal fases die we onderscheiden, met per fase maatregelen die wij voorstellen, in een oplopende mate van zwaarte. Per maatregel geven wij ook aan wat er

nodig is aan compensatie, faciliteiten en infrastructuur om die maatregel uit te kunnen voeren. Ook heel belangrijk is dat we aangeven dat verschillende typen activiteiten ook verschillende maatregelen nodig hebben. Is het in een museum, een presentatie-instelling voor beeldende kunst of een filmhuis nog mogelijk om 1,5 meter afstand te houden? Dat is niet leuk, maar het kan nog wel. Dan kunnen er nog mensen genieten van de voorstelling of van een evenement. Dat is bij een popconcert of festival of in de nachtcultuur niet mogelijk. Dan haal je de angel eruit. Dan moet je dus kijken of er ook andere instrumenten zijn waarmee je dat kan organiseren. Dan komt bijvoorbeeld het testen voor toegang in beeld; mevrouw Sap noemde het al.

Het is nu heel belangrijk dat de overheid uitgaat van deze sectorplannen. Dat is echt een stap vooruit. Daar zijn wij blij mee. Wij hebben ervaren dat de overheid het afgelopen jaar het voor ons probeerde te regelen en een fiksfuik in zwom waar zij niet meer uit kwam, waardoor alle ervaring die wij hebben, niet of weinig gebruikt kon worden. Het was goed bedoeld, maar we zijn nu wel blij dat de overheid langzamerhand die fuik weer uit zwemt en gebruikmaakt van die kennis en ervaring. We hebben die overheid nog wel heel hard nodig, ook in de komende tijd. Daar wil ik graag aandacht voor vragen. Dat zijn een paar punten.

Dat begint met een breder afwegingskader, niet alleen het medische afwegingskader. Daar hoef ik niet verder over uit te weiden, want dat zei mijn buurvrouw al. Gebruik niet alleen het medische afwegingskader, maar overweeg ook het sociale, het mentale en de kwaliteit van leven. Twee. Meneer Van Dissel zei het net: we hebben behoefte aan een duidelijk signalerings- of alarmeringssysteem. Het heet nu de thermometer. Lange tijd hebben wij het over kleurtjes gehad. Voor elke risicofase van de epidemie willen wij indicatie krijgen van waar wij ons bevinden, zodat wij ons kunnen voorbereiden. Voorspelbaarheid is niet mogelijk en er zijn onzekerheden, maar voor onze sector is heel erg belangrijk dat wij weten waarop wij ons kunnen voorbereiden.

Drie. Wij kunnen de maatregelen niet nemen zonder afdoende compensatie. Je kan niet aan een concertpodium of museum vragen om de 1,5 meter in te voeren zonder dat daar enige vorm van compensatie tegenover staat, want dan ben je binnen een paar maanden, soms zelfs weken, failliet. Weerstand is laag en de reserves zijn op, dus dat kunnen wij niet aan. In de brief van het kabinet is heel zuinigjes een muizengaatje daarvoor geopend, maar wij willen graag, ook hier weer, een zekere voorspelbaarheid over wat wij mogen verwachten qua compensatie. Wij hebben die nodig. Wij hebben die echt nodig. Mensen lopen de sector uit, ook door de onzekerheid die er is. De arbeidsmarkt is ontwricht.

Vierde punt. Wij zouden het heel fijn vinden als wij tijdige, duidelijke informatie hebben over de beschermingswaarde van de maatregelen. Wij hebben gewerkt aan sectorplannen zonder dat wij goed wisten wat nou een effectieve maatregel was en hoe die zich verhiel tot de andere. Is de 1,5 meter nou beter dan één? Is één nou beter dan het ctb? Dat virus is natuurlijk onvoorspelbaar en ontwikkelt zich, maar voor ons is het in de dagelijkse praktijk belangrijk om die informatie te hebben, zodat wij daarin goed een afweging kunnen maken. Vertrouw ons daarin. Onze mensen hebben veel ervaring met het invoeren van die maatregelen en dat zo goed mogelijk doen. Heel belangrijk voor de steun daarvoor is dat wij kunnen internaliseren dat het effect heeft.

Ten slotte. Mijn buurvrouw zei het ook. Het is een belangrijk punt dat wij onder de aandacht van de Kamer willen brengen. Zorg ervoor dat wij onze sectorplannen kunnen uitvoeren, dat er een gereedschapskist is van voorzorgsmaatregelen die wij kunnen gebruiken, inclusief de wettelijke basis daarvoor. Een coronatoegangsbewijs op basis van 1G, of misschien van 3G, is daar ook een optie voor. Laat ik heel duidelijk zijn, wij zien dat alleen voor ons in ernstige fases van de pandemie. Testen voor toegang of

3G zijn geen maatregelen die wij graag willen nemen. Je wil open zijn en je wil mensen niet uitsluiten, maar in ernstige fases van de epidemie is het voor ons een last resort. Het biedt toch een mogelijkheid om mensen nog toe te laten, om die jongeren die voor onze deur staan, toch nog een uitlaatklep te geven in de mogelijkheid om samen uit te gaan, bijvoorbeeld. Ik realiseer mij dat niet alle sectoren dit nodig hebben. Dat ziet u ook in het sectorplan. Ze hebben ze niet allemaal opgenomen. Ook binnen de culturele en creatieve sector zijn er sectoren, bijvoorbeeld musea of filmhuizen, die ik dit echt niet zien doen. Die hebben dat ook niet nodig. Maar andere delen hebben het wel nodig, en die zijn van grote betekenis voor de mentale gezondheid, met name voor zo'n wat kwetsbare groep als jongeren in die tijd.

Ik rond af. Wij vragen om twee zaken. Regel die wettelijke grondslag, zo'n gereedschapskist. Neem die voorzorgsmaatregelen alstublieft en werk aan de randvoorwaarden waarmee wij dat kunnen uitwerken. Dat vraagt ook goede testfaciliteiten en mogelijk de invoering van gevalideerd zelftesten. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Bartelse. We hebben nog drie kwartier om vragen te stellen. Ik wil voorstellen dat we een voor een vragen stellen. Ongetwijfeld heeft u ook dezelfde vragen. Ik hoop zo vaak mogelijk het rondje te kunnen doen, maar dat hangt er ook van af of u uw vragen kort en technisch houdt. Het antwoord moet ook kort en technisch zijn, zeg ik ook richting de rechterkant.

De heer Dekker (FVD):

Dat is één vraag per keer, begrijp ik?

De voorzitter:

Dat is één vraag per keer. Dan hoop ik zo vaak mogelijk het rondje te kunnen doen. Ik begin bij mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik dank onze genodigden voor hun presentaties. Welkom terug, mevrouw Sap, onze oud-collega-zorgwoordvoerder. Het is altijd leuk om een van onze oud-collega's terug te zien. Mijn vraag gaat over wat we eigenlijk al heel erg lang weten, namelijk dat maatregelen, als die in beeld zijn, vooral bedoeld zijn om ziekenhuisopnames te voorkomen of in de tijd te drukken. We zien ook heel duidelijk in beeld, op pagina 4 en 5, dat die ziekenhuisopnames vooral plaatsvinden onder 70-plussers, 80-plussers en mensen met een verstoorde afweer. Mijn vraag is waarom beleidsadviezen eigenlijk nog steeds generiek, voor de hele populatie, zijn nu we al zo'n poos in de coronacrisis zitten. Zou het nu niet eens tijd worden om te kijken of wij niet naar een ander systeem moeten, waarbij we ons gaan richten op ouderen en mensen met een verstoorde afweer – dat zijn toch degenen voor wie we alle maatregelen nemen – in plaats van op het generieke beleid, dat nog steeds de boventoon voert? Dat is een vraag voor meneer Van Dissel, maar ook voor mevrouw Sap.

De heer Van Dissel:

Dit punt hebben we vaker geadresseerd, dacht ik. Dat is namelijk altijd het probleem. Dat gaat over de manier waarop de ziektepiramide opgebouwd is. We weten dat die basis met relatief milde klachten bij covid heel erg breed is, en dat de top met ernstige klachten relatief klein is. Maar als het rondgaat zonder controle, is die top toch veel te groot om op te vangen. Dat was in het kort het probleem. Het probleem met het alleen richten op kwetsbaren – die vullen inderdaad die top – is dat de groep kwetsbaren domweg te groot is. Dat gold tot de omikronvariant; we hebben nu natuurlijk ook heel ander beleid dan een jaar terug, zoals u weet. Realiseer

je alleen al dat de groep die in aanmerking komt voor een griepvaccinatie, bijna een derde van de bevolking is. Wij zagen er in het verleden nooit kans toe om ons alleen daarop te richten en de rest met andere maatregelen te beperken. We hebben natuurlijk altijd een beleid gehad dat specifiek op kwetsbaren gericht is – dat kunt u ook terugvinden in verschillende OMT-brieven – enerzijds gericht op de kwetsbaren die in verpleeghuizen en woonzorgcentra zaten, maar ook op de 70-plussers die thuis wonen. Daar waren aparte adviezen voor. Maar de groep was domweg te groot om echt apart te adresseren. Sedert omikron hebben we natuurlijk überhaupt alle maatregelen helemaal afgeschaald.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik bedoel dus dat bijvoorbeeld de 1,5 meter altijd voor iedereen gold en dat het sluiten van de horeca ook gold voor iedereen die gebruikmaakt van de horeca. Dat is nog steeds zo. Waarom is dat nog steeds zo? Waarom is daar niet over nagedacht?

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, de vraag is helder.

De heer **Van Dissel**:

Daar is zeer veel over nagedacht, maar het probleem is domweg dat er in elk gezin wel een kwetsbare persoon is. Als dat bijna 30% van de bevolking is, dan kunt u zich voorstellen dat het, in ieder geval tot nu toe, eigenlijk nauwelijks mogelijk leek om daar een scheiding in aan te brengen. Dat is domweg het antwoord.

De **voorzitter**:

Mevrouw Sap, wilt u nog iets toevoegen? Kort, alstublieft.

Mevrouw **Sap**:

Daar sluit ik me bij aan. Het MIT moet daar nog naar gaan kijken, dat sowieso. Maar ik sluit me erbij aan dat generieke maatregelen tot nu toe de meest haalbare en meest mogelijke zijn gebleken. Maar ik denk wel dat het heel belangrijk is dat je in de communicatie en voorlichting wél veel meer differentieert naar verschillende groepen die je wil bereiken. Een deel van het probleem is namelijk ook dat mensen niet goed meer snappen waarom ze de dingen moeten doen, dus ik denk dat daar een hele grote uitdaging ligt: betere communicatie. Daar zijn zowel overheden, bedrijven als intermediaire organisaties bij aan zet.

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

Veel dank aan meneer Van Dissel, mevrouw Sap en meneer Bartelse voor de presentatie. De opmerking van mevrouw Sap over het gesprek over morele dilemma's is me uit het hart gegrepen, maar mijn vraag gaat over gedrag. Ik weet nu niet of ik daarvoor bij meneer Van Dissel of mevrouw Sap moet zijn. Ik heb in maart en november vorig jaar gevraagd of meneer Van Dissel in kaart kon brengen wat, ook in de cijfers, het effect is van ons collectieve gedrag op het verloop van de ziekte. Ik zou dat heel graag expliciet hebben voor de volgende keer. De vorige keren deed meneer Van Dissel dat, en nu hoorde ik mevrouw Sap zeggen dat ze een dashboard met gedrag aan het maken is, dus ik hoor graag wie daar wat over kan zeggen.

De **voorzitter**:

Wie van u zal ik het woord geven? Meneer Van Dissel, zal ik u als eerste het woord geven?

De heer **Van Dissel**:

Ja, ik kan daar misschien kort wat over zeggen. Gedrag wordt meegenomen in de adviezen. Dat gebeurde ook eerder al, zeg ik voor de duidelijkheid. Gedragsunits sluiten namelijk aan bij ons responsteam. Ik heb natuurlijk eerder laten zien – dat heb ik dit keer inderdaad niet gedaan – hoe de opvolging van de verschillende maatregelen was. Dat kunt u ook terugvinden op het dashboard van de rijksoverheid. Daarop wordt dat weergegeven. Ik heb u, dacht ik, ook in twee briefings apart laten zien wat het effect is van het verschil in de mate van opvolging van met name de bronmaatregelen, en vervolgens de collectieve maatregelen, op de verspreiding van het virus. Het virus heeft wel steeds een truc gevonden om besmettelijker te worden, dus dat maakt dat er natuurlijk toch wel iets van verloop is. Maar we zijn ervan overtuigd dat als de bronmaatregelen goed worden gehandhaafd, een heleboel andere maatregelen niet nodig zijn. Dat kunnen we misschien voor een volgende keer nog een keer uitrekenen, als u dat wilt.

Mevrouw **Sap**:

Ik heb een korte toevoeging. Ik denk dat zowel MIT als OMT naar dat gedrag kijken, maar vanuit het eigen perspectief. Wij zullen met name kijken wat dat gedrag betekent voor het draagvlak van maatregelen, maar ook voor mensen die moeilijk te bereiken zijn. Vaccinatie is in deze fase bijvoorbeeld heel belangrijk om een gunstiger verloop in het najaar voor elkaar te krijgen. Dat weten we allemaal. Maar we weten ook dat er groepen zijn die echt angst en wantrouwen hebben en die niet geloven in vaccinaties. Die bereiken we niet met de gewone communicatiecampagnes. Daar willen wij vanuit dat maatschappelijke perspectief ook goed in duiken: wat zit daar nou achter en hoe kun je die groepen toch bereiken? Ik denk dat dat elkaar heel erg gaat aanvullen.

De heer **Beyers** (VVD):

Dank aan de gasten. Ik heb een vraag die specifiek voor de heer Van Dissel is. De norm die we op dit moment hanteren, is en blijft zelftesten, en die rapporteren we nergens. Ik blijf dus wat worstelen met wat dat dan zegt over die schatting van het aantal positieve gevallen. Wat is de onzekerheidsmarge die we daarbij in acht moeten nemen?

De heer **Van Dissel**:

Die is natuurlijk hoog. Dat heb ik, denk ik, ook aangegeven. Tegelijkertijd hebben we natuurlijk juist systemen opgezet die rekening houden met het feit dat rapportages van de GGD een andere waarde hebben dan helemaal in het begin. Ik denk dat de rioolwatersurveillance heel belangrijk is, want die meet gewoon de uitscheiding. Dat blijkt toch een hele mooie afgeleide maat. We hebben ook een aantal webbased systemen, die natuurlijk van de personen afhangen. Die melden zich aan als ze mee willen werken, maar dat is natuurlijk altijd weer een selectie. Maar ik denk dat met name de rioolwatersurveillance een hele mooie techniek is. Die wordt natuurlijk wel beïnvloed door toerisme en dergelijke, maar is, zeker nu, vooral een afspiegeling van Nederland.

De heer **Dekker** (FVD):

Dank voor de presentaties. Ik heb een vraag aan zowel de heer Van Dissel als mevrouw Sap. Er zijn een heleboel gegevens beschikbaar gekomen over besmettingen en ziekenhuisopnamen, maar dat zijn allemaal gegevens die vaak multi-interpretabel zijn omdat interveniërende variabelen een rol kunnen spelen. De hardste gegevens zijn eigenlijk die over vaccinatie – wie is er gevaccineerd? – en over sterfte, want daar zitten geen vreemde variabelen bij. Die twee gegevens, samen met het feit dat er nogal wat bijwerkingen bij die vaccins worden gezien en dat er in het buitenland hier en daar wat aarzeling over te horen is of het wel verstandig is om daar in volle vaart mee door te gaan, brengen me toch

tot de volgende vraag. Er is oversterfte vastgesteld in de afgelopen anderhalf à twee jaar. Dat loopt qua timing parallel met het toedienen van grote aantallen relatief nieuwe vaccins. Is er geen zorg bij de heer Van Dissel dat die vaccinaties een rol kunnen spelen bij de waargenomen oversterfte? En is het in dat licht voor hem geen zorg dat we nu met een grootschalige nieuwe vaccinatieronde beginnen?

De heer **Van Dissel**:

We hebben hierover twee weken terug een briefing met de Kamer gehad. Wat mij betreft was de samenvatting daarvan de volgende. Die is toen ook geïllustreerd met getallen. Dat is zeker oversterfte. Er is gewoon covid. Dat leidt tot sterfte, misschien niet altijd meteen. Er zijn grote studies gedaan – die heb ik ook aangehaald – met betrekking tot de veiligheid van vaccins. Ik heb een Amerikaanse studie genoemd die maar liefst 10 miljoen mensen heeft geïncludeerd. Daar kwam geen enkele indicatie uit dat er ten gevolge van vaccinatie oversterfte is. Dat is gewoon het antwoord.

Tegelijkertijd zien we – dat heb ik vandaag weer laten zien – hoe vaccinatie beïnvloedt dat het aantal mensen dat ernstig ziek wordt, afneemt, dat het aantal ziekenhuisopnames afneemt en dat met name ook het aantal ic-opnames, ernstige ziektes, afneemt. Dat betekent dat wij op grond van die gegevens – die betreffen ook uit het buitenland miljoenen mensen – met vertrouwen de vaccinatieronde tegemoetzien. We willen het belang daarvan dan ook onderstrepen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Sap, de vraag was ook gericht aan u.

Mevrouw **Sap**:

Ik onderstreep dat er op wetenschappelijke gronden geen contra-indicaties zijn voor risico's van vaccinatie. Ik zie ook dat er eigenlijk te weinig informatie over beschikbaar is. Sociaal-maatschappelijke onderzoekers staan te popelen om veel diepgravender onderzoek te doen naar de oorzaken van oversterfte. Dat kan nu maar zeer beperkt in Nederland, vanwege de privacywetgeving.

In het verleden hebben zowel ZonMw als het CBS daarover signalen afgegeven. Die zou ik hier nog een keer willen onderstrepen. Het is echt heel belangrijk dat die gegevens beschikbaar komen voor grootschaliger onderzoek. Vervolgens moeten we de bevolking heel goed meenemen in de resultaten van dat onderzoek. Ik onderschrijf namelijk ook dat er angst en wantrouwen is ten aanzien van de vaccins. Nogmaals, er is geen wetenschappelijke contra-indicatie, maar we kunnen ook niet al het onderzoek doen dat we nu willen doen om de oorzaken van de oversterfte te analyseren.

De heer **Van Dissel**:

Ik wil graag nog één ding toevoegen. Het waren niet alleen het CBS en ZonMw. Het RIVM ondersteunt dit ook zeer. Het wordt echter belemmerd door de huidige wetgeving.

De **voorzitter**:

Dank u wel voor die toevoeging.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dank voor beide presentaties. Ik heb een vraag aan mevrouw Sap. Zij gaf in het begin aan dat het in crisisbesluitvorming vaak gaat over de korte termijn. Het is dan lastig om de bredere weging tot z'n recht te laten komen. Mijn vraag gaat juist over het idee dat de bredere weging je lief is. Wat zou je kunnen doen om te voorkomen dat je in de crisismodus schiet? Richt het MIT zich daar ook op? Ziet het daar ook mogelijkheden voor?

Mevrouw **Sap**:

Dank voor deze boeiende vraag. Je kunt eigenlijk een aantal dingen doen. Laat ik vooropstellen dat je niet altijd kunt voorkomen dat je in een crisismodus terechtkomt. Als er weer een nieuwe variant zou uitbreken die heel heftig is, dan zou je natuurlijk snel besluiten moeten nemen. Je kunt je wel in de relatief rustige tijden heel goed voorbereiden op allerlei mogelijke scenario's, zodat je goed voorbereid bent op zwaardere varianten. Je kunt ook goed met elkaar doordenken wat je dan doet. Je kunt ook goed oefenen met situaties en simuleren dat er crisissituaties zijn. Dat gaan we doen. We hebben gisterenavond een crisissimulatievraag binnengekregen. Daar gaan we ook aan meewerken. We gaan dan echt kijken hoe het in dat soort omstandigheden werkt. Dat is het tweede dat je kunt doen.

Drie. Een uitdaging bij mijn eigen team vind ik dat we ook scherper moeten focussen op en goed kijken naar welke sociaal-maatschappelijke data in crisistijd heel snel beschikbaar moeten zijn. We denken vaak dat dat robuust achterliggende trends zijn. We hebben bijvoorbeeld het mentaal welzijn van jongeren heel snel zien omslaan in crisistijden. Dat had traumatische gevolgen, in de zin van meer zelfmoordpogingen. We moeten echt veel sneller over die data kunnen beschikken. Dat zouden mijn drie antwoorden zijn.

De heer **Hijink** (SP):

Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel. Die gaat over vaccinaties. Als je naar de presentatie kijkt, dan zie je dat de herhaalprikken enorm werken, ook tegen het aantal ziekenhuisopnames, het aantal ic-opnames en de verspreiding van het virus. Mijn vraag is: als we met de herhaalprikken op het niveau zouden komen waar we eerder bij de basisvaccinatie waren – dan ga je dus richting de 80% à 90% – kan de heer Van Dissel dan aangeven wat de impact daarvan zou zijn? Welke potentiële maatregelen hoef je daardoor niet meer te nemen? Hoe ligt die verhouding? Als die heel gunstig is, en je met vaccinaties en herhaalprikken maatregelen kunt voorkomen, moet dat dan ook niet de allerbelangrijkste boodschap zijn?

De **voorzitter**:

U vult het nu enigszins in. Volgens mij is de vraag helder.

De heer **Van Dissel**:

Ik ben het daar voor 100% mee eens. Ik denk dat dat een belangrijke boodschap is. Wat we van de vaccinaties gezien hebben – ik vat het even kort samen – is dat de basis alleen momenteel niet meer voorkomt dat mensen ernstig ziek worden, maar de booster juist wel. Die gaan we binnenkort weer inplannen. Daar zijn we nu mee bezig. Vorige week zijn er zo'n 270.000 vaccinaties gezet. We willen daarmee een zo hoog mogelijk vaccinatiepercentage bereiken. Dat betekent namelijk dat je niet alleen voorkomt dat mensen ernstig ziek worden, maar dat je grofweg de helft van de infecties en doorgiften voorkomt.

Dat betekent dat als je een voldoende hoog vaccinatiepercentage haalt, je de circulatie van het virus in belangrijke mate onderbreekt. Als het virus minder circuleert, dan zal het minder personen treffen, minder ernstig zieken geven en de noodzaak van additionele maatregelen beperken. Ik denk dus dat je met de vaccinatie, de daarmee bereikte effectieve immuniteit en de basisregels heel erg ver komt, in plaats van een aantal andere dingen nog extra te moeten doen, zoals maatregelen in de cultuursector. Daarom zijn wij daar groot voorstander van. Dat kunt u terugvinden in de stukken, in de communicatie. Misschien hebben we dat niet genoeg laten zien. Ik vind het dus goed om dat hier nog eens te benadrukken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank aan alle drie de gasten. Ik ga een beetje door op de vraag van collega Hijink. Ik volg namelijk helemaal wat meneer Van Dissel zegt. Ik snap het effect van vaccineren en de herhaalprik. Ik zie ook aan de cijfers dat de opkomst nog niet heel groot is. Ik hoorde volgens mij het RIVM gisteren zeggen dat we wellicht nu de najaarsgolf ingaan. Ik hoor experts momenteel zeggen: zou het niet een goed idee zijn om op drukke plekken alsnog mondkapjes te gebruiken? Als ik die drie dingen naast elkaar zet, ben ik wel benieuwd naar het volgende. Ik heb even bij de buurman gespiekt in alle thermometers, en dan staat tussen de basisregels niet het gebruik van mondkapjes op drukke plekken. Hoe duidt u dan dat een aantal experts in het land dat nu wel aangeven?

De heer **Van Dissel**:

U kunt mij niet vragen om in de hoofden van andere personen te kijken. Dat laat ik aan hen. Ik wil wel benadrukken dat we de afgelopen acht tot tien maanden dit soort maatregelen niet meer hadden, omdat we moesten afbouwen. We hebben gezien dat er golven zijn opgetreden. De gevolgen daarvan voor de zorgbelasting, de verstoring van de maatschappij en het voorkomen van culturele activiteiten zijn heel gering geweest. We zitten nu net in een fase dat het misschien wat toeneemt. We verwachten dat dat nog best wat verder zal toenemen, vanwege het seizoen dat tegen ons gaat werken. De vraag is natuurlijk: hoe leidt dat uiteindelijk tot druk op de verschillende parameters die we volgen, zoals ziekenhuisopnames? Vooralsnog is dat gering. Onze conclusie was dat dat nog niet hoeft. Als iemand dat persoonlijk wil doen, staat diegene dat natuurlijk vrij. Wij geven dat advies nu echter niet.

Mevrouw **Gündoğan** (Lid Gündoğan):

Dank aan de gasten. Ik heb een vraag over pagina 20 van de sheets van de heer Van Dissel. Ik ben even naar Our World in Data gegaan. Ik zie dat Nederland van alle landen die daarin staan het enige is met een vaccinatiegraad onder de 70% – het is 68,6% om exact te zijn. Het land met de hoogste volledige vaccinatiegraad is Portugal met 86,5%. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is: waarom zijn wij zo uit de pas gaan lopen? Nederland behoorde aanvankelijk namelijk tot de koplopers. We hadden een hoge vaccinatiegraad. Nu zitten wij niet meer bij de koplopers. We zien in de sheets van de heer Van Dissel over ziekenhuisopnames en ic-opnames dat dit een parameter is voor het komende najaar en winter. Er komen gewoon weer ziekenhuisopnames en ic-opnames door de lage vaccinatiegraad. Het gaat dan specifiek over de groep 60-plus en de kwetsbare mensen. Wat moet de overheid aan aanvullende zaken en communicatie doen om die graad omhoog te krikken?

De **voorzitter**:

Uw vraag is helder, denk ik. Meneer Van Dissel, waarom lopen we achter?

De heer **Van Dissel**:

U vraagt voor een groot deel naar beleid. Mijn deel van het antwoord is dat we voor een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad zijn. Dat is het eigenlijk. Hoe dat in beleid wordt omgezet, is natuurlijk niet aan de adviseur.

Misschien kan ik nog één opmerking maken met betrekking tot Our World in Data. U moet dat wel met enige voorzichtigheid interpreteren. De een rapporteert vanaf 18 jaar, de ander vanaf 12 jaar. Our World in Data doet het weer op de totale populatie. We zitten natuurlijk niet meer op het getal dat u net noemde. We weten dat het ongeveer 83 is met de basisserie. De kleine lettertjes zijn dus ook wel belangrijk.

De **voorzitter**:

Een gedeelte van uw vraag kunt u kwijt in het debat van vanmiddag. Mevrouw Sap heeft nog een toevoeging. Daarna is er een vraag van mevrouw Van der Plas.

Mevrouw Sap:

Uit de gedragsmonitor van het RIVM blijkt eigenlijk een hogere vaccinatiebereidheid dan uit het Ipsosonderzoek. Het verschil dat wij constateren zit 'm met name in moeilijk bereikbare groepen in achterstandswijken. Er komt binnenkort onderzoek van Pharos. Daar mag ik al enigszins uit putten, maar het ligt er helaas nog niet. Daaruit blijkt dat je die groepen niet bereikt met algemene campagnes. Daarvoor moet je heel gericht de wijken in. Je moet vertrouwenspersonen en intermediairs die in die gemeenschappen vertrouwd worden inzetten. Pharos waarschuwt ook dat het vertrouwen bij mensen in de wijken in het kabinetsbeleid en in het vaccinatiebeleid zo laag is dat je dit niet makkelijk oplost dit najaar. Dat vind ik zelf heel zorgelijk. Het is dus de vraag hoe hoog we 'm kunnen krijgen. Het begint echt bij zorgen dat je de informatie brengt op de plekken waar mensen zijn en waar ze degene die die informatie geeft vertrouwen. Dat lukt dus niet met alleen maar algemene campagnes. Daarom pleiten wij er ook voor, ook in ons eerste informele advies, om veel meer middelen in te zetten in deze campagne, zoals die prikbusen die goed bleken te werken. Misschien moet je er ook voor zorgen dat je moskeeën en kerken benut om het dichterbij mensen te brengen. Ik weet ook dat er wellicht via Randstad uitzendbureaus en via werkgevers mensen zijn die daar in vertrouwen een rol in kunnen spelen. Je moet dus echt een beroep doen op intermediairs.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Dank voor de toelichtingen. Jammer dat het rapport morgen pas uitkomt. Daar zit ik wel een beetje mee. Maar ik wil toch kijken of we wat extra informatie kunnen krijgen. Mevrouw Sap noemde de gereedschapskist en het coronatoegangsbewijs. Ik zou eigenlijk wel willen weten waar dat advies precies vandaan is gekomen. Ik heb begrepen dat u er met meerdere organisaties over hebt gesproken. Zoals ik het begrijp, zegt u op basis van die gesprekken dat het coronatoegangsbewijs prominent in de gereedschapskist moet blijven. Als het kan zou ik daar graag voor het debat van vanmiddag meer over willen weten. Hoe is dat advies tot stand gekomen en wat is de inbreng van de organisaties geweest om tot deze conclusie te komen?

De voorzitter:

Dank, mevrouw Van der Plas. Ik had ook al opgemerkt dat de timing niet helemaal handig is. Dat is een terechte opmerking. Wat kunt u ons nog meegeven, mevrouw Sap?

Mevrouw Sap:

Ik deel uw opmerking over de timing. Daarbij wil ik wel aantekenen dat dit voor ons ook een heel snelle is om nu al op te leveren. Maar we moeten in de toekomst echt die timing beter gaan maken. Ik kan verwijzen naar het rapport van de WRR en de veertien adviesraden. Daarin wordt de opmerking over de gereedschapskist gemaakt, ik denk door de Raad voor het Openbaar Bestuur, maar ook door andere adviesraden. Dat zit echt in de context dat je voorbereid moet zijn op de zwaardere scenario's. In de lichtere scenario's is het veel minder relevant. Ze constateren dat je ook voldoende voorbereid moet zijn op de zware scenario's: zorg dat je dan een gereedschapskist klaar hebt staan met middelen die je dan misschien moet inzetten. Dat kan bijvoorbeeld door aanpassing van de Wet publieke gezondheid, waarvan de eerste tranche nu voorligt. In dat advies wordt erop gewezen dat het coronatoegangsbewijs een van die middelen is. Ik zeg uitdrukkelijk «een van». U zei «prominent», maar ik zeg «een van». Ik

kan u dus naar dat advies verwijzen. Daar staat dit concept van de gereedschapskist in en daar ontlene we het aan. Daarnaast hebben we met een aantal sectoren gesproken in de voorbereiding. Van met name de cultuur- en de evenementensector hebben we begrepen dat er eigenlijk geen andere manier is om het nachtleven en grote happenings mogelijk te maken dan via testen of een soort bewijs in de situatie dat er geen doorstroom mogelijk is en je wel in zwaardere scenario's naar de 1,5 meter moet. We zeggen niet dat het er nu moet komen, maar we zeggen wel dat je voorbereid moet zijn en dat je het in de gereedschapskist moet hebben.

De voorzitter:

Iedereen heeft nog één vraag. Ik wil mevrouw Agema kort de gelegenheid geven. Dan redden we het net nog met allemaal één vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb nog een vraag voor de heer Bartelse over de sectorplannen en de maatregelenladders. Wat mij daaraan opvalt is dat de ladders zijn opgebouwd uit maatregelen die als minder erg worden ervaren naar maatregelen die als erger worden ervaren. Het gaat dus niet zozeer om de effectiviteit van maatregelen. We hebben het al een paar keer over het coronatoegangsbewijs gehad. Wat nou als je in een situatie komt van een drukke kroeg waar iedereen een coronatoegangsbewijs heeft, maar vaccins steriliseren niet en mensen wanen zich veilig. Juist daar is het slecht geventileerd en ontstaat er toch een superspreading event.

De voorzitter:

Uw vraag is helder. Ik zie de heer Bartelse knikken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Is mijn vraag helder? Zou er niet wat meer duidelijkheid moeten komen in die maatregelenladders? Het moet dus niet een populariteitsladder zijn maar een effectiviteitsladder.

De heer Bartelse:

Ja, daar heeft u een punt. Ik probeerde daarnaar te verwijzen. Bij het maken van zo'n ladder beweeg je je op een moving target. Je weet niet precies welke maatregel in welke fase het meest effectief is. Die ladders kunnen dus niet in beton gegoten zijn. Die moeten we eigenlijk voortdurend ijken. Daar hebben we informatie over preventiewaarde en effectiviteit voor nodig. Op dit moment denken we dat dit wijs is om te doen in de verschillende fases, maar we staan paraat om dat aan te passen op het moment dat het virus dat nodig maakt.

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

Ik wil graag nog een vraag stellen aan de heer Van Dissel naar aanleiding van sheet 11 over herinfecties. Dat is intussen een vrij groot percentage. Is bekend onder welke populatie dat is en wat de kenmerken zijn? Zit dat vooral bij mensen die erg kwetsbaar zijn of juist bij jongeren?

De heer Van Dissel:

Daar kan ik u geen antwoord op geven. Dat weten we nog niet. Dan zouden we die data moeten krijgen.

De voorzitter:

Dat is een heel kort antwoord.

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

Is dat ook een AVG-probleem of niet?

De heer **Van Dissel**:

Er liggen data bij de GGD die niet voor het RIVM beschikbaar zijn. Dat geldt onder andere voor de testdata.

De heer **Beyers** (VVD):

Ik heb nog een vraag voor de heer Bartelse. Ik ben benieuwd naar het volgende. We hebben in uw sector de fieldlabs gehad. De vraag was altijd wat daarvan de effectiviteit was en wat we daarmee gedaan hebben. Ik ben heel benieuwd in hoeverre die nu van invloed zijn geweest of hebben geholpen bij het opstellen van de sectorplannen.

De heer **Bartelse**:

Het antwoord is ja en nee. We hebben ze gebruikt bij het opstellen van de sectorplannen. De maatregelen die we hebben opgenomen zijn bijna allemaal aan de orde gekomen in de onderzoeken van de fieldlabs. We hebben de resultaten daarvan kunnen gebruiken om een inschatting te maken van wat goed helpt, bij gebrek aan beter inzicht. Tegelijkertijd denk ik echt dat de fieldlabs en de resultaten ervan in de loop van de tijd te weinig zijn gebruikt. Er is eigenlijk voorbijgegaan aan de mogelijkheid om op basis van die resultaten de afgelopen periode zaken wel mogelijk te maken, met alle gevolgen van dien voor de sector.

De heer **Dekker** (FVD):

Ik heb een vraag, primair aan mevrouw Sap, over de aanpak van het Maatschappelijk Impact Team. Ten eerste is het naar mijn inschatting vooral de impact van de maatregelen die maatschappelijk effect heeft, veel meer dan de impact van de pandemie zelf. Je kunt vaststellen dat het maatregelen zijn met een soort militair karakter. Het gaat om beheersing en alles centraal. Mijn vraag is: heeft het MIT of het MIT in oprichting in de eerste discussies overwogen om veel meer druk uit te oefenen op de overheid, op de regering en het ministerie, om veel meer adviserende, informatieverstreckende en profylactische maatregelen te bepleiten in plaats van de centrale beheersing die nu erg in de maatregelen zit?

Mevrouw **Sap**:

Dank voor deze interessante vraag. We hebben een begin van een afweging hierover gemaakt, gesteund door het eerste rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid, de OVV. Zij constateren ook dat de maatregelen gedurende de eerste fase van de pandemie sterk vanuit veiligheidsoogpunten waren ingegeven. Het zou beter zijn als je maatregelen neemt vanuit een bredere afweging en een bredere context. Daar beogen wij natuurlijk nadrukkelijk een rol in te vervullen. Het kabinet heeft, mede naar aanleiding van eerdere druk van uw Kamer, besloten om de afweging voortaan te verbreden. Daar willen wij zeker een rol in gaan vervullen.

Wat ik hier toch zou willen bestrijden, is dat de impact van maatregelen in z'n algemeenheid groter zou zijn dan de impact van de pandemie. Ik denk dat ze beide zeer substantieel zijn, afhankelijk van de fase waarin je verkeert. Het is belangrijk om voor beide oog te hebben. Dat gaat het MIT zeker in nauwe samenwerking met het OMT doen.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel. Hoe verhoudt de zorgbelasting als gevolg van corona nu zich tot de zorgbelasting als gevolg van wat te verwachten is van een seizoensgriep in het najaar? Die kan ook behoorlijke impact hebben. Ik wil even gevoel krijgen hoe dat zich nu tot elkaar verhoudt.

De heer **Van Dissel**:

Bedoelt u op dit moment of de verwachting met betrekking tot volgend jaar? De griep komt natuurlijk karakteristiek in het voorjaar. Nu is er nog heel weinig griep. We hebben de afgelopen periode, mede door de maatregelen voor covid, eigenlijk heel weinig griep gehad. Vorig jaar had de griep maar een relatief geringe impact op de zorg. Dat komt helaas ook doordat de griep wisselt in mate van ernst en in welke groepen het betreft. We hebben in 2018–2019 een uitbraak gehad. Die leidde tot het sluiten van EHBO's en uitstel van operaties. We hebben natuurlijk ook hele milde seizoenen gekend. Dus ja, hoe zich dat uiteindelijk op de langere termijn tot elkaar gaat verhouden, is een belangrijke vraag. Momenteel is dat echt koffiedik kijken. Het is moeilijk om daar wat over te zeggen.

De heer **Hijink** (SP):

Ik heb nog één vraag aan de heer Van Dissel. Die gaat over de kwetsbare groepen. Ik bedoel dan niet de groep die in aanmerking komt voor de griepprik. Dat is namelijk een derde van Nederland. Ik bedoel echt de mensen die de afgelopen jaren met angst en beven hebben gekeken naar een samenleving die steeds meer opengaat. Ik heb het over de mensen die in afzondering hebben gewoond, die heel weinig contact hebben gehad, omdat ze bijvoorbeeld een verstoring hebben van het immuunsysteem of iets anders waardoor ze heel bang zijn om ernstig ziek te worden van een covidbesmetting. Mijn vraag is: wat kan er voor die groep nog gedaan worden als de doelstelling van het beleid is om alles zo veel mogelijk open te houden?

De heer **Van Dissel**:

Dat is inderdaad een belangrijke, maar ook wel moeilijke vraag. «Kwetsbaren» heten kwetsbaar omdat ze vaak voor een heleboel infecties kwetsbaar zijn. Covid is daar een van. Het was natuurlijk ook lang een vraagteken wat precies maakt of iemand wel of niet kwetsbaar is voor covid. We hebben de afgelopen tweeënhalve jaar het nodige geleerd. We hebben gezien dat de infectie bij groepen die we kwetsbaar achtten op grond van aangeboren afwijkingen in het afweersysteem over het algemeen niet heel anders leek te verlopen dan bij anderen. Bij een specifieke groep was dat wel het geval. Sommige mensen zijn ook kwetsbaar door een verworven stoornis als gevolg van medicijngebruik. Denk bijvoorbeeld aan transplantatiepatiënten. Daar zijn natuurlijk wel ernstige infecties opgetreden. De grootste gemene deler voor deze groep is toch dat ze niet alleen voor covid kwetsbaarder zijn, maar ook voor genoemde influenza, het RS-virus en soms ook voor maag-darminfecties. Dat maakt dat ze al hele specifieke leefregels meekrijgen om de kans op besmetting te verminderen. Die leefregels hebben we geregeld opgesteld ten aanzien van covid. Dat betekent toch dat ze zich meer moeten realiseren dat ze, letterlijk, kwetsbaar zijn en daar maatregelen voor kunnen nemen. De zelftesten zijn natuurlijk een lange tijd gebruikt. Het bezoek zou een zelftest kunnen doen voordat ze in contact komen. Dat geldt ook voor het gebruik van een mond-neusmasker. Het is specifiek getitreerd op de afweerstoornis, dus dat maakt het moeilijk om het te generaliseren. Maar er zijn dingen die ze kunnen doen en die ze daarvoor ook al deden, omdat ze ook gevoeliger zijn voor andere infecties.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb nog een vraag aan de heer Bartelse. U kwam met een vijftal suggesties. Bij de tweede gaf u aan: we hebben een thermometer opgesteld. Ik ben ook blij dat u blij bent met de sectorplannen en uw eigen invulling daarvan. U zei: wij hebben behoefte aan meer duidelijkheid en meer voorspelbaarheid. U koppelde dat ook aan de compensatie, mochten er weer strenge maatregelen nodig zijn. Ik ben een beetje

zoekende naar wat voorspelbaarheid is in een crisis. Welk beeld heeft u daarbij?

De heer **Bartelse**:

Dank voor deze vraag. Met de thermometer bedoelde ik de thermometer die heel recent is gepubliceerd en die eindelijk tegemoetkomt aan onze call. Dat is één deel van de voorspelbaarheid. Krijgen we er een gevoel voor in welke fase van de pandemie we zitten en kunnen we daarop anticiperen, ook als sectoren? Dat is één. Het tweede heel belangrijke aspect van voorspelbaarheid is: op het moment dat je beperkende maatregelen invoert, van welke soort dan ook, heeft dat meteen een grote impact op je bedrijfsvoering en op het geld dat je verdient. Die maatregelen kunnen we alleen treffen als we nu al weten wat de overheid daar aan infrastructuur, faciliteiten en compensatie tegenoverstelt. Dat is het tweede aspect dat we heel graag al in deze fase zouden willen afspreken met het kabinet.

Mevrouw **Gündoğan** (Lid Gündoğan):

Ik heb nog een vraag. Ik denk dat die voor mevrouw Sap is, maar misschien ook voor meneer Van Dissel. Mevrouw Sap had het net over het Pharosonderzoek. Ik heb vaker aan de Minister van Volksgezondheid gevraagd of het niet mogelijk is om huisartsen in te zetten voor mensen die moeilijk benaderbaar zijn voor vaccinatie. Daar werd consequent nee op gezegd, terwijl Noorwegen daar als Europees land heel goede ervaringen mee heeft, juist om mensen met een grote afstand tot de overheid te bereiken. Is dat iets wat we toch moeten heroverwegen?

Mevrouw **Sap**:

Dat zou zeker een van de ingangen kunnen zijn. Maar daarbij moet je je wel meteen realiseren dat dat heel goed afgestemd moet worden met de huisartsen. Gegeven de stand van het Zorgakkoord is dat in dit najaar misschien niet het allersnelst te operationaliseren. Ik zou dit najaar vooral inzetten op maatregelen die snel en praktisch geïmplementeerd kunnen worden, maar huisartsen zijn zeker een groep die over het algemeen vertrouwd wordt door moeilijk bereikbare groepen.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ik had graag nog een aanvullende vraag gesteld aan mevrouw Sap, maar ik heb ook nog een vraag voor de heer Van Dissel. Die andere vraag ga ik misschien straks een-op-een stellen. Een heleboel mensen hebben natuurlijk een probleem met het betalen van de gasrekening en de energierekening. We zeggen nu allemaal: jongens, zet de deuren en ramen open, en ventileer. Maar ik vermoed dat heel veel mensen dat niet gaan doen deze winter. Ik ben benieuwd of de heer Van Dissel daar iets over kan zeggen, want zonder ventilatie kan het aantal besmettingen natuurlijk weer verder oplopen. Is daar ook over nagedacht? Wordt er gekeken naar wat voor gevolgen dat zou kunnen hebben in de komende maanden?

De heer **Van Dissel**:

Het duiveltje zit natuurlijk in het detail, in de mate waarin men dat wel of niet doet. Besmettingen spelen zich af binnen huishoudens. Dat heb ik u in het verleden laten zien. Daar doe je waarschijnlijk minder aan, maar besmettingen kunnen ook plaatsvinden op de werkvloer en in contacten tussen huishoudens. Vanuit het oogpunt van de overdracht van luchtwegvirussen is een gezonde binnenruimte een belangrijk issue. Dat is terecht op de agenda gekomen met de corona-uitbraak. Dat heeft natuurlijk veel aspecten. Een daarvan is ventileren. Ik denk dat u gelijk heeft. Als het kouder wordt omdat men de thermostaat lager zet, kan dat natuurlijk consequenties hebben. Dan zal dat wel vooral de openbare binnenruimtes

betreffen. Die kunnen we misschien beïnvloeden, maar hoeveel dat exact is, moet ik nu ook raden. Het zou echter kunnen zijn dat we daar effecten van zien.

De voorzitter:

Dank u wel. We hebben nog een paar minuten. Als u allemaal nog met een brandende vraag zit, gaan we het niet redden. Als het er nog een of twee zijn, wil ik daar wel gelegenheid toe geven. Ik zie twee meldingen. Ik ben blij dat ik het kan toestaan.

Mevrouw Agema (PVV):

Mevrouw Van der Plas haalde de woorden uit mijn mond en ook uit de tekst van mijn bijdrage van vanmiddag, want daar zijn mijn vragen eigenlijk al de hele ochtend op gericht: wat nou als wij straks gaan pielen met sectorplannen, looplijnen en 1,5 meter binnen, terwijl we vanwege de energiecrisis alles potdicht houden? Welke situatie creëren we als we richting de horeca, de scholen en de kantoren niet duidelijker communiceren, bijvoorbeeld over het onderzoek van het RIVM dat stelt dat in nachtclubs het aantal besmettingen met 70% zou kunnen verminderen als de ventilatie daar gebaseerd is op de ventilatierichtlijn in het Bouwbesluit? Dat is niet de panacee voor alle problemen, maar hoe wordt er gedacht, onder anderen door de heer Bartelse, over de sectoren waar straks veel mensen bij elkaar zijn maar die ook het geld niet meer hebben om te stoken?

De heer Bartelse:

Ik kan dat alleen maar bevestigen. Zowel de evenementensector als de cultuur zijn relatief energie-intensief. Dat gaat niet alleen om de kwaliteit die je biedt, maar ook omdat je de mensen allemaal veilig wil ontvangen. Met ventilatie en klimaatbeheersing zit je dus eigenlijk met twee crises die elkaar tegenkomen. Daar willen we zo veel mogelijk vooraf afspraken en garanties over hebben, want anders moeten we heel snel dicht.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van der Plas, voor de laatste vraag.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Mijn vraag is eigenlijk ook aan de heer Bartelse gericht. Ik hoor hem steeds zeggen dat er sectorplannen nodig zijn, «want we moeten voorkomen dat we dichtgaan», en dat een ctb nodig is, «want anders kunnen we niet meer open». Maar we gaan er toch hopelijk wel van uit dat van sluiting of een lockdown alleen sprake is als de druk op de ziekenhuizen en de ic's heel hoog is, dus niet als er heel veel positieve testen zijn? Ik neem aan dat dat wel het uitgangspunt is: als we in een situatie komen zoals die van vorig jaar, toen er werd gesproken van «een zwart scenario» ...

De voorzitter:

Nee, de vraag is helder.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Ja, maar ik wil hier wel graag een bevestiging van, want het komt nu een beetje zo over alsof we maatregelen gaan nemen als er heel veel besmettingen zijn.

Mevrouw Sap:

Nee, ik denk dat je daarvan kan zeggen dat het langetermijn coronabeleid natuurlijk twee doelstellingen heeft: maatschappelijke en economische veerkracht en continuïteit en toegankelijkheid van de zorgketen voor iedereen. We moeten ons realiseren dat je wellicht ook naar maatregelen

zal moeten kijken als er minder ernstige varianten van het virus zijn maar de besmettingen zo hoog oplopen dat het ziekteverzuim zo hoog wordt dat sectoren echt ontwricht worden, zodat bijvoorbeeld het openbaar vervoer niet meer kan plaatsvinden of de zorg het niet meer redt. Ik steun zéér het uitgangspunt van het kabinet dat we alles op alles zetten om samen Nederland open te houden. Als dat niet zou kunnen, is dat tegen de achtergrond van die twee doelstellingen van het beleid, niet alleen tegen de achtergrond van de zorg. Dat zou mijn antwoord zijn.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Sap. Meneer Bartelse, u krijgt de mogelijkheid om als laatste nog wat te zeggen.

De heer Bartelse:

Ik steun heel erg wat mijn buurvrouw net zei. We creëren een mogelijkheid om het instrument te gebruiken. Dat willen we het liefst niet. We willen het zo lang mogelijk uitstellen. Jullie zitten ook bij het slot dat op dat kistje zit. De democratische garanties daaromheen zijn dus geborgd. Zomaar inzetten gaat dus niet gebeuren, maar we hebben het instrument wel echt absoluut nodig voor de mentale gezondheid en de kwaliteit van het leven.

De voorzitter:

Hartelijk dank. We zijn gekomen aan het eind van deze technische briefing. Ik dank in ieder geval de heer Van Dissel, mevrouw Sap en de heer Bartelse voor hun aanwezigheid, de mensen die thuis hebben gekeken en natuurlijk mijn collega's. Om 13.30 uur is het commissiedebat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Iedereen die daarin geïnteresseerd is, wordt uitgenodigd om daar ook naar te kijken. Dank u wel.

Sluiting 11.58 uur.