

## Kernpunten technische briefing – 29 september

Sprekers: 5.1.2e RIVM, Ernst Kuipers LNAZ

Maximaal 2 vragen per lid

Tijd: 12:30-15:00 uur

### Kernpunten 5.1.2e :

Update: 5.1.2e geeft een update van cijfers, zie powerpoint

Beeld tweede golf: toename ziekenhuizen cijfers ondersteunt dat we in tweede golf zitten. Er is een stijging van aantal ziekenhuisopnames en ic-opnames. Dit maakt dat je niet te lang wilt wachten met het nemen van maatregelen.

Reproductiegetal (Rt) laatste schatting: rond 1,3. Reproductiegetal is van belang omdat het de periode weergeeft dat het virus nodig heeft om te verdubbelen. Reproductiegetal van 1.3 betekent per 1 week tot 1,5 week een verdubbeling van aantallen. Dat maakt dat de urgentie nu hoger ligt.

Reproductiegetal per veiligheidsregio: Aanvankelijk was het alleen hoog in randstedelijke gebieden, is nu verder uitgebreid naar de rest van het land. Dia 3: Deel wat n in oranje gebied valt, kans is groot dat dit ook snel naar rood zal kleuren.

Stijging: virus neemt exponentieel toe.

Totaal aantal covid besmettingen in NL: ongeveer 1 miljoen Nederlanders hebben antistoffen aangemaakt.

Comorbiditeit: door onderliggende problematiek, sterftepercentage dat komt te overlijden door covid, stijgt. Getallen zijn ietwat gekleurd door potentiële behandelingen.

Leeftijd: Groep wat in ziekenhuis terecht komt (1,5%-2%) gemiddelde leeftijd 60 jaar. Groep die komt te overlijden zijn gemiddeld ouder.

Europese beeld: NL volgt redelijk het gemiddelde, ook betreft de versoepelingen, als je kijkt naar andere Europese landen. Zweden neemt ook maatregelen, maar beduidend minder streng. NL bevindt zich aan de onderzijde van het gemiddelde betreft de interventies. Met name Spanje en Zuid-Frankrijk zijn nu (2<sup>e</sup> golf) geraakt. Duitsland blijft nog achter qua aantal besmettingen.

ECDC en testen: Duitsland, aantal testen per 100.000 inwoners, is gelijk aan NL. Echter, in Duitsland minder besmettingen in NL. Denemarken test meer (6x gemiddeld dan andere landen). Aantal besmettingen lijkt gelijk aan NL.

Het beeld van verschil in testen tussen Landen is dat het niet heel verschillend van elkaar is. Behalve dat er in Denemarken veel meer wordt getest. Aantal besmettingen lijkt NL gemiddeld te lopen.

Testen en regio's: GGD Regio's: in alle regio's groei van aantal testen.

Testen en leeftijdsverdeling: 20-30 jarige veel meer positief getest dan in 1e golf.

Per week positieve testen: met name 20-30 jarige neemt aantal toe. Ook oudere leeftijdsgroepen zie je toename. Oudere groep is van belang, vanwege het feit dat zij onderliggen medische problemen hebben.

Clusters: gemiddelde cluster groot is met 1 toegenomen. Range is groot: tussen 3-340. In thuissituatie en werksituatie grootste aantal clusters. Horeca is middenmoot. Echter, gemiddelde cluster grootte is groter dan in thuissituatie. Studentenverenigingen/activiteiten gelijk aan horeca. Beeld: men doet buiten de thuissituatie besmetting op. Neemt het mee naar huis. Daar vindt verdere verspreiding plaats. Daarom is aantal clusters in thuissituatie zo groot. Echter, besmetting start niet int thuissituatie.

Clusters en leeftijd: groep van jongeren 25-30 jaar: groot aandeel van clusters, gerelateerd aan vakantie. Daarna horeca en thuissituatie (veel studentenhuizen).

Aanvankelijk veel clusters gerelateerd aan vakanties, nu wordt het doorgeven via horeca en studentenhuizen. Groep van 40-64, besmet via thuis en werk. Groep boven 65jaar, besmet in verpleeghuis.

Ziekenhuis- en ic opnames: Nu is er een evidente toename van ziekenhuis en ic opnames. Op dit moment 650 opnames op verpleegafdelingen, modelering voorspelt dat dit half oktober 2250 opnames zijn. Op dit moment 140 ic opnames. Medio oktober is de voorspelling 400. Is aanmerkelijk lager dan de piek in maart. Echter zal half oktober dan nog niet de piek bereikt.

Maatregelen en Rt daling: voor elke week met Rt van 1,3 hebben we minstens drie weken met een Rt van 0,9 nodig om te voorkomen dat zorg op den duur overbelast wordt.

Samenvattend: waar staan we momenteel: Er is een toename onder jongeren, maar niet alléén jongeren. Toename wordt niet alleen verklaard door meer testen, maar ook meer gevallen. Dit is in heel Europa gaande. In het randstedelijke gebied ligt zorg al onder druk. Als ziekenhuizen aparte afdelingen inrichten, betekent dat er herprioritering van de zorg moeten plaatsvinden. De actuele maatregelen zorgen hopelijk tot een daling van Rt waarde van onder 1, zodat toename stopt. Daar moeten we opnieuw een nieuwe situatie creëren dat de Rt waarde langer onder de 1 blijft.

## Vragen van leden aan

5.1.2e

### Agema – PVV

Q: Door BCO weten we waar die clusters zijn. Dissel adviseert **landelijke maatregelen**. **Waarom generieke maatregelen**, terwijl we weten waar de clusters zijn.

A: Dissel: geeft een duivels dilemma weer. We zien dat we niet alleen regionaal verspreiden, maar landelijk. Exponentiele groei: aantal gebieden wat over het kritische punt komt, neemt toe. Uiteindelijk moeten we met z'n allen het aantal contacten terugdringen. Wij denken dat dat met maatregelen van terugdringen van grote groepen, ook beperkten contacten, willen we het aantal besmetting doen laten dalen.

Q: er is niets opgehelderd. We weten specifiek 131 clusters in de horeca. Dan moeten we toch daar eerst gaan onderzoeken wat er daar gebeurt? **Er moet juist op de specifieke locaties actie ondernemen. Waarom gebeurt er niets op de specifieke clusters.**

A: als je dat als manier zou nemen, loop je achter de feiten aan. Je moet toch toe naar generieke maatregelen, om dat te voorkomen. Je moet je richten op situaties waar het kan gebeuren, i.p.v. waar het gebeurd is.

### Krol

Q: Bij de 1<sup>e</sup> golf was er kort naar aanvang aandacht voor carnaval. Daar wil ik meer over weten. Over minder dan 1,5 maand is het 11<sup>e</sup> van de 11. **Komen er specifieke maatregelen voor carnaval?**

A: de eerste golf – de interpretatie – beeld van maart, vele introducties uit Italië en Oostenrijk. Die hebben kans gezien tijdens carnaval zich te verspreiden. De onderzijde van de piramide hebben we toen gemist (wel klachten, niet toegeschreven aan corona). Als je naar tweede golf kijkt, dan kunnen we parallellen te trekken. Kijk naar jongeren en vakanties, nu introducties uit Spanje bijv. Waarbij er nu meer besmettingen in thuisituaties van studenten plaatsvinden. Wat het ons leert, omdat het zo'n geniepig virus is, is een situatie met veel personen bij elkaar niet verstandig. We moeten met elkaar nadenken of het verstandig is om hierop in te zetten. Modelleren, vooruitkijken, teruggang van verspreiding virus. Misschien vaccinaties, maar dat lijkt mij erg vroeg.

### Ploumen - PvdA

Q: zaterdag sprak je over **gereedheidskist van maatregelen. Welke maatregelen zitten daar nu in? Welke** moeten we nu inzetten om onder Rt onder 0,9 te komen?

A: het is een uitvoerige toolkit. Er zitten maatregelen die je lokaal en landelijk kan nemen. Gericht op terugdringen van contacten. Die volgen logica (individueel naar groep,

etc). Die maatregelen vind je deels terug in OMT brief. Denk aan contactberoepen, etc. Je probeert n.a.v. analyses die maatregelen eruit te halen die daarop ingrijpen.

#### **Hijink - SP**

Q: Verpleeghuizen: als onderdeel van landelijke maatregelen is het dragen van mondkapjes in verpleeghuizen. Dit is niet door kabinet overgenomen. Alleen adviseren voor ernstige regio's. Raakt hiermee de 0,9 niet verder uit het zicht?

A: 0,9 is een streefgetal. Moeilijk om deze specifieke maatregelen aan Rt te koppelen. Deels wordt introductie van covid in verpleeghuizen door personeel of bezoek veroorzaakt. Deels kun je dit voorkomen door mondkapjesplicht. Maar je gaat daarmee niet alles tegen kunnen houden. Het nut is gekoppeld aan het risico om buiten het verpleegtehuis besmet te worden. Bijv. Zeeland: het nut van deze maatregel (mondkapje) in verpleeghuis zal minder groot zijn dan in Haaglanden of Amsterdam waar veel meer besmettingen zijn

#### **Vd Berg - CDA**

Q: NL heeft minder maatregelen dan Duitsland, maar Duitsland doet het beter dan NL. Hoe kan dit?

A: je ziet überhaupt verschillen. Duitsland doet het beter. Maar ook veel landen waar het minder goed gaat. We hebben onvoldoende detailkennis.

#### **Van Esch - PvdD**

Q: veel landen hebben veel besmettingen in vleesindustrie. Hebben wij dat beeld ook in NL?

A: voor zover ik weet zijn die er niet. Er zijn ook interventies op gedaan, binnen bijv. slachterijen. Lijkt nu niet uit cluster te komen

Q: wie zien dat meer slachthuizen productie willen verhogen/snelheid. Hoe kijkt u daartegenaan? Wat is het advies van OMT?

A: ik spreek even op eigen titel, kan niet namens OMT spreken. Wat we hebben gezien in slachthuizen: veel buitenlanders met bepaald vervoer, ook in slachthuizen, waar verbetering mogelijk was. Denk aan ventilatiegebied, was een belangrijke. In vleesindustrie wordt gewerkt in gekoelde ruimte. Onvoldoende luchtverversing. Daar zijn adviezen op gegeven (ventilatie).

#### **Ellemeet - Groen Links**

Q: hoe groot is de kans dat pakket aan maatregelen het onvoldoende is?

A: ik kan dat niet inschatten. We hopen dat dit afdoende is. We realiseren ons dat gedrag een belangrijke component. We hopen dat de maatregelen het solidariteitsgevoel doet stijgen. We hebben er vertrouwen in, maar er zit ook een component in die wij niet 100% kunnen inschatten.

#### **VVD - Veldman**

Q: U gaf aan: voor Rt waarde is 3 weken nodig om naar 0,9 te komen. We zitten al een aantal weken boven 1,3 Rt. Mag ik dan 4x 5x drie weken voordat we het weer in orde hebben? Of moet ik dit op andere manier lezen?

A: verwachting is dat we na drie weken zien we wat de effecten zijn. Niet alleen Rt belangrijk, maar ook absolute aantal is belangrijk. Nu zitten we op 3000 besmettingen,

en dan is de Rt waarde van 1,3 groot. Absolute aantal wat toeneemt is dan ook veel hoger. Nu hebben we drie weken nodig om het over een piek te helpen.

### **SGP - Staaij**

Q: symptomen en manier van besmettingen: zijn daar actuele ontwikkelingen?

A: ik denk dat we geleerd hebben dat die piramide van ziekzijn zo breed is: groot aantal personen heeft milde symptomen. Ook die beelden kunnen besmettelijk zijn. Er zijn veel meer personen met weinig klachten, deze klachten worden soms niet herkend als symptomen. Ook bij deze klachten, laat je testen, ga in quarantaine (blijf thuis bij klachten).

### **50 Plus Sazias**

Q: mensen zijn besmettelijk maar hier zit verschil in (besmettelijkheid). Kan de test dit laten zien?

A: belangrijke vraag, maar superspreaders verwijst vaak naar een superspreader-event. Soms aan een persoon gerelateerd waardoor het meer verspreid. Enerzijds hangt het af van de contacten. Anderzijds kan het ook aan virus indicatie liggen (aspecten virus, gedragscomponent, risicocontacten overdracht, sociale netwerken).

### **DENK - Azarkan**

Q: statistiek Duitsland en NL: kwaliteit van testen en kwaliteit van BCO, wijkt deze af van Duitsland?

A: zou een van de verklaringen kunnen zijn, kunnen we niet met zekerheid zeggen. Hoe sneller het proces kan gaan met testen, hoe meer succes je hebt. Je zou willen naar een zo'n adequaat testbeleid.

### **D66 – Diertens**

Q: vraag over gedrag: is daar in het OMT over gesproken, hoe kunnen we mensen optimaal voorlichten, en hoe beïnvloeden van gedrag. Kunnen we hen ondersteunen in quarantaine te gaan, etc?

A: Essentiële vraag: daarover is afgesproken dat dit is belegd bij NCC, en niet bij OMT. Communicatie gaat via de rijkswegen. Wij gaan over het adviseren. Bij het RIVM wel een gedragsunit, maar dat heeft geen invloed op het OMT. Adviezen gaan naar het BOA, daar wordt dit in meegenomen.

### **Hiddema – FvD**

Q: u gaf eind juli heel stellig aan (nut mondkapjes): 200.000 mensen moeten 1 keer mondkapje dragen om 1 besmetting te voorkomen. Staat u daar nog achter?

A: er is een rapport vanuit Noorwegen, daar heb ik een tabel uit aangehaald, daar komt deze uitspraak vandaan. Ik zal u de tabel overhandigen.

### **Van Haga**

Q: CFR en IFR: IFR van Covid is 5x zo hoog als bij influenza. Moeten we de mortaliteit niet baseren op oversterfte?

A: Ik denk dat het meest realistische percentage is: oversterfte toet te schrijven aan covid, en dan delen met aantal personen waarvan je zeker weet dat ze in aanraking zijn geweest met covid. Dan kom je uit op: 0,7%

Q: PCR testen: heeft het RIVM-kwaliteitschecks gedaan bij verschillende labs?

A: vanuit RIVM doen we rondzendingen, om vast te stellen of er bij de verschillende labs dezelfde kwaliteit van testen is.

#### **CU – Dik Faber**

Q: regionale maatregelen: in welke situatie kunnen we terug naar regionale maatregelen (al zijn we daar niet echt aan toe gekomen). Werken de regionale maatregelen?

A: eigenlijk doet iedereen regionale maatregelen, bij een bepaalde gelegenheid, start met BCO, in quarantaine, etc. Dat is een regionale maatregel. Grote probleem van regionale aanpak: wat is het moment dat je er op gaat reageren? Is lastig. Wanneer van regionaal naar landelijk.

#### **SP - Hijink**

Q: totstandkoming van OMT-advies van gisteren. Veel leden van OMT namen al afstand van advies, pakket zou te beperkt zijn. Nu is er een reconstructie van Volkskrant. Eigenlijk was het zondag al afgetikt met kabinet. Klopt dit?

A: Zo'n vraag moeten we in OMT bespreken. Veel deskundigen. Niet één mening. Moeten we met hen bespreken en met de voorzitter. En bespreken hoe we dit in de toekomst moeten doen.

#### **Ernst Kuipers LNAZ Presentatie**

Opname aantal covid ic-patiënten: Ten aanzien van ziekenhuis: maatregel heeft impact over drie weken.

Rapportage opschaling ziekenhuis- en vervoerscapaciteit: aangeboden aan van Rijn.

- Belang van fasering om gelijk, eenduidig beeld te hebben van de crisissituatie, afspraken en gebruik van capaciteit. Afspraken zijn overal gedeeld.
- T.a.v. ziekenhuizen, ic en klinische capaciteit: opschaling van wat hebben we nodig aan structurele capaciteit en flexibele capaciteit.
- Elke ROAZ-regio draagt naar rato bij aan uitbreiding van ic-capaciteit zowel in structurele 1350 als flexibele 1700 bedden.
- Ic-bezetting: neemt weer verder toe.
- Reguliere bezetting is nog niet terug naar gemiddelde van 2019.
- 2<sup>e</sup> golf ontwikkelt zich minder progressief, capaciteitsbehoefte verdubbelt wekelijks.
- LCPS: hervatten landelijke patiënten spreiding >23sept jl. Afgelopen woensdag weer begonnen om patiënten weer te verspreiden over het hele land.

#### **Vragen van leden aan Ernst Kuipers**

##### **Krol**

Q: vanochtend kwamen de internisten met een bericht dat ligduur minder zou zijn, en minder ziek zijn. Hoe zit dit?

A: virus lijkt minder besmetting is geen aanwijzing voor. Ook niet dat het minder besmettelijk is. Er zijn naar verhouding meer jongeren besmet. Minder kans om in ziekenhuis te komen. We weten wel veel meer van virus en ziektebeeld: mogelijkheid om vroeger te interveniëren. Denk aan: antivirumiddelen, bloed verdunnende middelen e.d.

##### **Ploumen - PvdA**

Q: doel niet alleen zo min mogelijk in ziekenhuisbed te krijgen, maar ook reguliere zorg overeind houden. Wat is daarvoor nodig?

A: heel scala: zorgen dat de bevolkingsonderzoeken niet gestopt worden (kanker, e.d.). Zorgen dat eerste lijn zoveel mogelijk continueert. Dit moeten we ook vertalen naar burgers: uitleggen dat het veilig is. Poliklinieken moeten gewoon door blijven draaien. OK-programma's: zo goed mogelijk over het land verspreiden. Indien afschalen: daar doen waar ziektelast beperkt is.

### Van de Berg

Q: nu 400 extra bedden voor extra klinisch. Zijn deze al bezet? Ook belangrijk dat er snel geactiveerd kan worden (n.a.v. dashboard). Dashboard = gemiddelde van drie dagen. In hoeverre zijn die cijfers aan elkaar gekoppeld?

A: er zijn verschillende routes om gegevens te verkrijgen. Getallen zijn direct van ziekenhuizen zelf: die vragen we drie keer uit. En hebben dan per ziekenhuis, per regio scherp. Route van GGD. En route van NICE (?), deze kijkt naar ic-bedden. Laat ook de directe getallen van de dag in het dashboard verschijnen. De cijfers tonen de bezetting, los van individuele patiënten.

### GroenLinks Ellemet

Q: we staan voor opgave van opschaling ic-capaciteit, ic-verpleegkunde en verpleegkundigen: hun rol is cruciaal. Uit enquête blijkt dat ze onvoldoende betrokken voelen. Hoe kunnen ze beter betrokken worden? Kunnen we deze beroepsgroep zichtbaarder te maken?

A: terecht punt: vereniging van IC-verpleegkundigen hebben het plan mee gemaakt. Is aan hun leden voorgelegd. Per ziekenhuis verschilt wel de betrokkenheid. Zorg ervoor in je eigen huis dat hier iets mee gedaan wordt. Wij moeten daar wat aan doen: veel contact met voorzitter van vereniging van IC-verpleegkundigen. Zitten ook regelmatig met van Ark om tafel.

### Veldman

Q: sommige bestuurder hoor ik aangeven: het is eigenlijk ernstiger, want minder ruimte voor verspreiding. Hoe zit dit met reguliere zorg? Wat staat ons te wachten?

A: weken is in dit geval een lange termijn: als iets in beweging komt, kan het heel snel gaan. Eind augustus was er nog geen reden tot zorg. Nu zitten we in totaal ander pakket. We willen inzetten op reguliere zorg continueren. Die uitdaging is groot. Met alle landelijke collega's handen in elkaar houden.

### Staij

Q: hoe voorkomen dat reguliere zorg knelt. Wat kan er nog meer gedaan worden?

A: afgelopen crisis (ook bij eerste golf) ROAZ-regio's werkt goed. Men weet elkaar in de regio's te vinden. Spreiding = covid patiënten verplaatsen. Gemakkelijker om covid zorg te verplaatsen.

### Sazias

Q: u zegt dat het cruciaal is om voldoende personeel te hebben. Worden nu opgeleid. Hoe staat het daar nu mee?

A: overall wordt aangegeven dat het werven lukt. Als het echt nodig is, wordt met verpleegkundigen gesproken om formatie uit te breiden indien nodig. Grote aantallen zijn

nodig. We zien nu wel meer ziekteverzuim. Er zijn regio's waar ziekteverzuim van ambulancepersoneel ongeveer 20% is.

#### **Azarkan**

Q: als testen en BCO niet goed gaat, dan consequenties voor ziekenhuizen. Hoe kijkt Ernst Kuipers tegen de timing van maatregelen?

A: perspectief van ziekenhuizen en medewerkers is belangrijk, maar allerbelangrijkst is garantie bieden aan burger dat hij altijd zorg kan krijgen als dat nodig is. Precieze pakket van maatregelen ga ik niet over. Is aan OMT en kabinet. Wat ik wel aangeef, als zo'n beweging in gang gezet wordt (en opnames niet stijgen), en je weet als je vandaag maatregel neemt, dat het over aantal weken effect heeft: je moet kort op de bal zitten.

#### **Diertens – D66**

Q: werd gesproken over ic-bedden. Veel coronazorg gebeurt op niet-ic-bedden. Hoe zit dit?

A: als je ic-capaciteit nu kijkt: we zitten nu onder normale bezetting. Maar in kliniek gaan we toe naar fase 2d. Dat kan voor ambulancezorg ook straks zo zijn.

#### **Dik Faber -CU**

Q: begin dit jaar: alle hens aan dek. Op dat moment veel protocollen aan de kant: om patiënt te helpen. Nu tabellen, en dan denk ik: dit gaat niet goed. Zijn er lessen uit bureaucratie getrokken? Zorg verlenen i.p.v. met andere dingen bezig zijn.

A: we waren gewend om te werken met brieven en fax. In de crisis werkte dat niet. Plotseling was er een platform met data, die gemakkelijk kon worden overgedragen. Dat systeem wordt verder geïmplementeerd. We zijn bezig met een systeem wat patiëntendossiers koppelt: we kunnen daarmee geen individuele gegevens zien, maar wel hoe druk is het in een ziekenhuis e.d.

#### **Agema -PVV**

Q: reguliere zorg: geschrokken dat 925 bedden bezet, en nu op 600. Half jaar operaties 1/3 deel lager. Hoe ziet u dat?

A: totale beeld: meer tijd voor nodig. Bijv. Kankerregistraties: 2020 vs. 2019. Nu is het daar te vroeg voor. Wel ziekenhuizen signalen: zie je later in het ziekenhuis. Door periode dat 1<sup>e</sup> lijn was afgeschaald, beleving t.a.v. naar ziekenhuis of huisarts gaan. Kuipers geeft ook aan niet exact te weten waarom we niet terug op 925 zitten

#### **Ploumen - PvdA**

Q: continuïteit reguliere zorg. Wat is hier voor nodig om dit door te laten gaan? In maart waren er noodhospitaal opgericht. Is dat nu weer in het vizier?

A: plannen hierachter zijn er. Voor nu is dat nog niet nodig. Ook daarvan geldt: personeel is beperkende factor.

#### **Hijink**

Q: ziekteverzuim personeel: hoe liggen die cijfers als je kijkt naar ziekenhuizen zelf? Wij horen van verpleegkundigen: ik ben zelf amper hersteld door drukte. Ik ga mijn hand niet opsteken als ze meer mankracht nodig hebben.

A: personeel is allerbelangrijkste factor: zorg is arbeidsintensief, vergt veel personeel. Ingezet door mensen aanvullend te trainen, voor bijvoorbeeld assisterend uit. Overal worden deze individuele gesprekken gevoerd: met zorgpersoneel.

### **Van den Berg**

Q: plan van eind juni voor plan opschaling ic: gaf aan dat verhouding ic-bedden vs. klinische bedden anders ligt nu. Kunnen er nu geen extra maatregelen worden genomen om van fase 2b naar fase 2c te komen.

A: nee.

### **Veldman**

Q: reguliere zorg, tijdens eerste golf mensen vroegen zich af: moet ik nu gaan? zijn er daar dingen uitgekomen die ons nu helpen, dat mensen van reguliere zorg gebruikt blijven maken

A: communicatie is belangrijk. Moet iedereen uitstralen. Wel moeten we gezamenlijk blijven kijken naar: we hebben een nauwe bandbreedte waarin we ons kunnen manoeuvreren.

### **Sazias – 50plus**

Q: geneesmiddelen voor covid, zoals virusremmers. Heeft u zicht op of de wetenschap aan het zoeken is naar medicijnen?

A: hopen dat vaccin snel komt, en zeker kijken we naar andere medicatie. Voorkomt niet dat je ziek wordt, maar beloop wordt in ziekenhuis minder ernstig.

### **Diertens – D66**

Q: wat is uw persoonlijke les?

A: wat we geleerd hebben, en wat we hebben laten zien, is dat er ontzettend goed samengewerkt kan worden. Er is een limiet van de mate van rekbaarheid van zorg, binnen de tijd die we hebben.

### **Agema - PVV**

Q: vergelijking 1<sup>e</sup> golf en 2<sup>e</sup> golf: 1<sup>e</sup> plaatje: loopt in twee weken op. En tweede golf 4 weken. Waarom nu 4 weken?

A: heeft te maken met beloop van het virus. Ontwikkelingen in aantal besmettingen. 1<sup>e</sup> golf: we wisten het niet, geen maatregelen, zelfs: wintersport en carnaval. Nu: maatregelen. Het gaat het gefaseerder. Maar als het gefaseerder verloopt, loopt de ziekenhuisopnames ook gefaseerder.