

Vergaderjaar 2021–2022

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1768

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 1 februari 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 20 januari 2022 gesprekken gevoerd over **Update coronavirus**.

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Kuiken

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Smals
Griffier: Heller

Aanwezig zijn vijftien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bikker, Gündoğan, Den Haan, Van Haga, Hijink, Kuzu, Van Meijeren, Paulusma, Van der Plas, Smals, Stoffer, Tielen en Wassenberg,

alsmede de heer Van Dissel.

Aanvang 9.30 uur.

Gesprek met:

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

De voorzitter:

Goedemorgen, collega's. Goedemorgen, mensen thuis. Welkom aan de heer Van Dissel. We zijn bij elkaar voor de technische briefing inzake de update over het coronavirus. We hebben tot 12.00 uur de tijd. Om 12.30 uur begint het debat over het coronavirus. Ik wil daarom eigenlijk niet uitlopen. Ik wil voorstellen dat u allen de ruimte krijgt om twee vragen in één keer te stellen, dus ofwel een vervolgvraag ofwel twee individuele vragen. Als er daarna nog tijd is, dan doen we nog een rondje voor de prangende vragen. Maar iedereen kan zijn vragen in één keer opgebruiken. Laten we snel beginnen. Ik geef graag het woord aan de heer Van Dissel. Alstublieft.

De heer Van Dissel:

Dank u wel. Ik wil u vooral weer een update geven van waar we momenteel staan wat betreft het coronavirus. Dat gaat natuurlijk met name over de epidemiologische duiding van de getallen. Allereerst geef ik even een korte samenvatting van wat ik u ga vertellen en toelichten. Allereerst zien we momenteel een belangrijke toename van het aantal meldingen van positieve testen. Het percentage positief is heel erg hoog. In feite is de kans een op drie in de GGD-teststraten. Dat zal deels beïnvloed zijn door het feit dat een belangrijk deel komt ter bevestiging van een positieve zelftest thuis. Dan verrijk je dus de groep voor positieve uitslagen. Desalniettemin is het met 36% natuurlijk heel erg hoog. Het tweede is dat we in de ziekenhuizen en op de ic's als maat voor de belasting van de ziekenhuiszorg zien dat er een afname is. Er is een stabilisatie van de aantallen. U heeft ook gehoord dat men probeert om de reguliere zorg weer op te schalen. Momenteel is de situatie in de ziekenhuizen dus een stuk rustiger dan buiten de ziekenhuizen. De omikronvariant heeft de deltavariant zo goed als verdrongen. Inmiddels is zo'n 95%-plus van alle nieuwe infecties ten gevolge van omikron. Dat wil niet zeggen dat de patiënten die in het ziekenhuis liggen allemaal omikron hebben, maar buiten het ziekenhuis en in nieuwe infecties gaat het vooral om de omikronvariant. Die heeft een aantal andere kenmerken dan de eerdere varianten. Die maken dat het beeld wat aan het kantelen is. Daar zitten enerzijds nog veel onzekerheden in, en onzekerheden zijn van belang omdat je in de modellering van aannames uit moet gaan. Zoals we zullen zien, kunnen die behoorlijke effecten hebben.

Uit met name de internationale literatuur wordt duidelijk dat omikron minder ziekenhuisopnames geeft. Het is minder helder in welke mate de ic-opnames en het doorschuiven van patiënten naar de ic anders zijn. Het lijkt wel lager te zijn, maar hoe laag precies, daar zijn de landen onderling gewoon verschillend in. Ik zal een voorbeeld geven. Gisteren stond op de voorpagina van The New York Times dat het ziekenhuissysteem in Amerika dreigt te overlopen. Dat is natuurlijk zeker niet de situatie die we in Nederland hebben, maar we hebben in Nederland niet zo'n belangrijke

toename gezien van omikron buiten het ziekenhuis als in Amerika. Dat betekent in ieder geval in de interpretatie dat sommige landen met weinig ziekenhuisopnames kampen en dat andere landen met dezelfde variant wel veel ziekenhuisopnames hebben. We proberen te duiden waar die verschillen door komen.

Ten slotte het belang van het boosterprogramma als interventiemogelijkheid. Op al deze punten kom ik uiteraard terug. Waarom is de overgang naar de omikronvariant belangrijk? Aan de linkerkant ziet u dat we vorig jaar de verdringing van alfa door delta en vervolgens door de omikronvariant hebben gekregen. Tussendoor speelden nog twee varianten die het uiteindelijk niet hebben gehaald: de bèta- en de gammavariant. Daarnaast ziet u de ziektepiramide die we tot nu toe hebben aangehouden, met percentages van patiënten die naar het ziekenhuis en de ic gaan. Dat hebben we ook heel lang kunnen volgen, dus die percentages zijn redelijk zeker. De grote vraag is natuurlijk: hoe veranderen die onder invloed van de verandering van delta naar omikron? Het is zeker dat er invloed is. Het heeft consequenties voor de vorm van de piramide en voor de aanpak. Als de ziekte zich vooral buiten de ziekenhuizen afspeelt en rondgaat op een wijze zoals dat in een aantal andere Europese landen gebeurt, dan heeft dat consequenties voor het aantal zieken. Dat betekent dat zieken gemiddeld zeven dagen plus die 24 uur na een negatieve test thuis zijn. Dat geeft een belangrijke afwezigheid van werk. Niet alleen zieken zijn belangrijk, maar ook de gemiddeld drie tot drieënhalve persoon die in quarantaine gaan omdat ze contacten zijn van zo'n zieke. In de huidige setting zitten ook zij zo'n vijf dagen thuis. Daaronder bevinden zich veel mensen met een cruciaal of vitaal beroep. Die wil je eigenlijk weer eerder de mogelijkheid geven om te werken. U heeft gezien dat we in het laatste OMT-advies daarover het nodige voorstellen.

Dan de huidige getallen. Aan de linkerkant ziet u de weergave van het aantal positieve meldingen. Na de afname van de deltagolf ziet u een belangrijke toename van het aantal meldingen. Aanvankelijk was het 77%, nu is het 21%. Dat zou best verder kunnen oplopen. We denken dat in de kerstperiode veel meer mensen een zelftest hebben gedaan om te kijken of ze veilig op bezoek konden. Van die zelftesten was natuurlijk een deel positief. Die personen hebben zich in die fase gemeld. We zitten nu weer ietsje verder, dus dat zou misschien dat verschil in procentagetoeename kunnen verklaren. We zitten tegen de 250.000 meldingen per week. Dat levert een incidentiegetal van 1.380 op de 100.000 op. Het aantal testen is ook toegenomen, maar in mindere mate. Het percentage positieve testen bij de GGD is maar liefst 36%. Een op de drie in de rij heeft dus een positieve test.

Aan de rechterkant ziet u het verloop van de ziekenhuisopnames, zowel op de verpleegafdeling (donkerrood) als de ic-afdelingen (lichter gekleurd). Tot de dag van vandaag ziet u daar de daling afvlakken: ongeveer 30% minder opnames, hetgeen zich natuurlijk vertaalt naar dalende bedbezetting, die ook in een grafiek is weergegeven.

Ik ga door met het testen en het beeld van de GGD-teststraten en de testen die door de Stichting Open Nederland worden verricht in het kader van testen voor toegang. Aan de linkerkant ziet u de testen die door de GGD worden verricht. Dat is een mix van verschillende redenen om te gaan testen. In de roodpaarse blokjes aan de onderzijde ziet u het aandeel van personen die naar de GGD komen omdat ze thuis een positieve zelftest hebben gehad. Dat is ongeveer 20% van het totaal aantal testen. Die testen worden in zo'n 91% bevestigd positief. Dat is een vijfde van het aantal testen dat gebeurt. Omdat 91% positief is, is het ongeveer de helft van het aantal positieven dat we hebben. Daarnaast ziet u in blauw personen die omwille van een andere reden zich laten testen. Ongeveer 24% daarvan is positief. Dan heb je nog een groep waarvan het onbekend is. Die zijn in ongeveer 39% van de gevallen positief. Als je het optelt, kom je op die 36% positieve testen bij de GGD. Dan de mix. Omdat het een mix

is waarbij een voorselectie plaatsvindt op grond van een positieve of een negatieve zelftest, kan dat wat ingewikkelder worden vertaald naar consequenties.

Aan de rechterzijde ziet u het aantal testen dat wordt verricht om toegang tot iets te krijgen. Dat is belangrijk afgenomen. Bij de GGD zien we na een daling weer een belangrijke toename van het aantal testen, maar bij de Stichting Open Nederland is het eigenlijk alleen maar afgenomen. Het percentage dat daar positief test, is tegelijkertijd toegenomen tot zo'n 3,7%. Ook daar kennen wij helaas niet alle details van. Het zou bijvoorbeeld ook kunnen dat een deel van die personen naar de Stichting Open Nederland gaat omdat ze bij de GGD niet snel genoeg, of om wat voor reden dan ook, terecht kunnen. Dat zou deels die stijging van 3,7% in het aantal positieve testen kunnen beïnvloeden. Dit zijn in ieder geval de getallen die we hebben. Bij de Stichting Open Nederland test niet 1 op de 3 positief, zoals bij de GGD, maar ongeveer 1 op de 30.

Dan de verdeling over Nederland. Dit zijn dezelfde getallen die u eerder zag. Rechtsboven ziet u de toename van het aantal meldingen, zoals net ook werd weergegeven. Het betreft het totale aantal meldingen in de afgelopen week. Er is sprake van een toename ten opzichte van de week daarvoor, maar die is wat minder groot dan in de week daarvoor. Aan de linkerzijde ziet u de spreiding over Nederland. Het is grosso modo duidelijk dat Randstedelijk Nederland in het westen de hoogste positiviteit kent. In Friesland, Drenthe en delen van Groningen liggen de aantallen een stuk lager.

Dat kan ik ook nog per veiligheidsregio weergeven. Als je landelijk kijkt naar de meldingen per regio, zie je dat de vier grote steden eruit springen. Amsterdam heeft een incidentie van 2.320 per 100.000. Dat is het dubbele van het gemiddelde in Nederland. In Limburg is de incidentie momenteel laag. U kunt zich waarschijnlijk herinneren dat Limburg een tijdje heel hoog zat tijdens de deltavariant. Het zou kunnen dat dat toch relevant is, omdat een doorgemaakte infectie natuurlijk een zekere bescherming biedt. Ze zitten in ieder geval momenteel laag.

Dan de meldingen per leeftijd. Ook daar zien we veranderingen. Allereerst is duidelijk dat er een belangrijke toename is in de groep van 0 tot 19 jaar, de twee linker cohorten. Dat zal ongetwijfeld ook met het openen van de scholen te maken hebben. De toename in de groep 19 tot 25 jaar is ietsje gedaald, maar die is nog steeds het hoogst: ruim 2.900. U ziet het vervolgens afnemen. Ook bij de ouders van kinderen zien we natuurlijk een toename. Dat zou deels daarmee te maken kunnen hebben, maar dat kan natuurlijk ook andere redenen hebben. De groep boven de 60 laat nauwelijks tot geen toename zien. In die groep is de booster natuurlijk in belangrijke mate al gegeven. Boven de 60 jaar is zo'n 90% van degenen die eerder gevaccineerd waren, ook geboosterd. Dat geeft geen optimale bescherming, maar wel een zekere mate van bescherming. Dat zou dus een rol kunnen spelen. In eerdere golven met andere varianten hebben we gezien dat het met name in de jongere groepen begint en zich vervolgens langzaam uitbreidt naar de andere leeftijdsgroepen. We zullen moeten afwachten of de groep 60-plus uiteindelijk ook gaat meedoen. Dat is wel belangrijk, omdat de groep waarin het nu speelt eigenlijk nauwelijks tot ziekenhuisopnames leidt. Dat speelt vooral bij 55-plussers en 60-plussers. In die groep zien we eigenlijk nog weinig toename. Daar circuleert de omikronvariant dus een stuk minder dan onder de jongere groepen.

Dan de getallen ten aanzien van de ziekenhuizen. De verpleegafdelingen en ic-afdelingen zijn apart weergegeven. Dit is een uitvergroting van de tweede of derde slide, waarop u de afname ziet. Die afname begint wel af te vlakken, maar geldt zowel voor de opnames als de bezetting op de verpleegafdelingen en ic's. Aan de onderzijde ziet u de actuele bezetting in het ziekenhuis, op de verpleegafdelingen en de ic's: 300 versus ruim tegen de 1.200.

Ook daarvan hebben we de leeftijdsverdeling weergegeven. Zowel de ziekenhuisopnames als de ic-opnames zijn voor alle leeftijden dalende. Er geldt momenteel dus voor alle groepen een afname.

De volgende indeling is meldingen naar vaccinatiestatus. Ik heb het in dat tabelletje nog even omcirkeld, want daar was helaas eerder wat verwarring over. Het betreft de groep vanaf 12 jaar. Een aantal dingen zijn hierbij belangrijk. We lopen allereerst altijd achter met betrekking tot het percentage mensen van wie de vaccinatiestatus al is doorgegeven. Dat weten we momenteel van zo'n 38% als ik het goed zie. Daaronder ziet u de onderverdeling. Dan is al duidelijk dat ongeveer 11% van de huidige meldingen plaatsvinden bij personen die een boostervaccinatie hebben gehad, wat maar aantoont dat dat dus geen 100% bescherming biedt. Tegelijkertijd realiseert u zich natuurlijk dat vanaf 18 jaar – dus vanaf 12 jaar zal dat net iets anders liggen – maar ongeveer de helft van de bevolking een boostervaccinatie heeft ontvangen. Het feit dat dat 11% is en niet ongeveer 50% duidt natuurlijk toch op het beschermend effect. Waar vanaf 12 jaar ongeveer 15% überhaupt niet gevaccineerd is representeert dat nu uiteindelijk in de getallen 24%. Dat betekent dus dat het rondgaan van de virusvarianten nog steeds met name gebeurt onder niet-gevaccineerden. Als je naar het beloop kijkt ten aanzien van de eerdere infecties in oktober, november en december is het duidelijk dat, zeer waarschijnlijk gekoppeld aan de omikronvariant, de vaccinatiestatus minder garantie biedt voor bescherming dan eerder. U ziet hier de positieve testen.

We hebben natuurlijk ook nog een overweging met betrekking tot doorgemaakte infecties, want ook daar is het gedrag van de omikronvariant anders dan de delta en eerder de alfa. Op de slide die ik hier laat zien is het aantal infecties weergegeven op grijs in de achtergrond. De lijn die is getrokken staat voor het percentage herinfecties als aandeel van het totale aantal infecties. In rood ziet u de actuele getallen in blokjes weergegeven. Het is duidelijk, waar tijdens de deltafase ongeveer 3% een herinfectie had, dat het aandeel van alle infecties is opgelopen en nu rond de 12 tot 13% zit. Ook dit is weer een teken dat de omikronvariant – die natuurlijk met name de laatste piek bepaalt – zich in mindere mate gelegen laat liggen of u al of niet gevaccineerd bent, maar ook of u al eerder een infectie heeft doorgemaakt.

Ik wil u ook laten zien dat het zicht op waar de besmettingen plaatsvinden momenteel eigenlijk non-existent is. We weten dat maar bij ongeveer 12% van alle infecties settings vermeld zijn. Dat heeft natuurlijk alles te maken met het terugschalen van de GGD-activiteiten hierop, waarbij je je concentreert op kwetsbaren. Maar aangezien dat percentage nu zo laag is, zijn die getallen natuurlijk veel minder informatief dan wanneer ze een groep representeren van 80%, zoals we ook weleens hebben gehad. Dus met betrekking tot het bron- en contactonderzoek overzien we geen belangrijke verschillen ten opzichte van de situatie toen dat percentage nog hoog lag. Daar hebben we gewoon minder zicht op vanwege de afschaling bij de GGD door de hoge aantallen.

Dan neem ik u verder mee naar het reproductiegetal, dat momenteel 1,16 is. Dan zult u zeggen dat dat opmerkelijk is, want vorige keer was het toch ietsje hoger? Dat klopt. Hoe moet je dat dan duiden? Ook daar denken we dat het extra verrichten van zelftesten rond de kerstperiode daar van invloed is geweest, want als dat inderdaad gebeurd is, waar het alle schijn van heeft omdat men meer op bezoek ging, dan heeft dat in die periode relatief net tot wat meer positieve testen geleid dan in de periode daarna. We verwachten dus dat dit een tijdelijk effect is en dat we hierna weer zullen zien dat het gaat toenemen. Dat heeft natuurlijk overigens ook te maken met het verder doorvoeren van de versoepelingen.

U ziet dat voor de opnames in het ziekenhuis- en op de verpleegafdeling de R-waarde nog steeds onder de 1 is. Dat past natuurlijk bij het dalende beeld dat u heeft gezien, ook al begint dat af te vlakken.

Dan is het ook nog interessant om u steeds te realiseren dat het reproductiegetal natuurlijk een optelling is van alle varianten. Voor het voorgaande jaar zijn die varianten aan de bovenzijde weergegeven en het reproductiegetal van die individuele groepen aan de onderzijde. U ziet achtereenvolgens de alfa en de delta die uiteindelijk veel minder zijn doorgedrongen en inmiddels de omikronvariant in verschillende kleuren linksboven weergegeven. Linksonder ziet u de bij de verschillende varianten passende reproductiegetallen. Helemaal rechts ziet u de optelling van de deltavariant die sterk aan het afnemen is, waarvan het reproductiegetal nu op grond van de bepaling geschat wordt op 0,5 tot 0,6. Dat is dus echt laag. U ziet tegelijkertijd dat de omikronvariant, die het heeft overgenomen, momenteel nog een reproductiegetal heeft rond de 1,25. Dat tezamen brengt momenteel het reproductiegetal op 1,16. We verwachten dat we dan weer meer naar die omikron alleen teruggaan. Rechtsboven ziet u nog de verspreiding over Nederland of het reproductiegetal boven of onder de 1 ligt. U ziet overal rood of oranje. Dat wil zeggen dat het eigenlijk in heel Nederland boven de 1 ligt, zonder veel verschillen tussen de regio's.

Dan hebben we nog een paar afgeleide maten, die ons er ook iets over zeggen in hoeverre de infecties rondgaan. Allereerst is dat het infectieradarsysteem, waarbij zo'n 12.000 personen wekelijks invullen of ze covidachtige klachten hebben. Dat is natuurlijk een selectie, want die personen hebben zich aangemeld om hieraan deel te nemen. U ziet ook daaraan dat, na de aanvankelijke daling, we toch weer met een toename te maken hebben. Aan de rechterzijde ziet u weergegeven hoe men zich vervolgens laat testen. Dit is ook om te illustreren dat een heel belangrijk deel, in groen weergegeven, dat in eerste instantie met een zelftest doet. De zelftesten worden dus breed gebruikt, ook door de groep die aan dit onderzoek deelneemt.

Een tweede manier om buiten de meldingen om zicht te houden, is het rioolwatersurveillancesysteem, waarbij we zo'n 340 tot 350 locaties met oppervlaktewater samplen. Daarin wordt de virusvracht, zodat dat daar dan heet, bepaald. De virusvracht is stabiel heel erg hoog. Dat ziet u aan de twee linker grafiekjes, die de absolute aantallen weergeven. Eigenlijk volgt die ongeveer dezelfde spreiding als ik net liet zien met betrekking tot meldingen. Je ziet dat Drenthe, Friesland en een deel van Groningen wat betreft virusvracht lager liggen, en dus ook wat betreft meldingen. Aan de rechterzijde is in kleuren weergegeven of het toe- of afneemt. Eigenlijk ziet u dat het ongeveer waarde 1 houdt. Sommige regio's gaan iets omlaag en andere iets omhoog. Grosso modo is de virusvracht stabiel hoog.

Je kunt het ook per regio bekijken. Dat ziet u rechtsboven in een aantal grafiekjes weergegeven. Allereerst ziet u Amsterdam en dan aan de linkerzijde de regio Hilversum en het Gooi, dacht ik. Daar ziet u een toename. In Limburg, waarover ik al zei dat er minder meldingen waren, ziet u dat het na een piek dalende is. Ook de rioolwatersurveillance geeft ons een indruk van de orde van grootte van de aanwezigheid van het virus, onafhankelijk van gedrag.

Dan wilde ik nog even met u doorgaan op de vaccinaties. U ziet hier een update met betrekking tot het percentage dat in het ziekenhuis of op de ic wordt opgenomen dat al of niet gevaccineerd is. Die update is ook op de website terug te vinden. Dit is het percentage over de afgelopen anderhalve maand. Het is tot 13 januari bijgewerkt. Ik laat u hier de op aantallen genormaliseerde grafieken zien. U ziet dat de y-as steeds wisselt. Ik vraag even uw aandacht daarvoor. Dat komt omdat er in de groep 12 tot 29 nauwelijks opnames zijn. De y-as is dus als het ware uitvergroet. Aan de onderzijde ziet u de y-as meer gecondenseerd. Dat moet u zich even realiseren. De grafiek is vooral bedoeld om met de rode lijn als incidentie het aantal personen te illustreren dat in het ziekenhuis of op de ic wordt opgenomen die niet gevaccineerd zijn, versus de groep die wel gevaccineerd of deels gevaccineerd is. Inmiddels worden ook de boosters

toegevoegd. U ziet heel duidelijk dat de rode lijn de hoogste lijn is. Dat vertaalt zich naar dat aantal van 54% en 68%. U ziet tegelijkertijd dat de boosterlijn de lijn is die het dichtst bij de 0 komt. Dat is de representatie van het feit dat de boosters best redelijk beschermen tegen opnames, eerder bij de deltavariant, maar in het staartje natuurlijk ook bij de omikronvariant.

U ziet dat de bescherming leeftijdsafhankelijk is. Daar hebben we het eerder over gehad. Bij de ouderen zie je dat het percentage gevaccineerden relatief wat lager ligt dan bij de jongeren. Dat komt door het onderliggend lijden, en ook door het feit dat men soms wordt opgenomen met covid, maar misschien niet per se zonder covid. Die getallen lopen hier natuurlijk doorheen. Uiteindelijk is de vaccinatie-effectiviteit tegen ziekenhuisopnames en ic-opnames uitgerekend. U ziet dat die in beide gevallen nog steeds hoog is, zeker wat betreft de ic. Wij zouden natuurlijk graag willen weten hoeveel hiervan nu delta of omikron zijn. Dat is een volgende stap. Die getallen kunnen we helaas nog niet krijgen. Daar wordt wel hard aan gewerkt. Die wil je natuurlijk zien. Omgekeerd zullen we, als dit wordt vervolgd, zien dat vanaf begin januari het aantal nieuwe infecties vooral omikron betreft. Uiteindelijk komt dat natuurlijk sowieso terug in de getallen. Voor de duidelijkheid: hier speelt het helaas nog even door elkaar.

Dan roep ik nog even in herinnering het effect van de vaccinaties tegen delta versus omikron en de invloed van de boostervaccinatie hierop. Aan de linkerkant ziet u onderzoek dat is gedaan in Engeland, waar men dat heeft kunnen berekenen. Je ziet dat in de weken na vaccinatie de bescherming tegen delta hoog is, maar daarna daalt; helemaal links ziet u de werkzaamheid van tweemaal Pfizer, maar eigenlijk geldt dat ook voor de andere vaccins. Delta wordt weergegeven met die vierkante blokjes. Als er een booster wordt gegeven, ziet u dat de beschermende factor weer beduidend omhooggaat en tegen delta ook behoorlijk stabiel blijft. Omgekeerd, als u naar omikron kijkt – dat zijn de cirkels – ziet u dat dat al lager begint en ook sneller daalt. Na de booster wordt dat weliswaar omhoog gepept, maar het komt minder hoog en daalt daarna ook weer sneller.

Dat is meer schematisch vertaald in de grafiek aan de rechterzijde, waarbij u ook het effect van de eerste en tweede vaccinatie ziet. Dat komt dan tot een maximaal effect. Voor delta, in geel weergegeven, daalt het langzaam. Met de booster komt het weer hoger en daarna daalt het wat minder snel. Voor omikron, in blauw weergegeven, ziet u dat het effect duidelijk sneller daalt. Na de booster komt het weliswaar omhoog, maar niet meer tot het maximum. Daarna daalt het ook sneller dan bij delta. Dat levert de paradox op dat als je de booster gegeven hebt, je eigenlijk een bepaalde tijdswindow hebt om van het effect te genieten en er ook de maatregelen op af te stemmen. Als je te lang wacht, is het effect van de booster natuurlijk minder. Dat is eigenlijk wat u hieruit kunt aflezen.

De voorzitter:

Een verduidelijkende vraag van de heer Van Wassenberg over deze sheet.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Wassenberg, zonder «van» ervoor.

De voorzitter:

O, sorry.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Ik heb een vraag over het linkerdeel van dit plaatje. Als er geboosterd wordt, zie je dat de bescherming tegen zowel delta als omikron omhooggaat. Maar daarna blijkt de bescherming tegen omikron sneller af

te nemen in de tijd. Klopt het dat dit uit elkaar gaat lopen en dat de bescherming van de booster tegen omikron sneller afneemt dan tegen delta?

De heer **Van Dissel**:

Ja, ik dacht dat ik dat net had geprobeerd uit te leggen. In het schema aan de rechterkant ziet u dat misschien wat duidelijker. U ziet dat blauw sneller daalt dan geel; dat is waarnaar u verwijst, denk ik. Dat komt niet doordat het een slecht vaccin is, maar het vaccin is oorspronkelijk gewoon gericht tegen een ander virus. Het virus is al behoorlijk weggelopen van zijn oorspronkelijke eigenschappen. Dat ziet u weergegeven in de kleine infographic aan de rechterbovenzijde.

De **voorzitter**:

Een verduidelijkende vraag van mevrouw Tielen over deze sheet.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Is de definitie van vaccineffectiviteit hier «bescherming tegen besmetting»?

De heer **Van Dissel**:

Ja, maar hetzelfde geldt eigenlijk voor ziekenhuisopnames, zij het dat het daar wat minder pregnant te zien is. Wat u hier ziet is de werking tegen infecties. Tegen ziekenhuisinfecties doet het het allemaal wat beter, maar uiteindelijk levert het hetzelfde beeld op.

Dan even de samenvatting van de epidemiologie op dit moment. Het aantal positieve testen neemt toe, met name in het Randstedelijke gebied maar eigenlijk ook in de rest van Nederland. Dat is in lijn met de toename die we zien in de rioolwatersurveillance. We zien voor de ziekenhuizen nog het tegenovergestelde, namelijk een afname, zij het dat die afname aan het afvlakken is. We hebben natuurlijk ook nog een aantal patiënten in Duitsland. De oversterfte heb ik u niet laten zien, maar die was natuurlijk verhoogd. Die is nu weer afgenomen, maar ligt nog niet helemaal op de norm. We hebben al iets gezegd over de vaccinaties, namelijk dat het effect van een basisserie tegen omikron – ik kom daar straks nog op terug – eigenlijk heel erg laag is, met name wat betreft bescherming tegen infectie. De bescherming tegen ziekenhuisopnames ligt iets hoger, maar het is duidelijk dat de booster het versterkt, oppept. De vraag is hoelang de booster effectief blijft.

Hier zijn even die verschillen tussen delta en omikron iets anders weergegeven. We hebben de deltavariant gehad. Die gaf met name infecties door de onvoldoende hoge vaccinatiegraad die werd bereikt en uiteindelijk ook door de verminderde werkzaamheid, met name bij de ouderen. Na de booster zagen we herstel, maar de belangrijkste factor in Nederland om de deltavariant te doen dalen zijn toch de interventies geweest. Daarnaast hebben we de omikronvariant. We weten dat die zich sneller verspreidt, met name omdat hij zich minder laat tegenhouden door die opgebouwde weerstand, of dat nou een infectie is of de vaccinatie. Dat heb ik u net getoond. Het effect van de vaccinatie en de booster is dus minder dan het bij de deltavariant was. Hetzelfde geldt voor een doorge-maakte infectie. De grote vragen zijn nog steeds: hoe ziek word je ervan en hoeveel ziekenhuisopnames geeft het nou reëel, en, met name, hoeveel ic-opnames zijn er nou minder? Daar komen we natuurlijk zo meteen op terug, want dat is belangrijk voor de modellering en de veranderingen die u ziet in die modellering, want dat passen we natuurlijk aan naar aanleiding van de kennis die we daarover vergaren.

Maar toch geef ik dan nog heel even het beeld in de ons omringende landen. Daarop ziet u dat Nederland, Duitsland en inmiddels, door de daling daar, het Verenigd Koninkrijk, toch aan de onderzijde zitten, waarbij een heleboel andere landen nog steeds in een duidelijk stijgend been

zitten. In sommige gevallen vertaalt zich dat ook in een zeer hoog aantal besmettingen per dag, zoals u bijvoorbeeld in Frankrijk leest. Dan is er altijd de vraag: hoe vertaalt zich dat naar ziekenhuisopnames? In de vergelijking hoeveel patiënten er zijn opgenomen in de verschillende landen in de ziekenhuizen ten gevolge van covid zitten natuurlijk talloze complexiteiten, door die rechtstreeks naar Nederland te vertalen. Dat realiseren we ons allemaal. Zie bijvoorbeeld het opnamebeleid, de beschikbaarheid en gaat u zo maar door. Maar misschien is het toch nuttig om even dit kaartje van Europa erbij te halen. U ziet bijvoorbeeld het volgende voor Nederland. We zitten nu op zo'n 1.200 opnames. U ziet dat Frankrijk op zo'n 26.000 zit. Als je het beeld van Frankrijk dan vertaalt, met ongeveer drie keer de bevolkingsgrootte, dan kom je op het volgende. Als wij de Franse aantallen zouden hebben in Nederland, dan zouden we zo'n 6.800 ziekenhuisopnames hebben. Voor Frankrijk ligt die omrekenfactor trouwens iets anders, want dat is ongeveer net zo groot als het Verenigd Koninkrijk. Spanje is ongeveer drie keer zo groot als Nederland. Maar je ziet het hier weergegeven per land. Ook als je de situatie in Denemarken vertaalt naar Nederland, dan zouden we nu zo'n 2.400 bedden hebben, en niet die 1.200. Vanuit Engeland is het ruim 5.000 en vanuit België is de factor 3,6.

Dus je kunt niet zeggen dat daar geen ziekenhuisopnames door omikron zijn, terwijl de toename van omikron in die landen natuurlijk heel erg fors is. Dat is natuurlijk ook weer niet waar. Dat staat nog even los van alle landspecifieke redenen om wel of niet opgenomen te worden. Maar je zou toch die aantallen van Frankrijk en Engeland niet zonder meer in Nederland willen hebben, want dat zou toch een zeer forse invloed hebben op de zorg in Nederland. Dus die ziekenhuisbezetting is grofweg twee keer hoger in België en Denemarken, en tot vijf keer in een aantal andere Europese landen. Al moet ik erbij zeggen dat het in Duitsland bijvoorbeeld lager is, maar daar zijn de aantallen ook geringer. Dus de toename in het aantal infecties buiten het ziekenhuis heeft natuurlijk ook in die omliggende landen wel degelijk invloed op het aantal patiënten in het ziekenhuis.

Dan neem ik u mee naar de modellering die verricht is. Een aantal punten heb ik al genoemd: het reproductiegetal, het feit dat het in het ziekenhuis momenteel gestabiliseerd is, maar dat we op langere termijn natuurlijk voorspellen dat dat toeneemt en dat dat allemaal erg afhankelijk is van de eigenschappen van omikron. Die bepalingen doen we op grond van verschillende methoden. Allereerst doen we het op grond van de meldingen. Je kunt op grond van de meldingen vandaag natuurlijk een voorspelling doen, omdat je tot gisteren of tot vorige week weet hoe die zich uiteindelijk vertalen in de ziekenhuisopnames, hoeveel ziekenhuisopnames er uiteindelijk zullen zijn. Dat is gewoon in feite een regressie-model. Daar zitten verder weinig aannames in. Veranderingen in maatregelen en de overgang van delta naar omikron worden daar natuurlijk niet in meegenomen totdat ze effect hebben op de overdrachtsrelatie.

De ziekenhuisopnames en ic-opnames verschillen per leeftijdsgroep. Dat ziet u hier weergegeven. De hogere leeftijdsgroepen hebben natuurlijk een veel hogere kans om in het ziekenhuis te komen dan de lagere leeftijdsgroepen. Dat wordt doorgerekend in dit systeem. Aan de rechterzijde ziet u dat, in ieder geval tot recent, de kans om vanuit een ziekenhuisopname op de ic te belanden, ongeveer een op vijf is. Als dat doorloopt en meer in het omikrongebied komt, kun je je voorstellen dat dit lager wordt. Dat zou je dan ook aan deze grafiek meteen moeten zien, maar, zoals u ziet, is dat momenteel in ieder geval nog niet zichtbaar. Dat vertaalt zich naar een aantal ziekenhuisopname per leeftijdscohort. Dat ziet u hier weergegeven. En dat vertaalt zich, als je het bij elkaar optelt, naar deze definitieve grafieken, waarbij aan de linkerzijde de voorspelling ten aanzien van ziekenhuisopnames en aan de rechterzijde

de voorspelling ten aanzien van ic-opnames wordt gegeven, op grond van hoe dat tot nu toe was. En hoe dat tot nu toe was, ziet u in de getallen die zijn weergegeven in de vorm van de dots. Dat zijn de actuele waarnemingen. U ziet dat voor beide een toename in eerste instantie wordt voorspeld. Zoals met alle modellen is dan de duiding belangrijk. Wij denken namelijk dat dit een overschatting zal zijn. Waarom? Ik heb u eerder laten zien dat we nu met name in de jongerengroepen zitten, die minder worden opgenomen. Het tweede is, en dat is de belangrijkste reden, dat we inmiddels weten dat bijna alle nieuwe infecties nu omikron zijn, waar ze dat eerder nog niet waren. Als omikron zich inderdaad ook in Nederland vertaalt naar minder ziekenhuisopnames, dan verwacht je dat je dat als het ware daarvoor moet bijstellen. Dus dan moet je de toename die je hier ziet als een overschatting zien, omdat we de invloed van de omikron daarin natuurlijk bewust niet meenemen, omdat dit gewoon een regressiemodel is. Dus dit geeft in onze ogen een overschatting. Dan het transmissiemodel – dat heb ik u eerder getoond – dat uitgaat van de kans van overdracht. Die hangt van een aantal dingen af: het aantal contacten in de tijd, de duur van de contacten en de intensiteit en waarschijnlijkheid van overdracht van dat contact. Daarop kan je modelleren. Dat doe je omdat je kennis hebt, zoals u aan de rechterbovenzijde ziet, van de contacten die alle leeftijden met elkaar en met de andere leeftijden hebben, en dat kan je ook weer voor verschillende settings onderzoeken. Dus ik geef u alleen hier een algemeen overzicht, waarbij u van een aantal jaren terug en van een matrix uit de periode van de lockdown het verschil ziet. Geel betekent veel contacten. U ziet aan de onderste matrix, die het ten tijde van de lockdown doet, dat het aantal contacten ook belangrijk is teruggelopen. Aangezien we deze matrices hebben van hoe vaak iemand naar de kapper gaat, naar de horeca, hoe lang hij daar blijft en hoeveel mensen hij daar ontmoet, kun je zo'n model bouwen. Als bijvoorbeeld de horeca gesloten is, kun je al die knoppen op nul draaien en dan krijg je een uitslag zonder horeca. Dat is, even heel grof, hoe het model werkt. Dat betekent dus dat allerlei veranderingen in de maatregelen daarin wel worden meegenomen, en ook verandering in gedrag uiteindelijk, omdat je het model namelijk elke week op de ic-opnames ijkt. Veranderingen in gedrag die zouden maken dat je afwijkende getallen krijgt, corrigeer je daarvoor. Het heeft als nadeel dat het als homogeen model geldt, dus dat we ervan uitgaan dat Nederland een ideale mix is, en dat is het natuurlijk niet. Dat heeft dus altijd een zekere invloed. Daarnaast zitten er natuurlijk aannames in. De aannames die van belang zijn en die deze weken steeds wisselen, zijn: hoe ziekmakend is omikron, hoeveel ziekenhuisopnames geeft het, hoeveel ic-opnames geeft het en is de ligduur bijvoorbeeld even lang? Dat zijn allemaal aannames die we nu in het model moesten stoppen, natuurlijk aanvankelijk op grond van de kennis van delta. Inmiddels bouwen we die kennis steeds op. Die is nu ook weer verder dan wat ik u laat zien. Ik laat u hier namelijk zien op basis waarvan het OMT heeft geadviseerd. Morgen hebben wij weer een OMT. Dan zullen we de eventuele veranderingen doorvoeren die er zijn op grond van de kennis uit Engeland, Denemarken en Amerika met betrekking tot hoeveel er wordt opgenomen of naar de ic gaat. Dan wordt het weer bijgesteld. Zo werkt dat model. Je kunt dan ook verwachten dat je daar soms andere resultaten in ziet, domweg omdat de aannames worden aangepast aan wat we aan kennis ophalen uit andere landen. Wat is er verder van belang? Dat is uiteraard de verhouding van omikron versus delta. Die wordt in de kiemsurveillance meegenomen. We nemen die mee uit een aantal laboratoria die grote aantallen personen testen. Daar wordt dat door middel van een specifieke PCR ook meegenomen. Tegelijkertijd moet je je realiseren dat je altijd achterloopt, want iemand krijgt klachten, wordt bemonsterd, dan volgt er isolatie en daarna is er een sequentieanalyse. Dat neemt allemaal een bepaalde tijd in beslag. Ook al

zijn we er misschien nog niet met de grafiek hier, toch zeggen we daarom dat alle nieuwe infecties eigenlijk al door omikron worden veroorzaakt. Een tweede heel belangrijke vraag is op hoeveel boosters we kunnen rekenen. Zoals u straks zult zien, hebben boosters invloed op bescherming tegen enerzijds infectie en anderzijds ziekenhuisopname. Dat is dus heel belangrijk. Aanvankelijk moesten we natuurlijk uitgaan van de predictie van VWS met betrekking tot het doel van de te halen boosterpercentages. Dat was aanvankelijk 90%. U weet dat dat inmiddels een stuk lager is. Naarmate we er minder in slagen om 90% te halen, zijn de prognoses eigenlijk weer wat te optimistisch, zeg ik voor de duidelijkheid. In de prognoses die ik u laat zien, gaan we uit van de boosters die gezet zijn en de verwachting met betrekking tot de boosters die nog gaan komen. Uiteindelijk is dat percentage lager dan 90%. Daar komen we ook nog op terug.

Welke effectiviteit houden we dan aan? Misschien heb ik deze tabel eerder laten zien, maar het is toch goed om dit nog even op te halen. U ziet bijvoorbeeld dat de vaccineffectiviteit van de twee basisvaccinaties tegen infectie met omikron eigenlijk heel laag wordt ingeschat. Je zit dan tussen de 10% en 20%. Dat doet eigenlijk niet veel. Als je een booster geeft, zie je dat de effectiviteit tegen omikron omhooggaat naar rond de 45% tot 70%-75%. U ziet dat de getallen van de effectiviteit tegen opnames altijd wat hoger liggen. Waarom roep ik dit even op? Ik wil u duidelijk maken dat wij ook met ranges werken. Dat wil zeggen dat er een worstcasescenario en een meest positief scenario is. Ik laat u ook even zien dat bijvoorbeeld de twee groepen in Engeland met feitelijk exact dezelfde getallen modelleren als degene die bij het RIVM worden gebruikt. Daar zitten geen verschillen tussen. We maken altijd gebruik van ranges. De modellen die u hier ziet, zijn natuurlijk ook maar een fractie van alle modellen die worden berekend. Ik toon u hier alleen een illustratief voorbeeld.

Je kunt die modellen de korte termijn of de langere termijn laten voorspellen. Hier is de doorwerking van het huidige pakket aan maatregelen ten opzichte van het begin van de corona-uitbraak in rood weergegeven. U ziet dan ook het effect dat het model steeds wordt geijkt op de actuele getallen, want anders kun je zo'n golf natuurlijk nooit volgen. U ziet dat de voorspelling op korte termijn is dat we nu ongeveer aan de onderzijde zitten in een zogenaamd nadir, de laagste waarde. Op grond van de toename buiten de ziekenhuizen verwachten we eigenlijk dat binnenkort de ziekenhuisopnames weer gaan toenemen. Hetzelfde geldt uiteindelijk voor de ic-opnames.

Uitgaande van de huidige situatie worden voor het OMT ook een groot aantal potentiële interventies of versoepelingen doorgerekend. Dat wordt altijd uitgezet tegen de situatie van geen verdere versoepelingen, bijvoorbeeld terug naar de avondlockdown en naar het pakket dat uiteindelijk gekozen is. Nogmaals, elk model is zo goed als zijn aannames. De aannames doen we op grond van wat er op dat moment bekend is uit de literatuur, maar ik zeg er voor de duidelijkheid bij dat de literatuur natuurlijk altijd achterloopt. We hebben daarover ook veel contacten met onze Europese collegae. Belangrijke punten waar ook zij mee stoeien, zijn de kans op ziekenhuis- en ic-opnames en wat daarin de rol van de booster is. Is het zo dat de generatietijd, de tijd tussen de verschillende generaties van infecties, misschien wat korter is? Dat beïnvloedt het ook weer op een bepaalde wijze. Voor de duidelijkheid: dat zijn allemaal aannames die wij ook gewoon aanpassen als duidelijk wordt dat de voorgaande aanname te hoog of te laag was. Zo werkt dat.

Dan komen we wat betreft de voorspellingen met betrekking tot ziekenhuisopnames samengevat op deze grafieken. Ik dacht dat ik u de groene de vorige keer ook heb laten zien. De blauwe is het pakket dat nu in wezen is doorgevoerd. In rood ziet u weergegeven wat er zou gebeuren als er geen enkele versoepeling zou zijn. De groene lijn geeft de mediane

waarden, de mediane voorspelling, aan als je teruggaat naar de avond-lockdown die we eerder in december hadden. De blauwe lijn laat zien wat er zou gebeuren als je het pakket zou volgen dat uiteindelijk gekozen is, namelijk het verder openen van het onderwijs en het openen van de sportmogelijkheden als belangrijkste punten, en natuurlijk de contactbe-roepen. Daar is uiteindelijk ook het winkelen op afspraak uit onze OMT-brief bij gekomen. Uiteindelijk is er voor een bredere vorm daarvan gekozen. Die zit hierin doorgerekend.

Je ziet dat je in deze voorspelling toch nog een aanzienlijk aantal ziekenhuisopnames krijgt. Voor de duidelijkheid: deze voorspelling gaat al uit van het feit dat het aantal ziekenhuisopnames opmerkelijk lager ligt ten opzichte van delta. Uit verschillende onderzoeken kunt u natuurlijk uw waarde pakken, maar in Denemarken – dat is toch heel goed vergelijkbaar – komen ze bijvoorbeeld uit op ongeveer de helft van het aantal ziekenhuisopnames ten opzichte van delta. Die aanname is hierin verwerkt. Bij de ic's ziet u opnieuw dezelfde grafieken weergegeven. Daar ziet u dat we wat betreft de ic's ook met de blauwe lijn toch op aantallen komen waarvan je denkt: moet je die willen? Die gaan eigenlijk de capaciteit van de ic's te boven. Dit is typisch zoiets waarbij we in de duiding van het model zelf ook denken dat we er te pessimistisch in zijn. Voor de ic's is hier namelijk uitgegaan van eenzelfde vertaling als bij delta. We denken dat we daar gewoon lager in gaan uitkomen. Dat betekent natuurlijk niet dat we hier dan maar een getal invullen om een andere waarde te krijgen. We moeten uitgaan van de getallen die we op dat moment kennen. Maar als ik terugkijk op de afgelopen week, dan denk ik dat de waarde die hier is ingevuld te pessimistisch is, en dat we misschien op ongeveer de helft zouden uitkomen. Dat is ook prima, want u ziet dat de bedbezetting met de helft van dat aantal nog steeds zeer hoog uitkomt.

De voorzitter:

Er is een vraag van de heer Hijink over deze sheet.

De heer Hijink (SP):

Ja, want bij de ziekenhuisopnames zelf, de verpleegafdeling, is omikron dus wel meegerekend en gaat het door de helft. Waarom is er dan niet al een vergelijkbare halvering, of misschien nog wel meer, zoals je uit het buitenland hoort, opgenomen in het model? Dat zou dan toch logisch zijn?

De heer Van Dissel:

Dat komt omdat dit model van twee weken terug is. Ik vertelde u al dat dit de getallen zijn waarop wij ons uiteindelijke OMT-advies hebben moeten baseren. Morgen is er weer een OMT. Dan gebeuren de dingen die u suggereert. Maar wij kunnen daar niet op vooruitlopen; we kunnen alleen maar gebruikmaken van wat we op dat moment weten. Dat ziet u hier. Tegelijkertijd kom je natuurlijk met een duiding: is dit wat we uiteindelijk ook gaan krijgen? Maar we kunnen dat niet van tevoren doen, want dan geef ik u hier lijnen die eigenlijk uit de lucht gegrepen zijn. Voor de ziekenhuizen waren we er al voldoende van overtuigd dat het minder was. Daarover zijn ook veel meer getallen gepubliceerd. Voor de verpleegafdelingen is dat er dus in opgenomen. Maar voor de ic's is dat gewoon nog onvoldoende helder. Dat kan deels ook zijn omdat die getallen bijvoorbeeld nog laag zijn en ook erg wisselen tussen de landen, in alle eerlijkheid. Dan kom je natuurlijk ook weer op de vraag: wat is het opnamebeleid? In Frankrijk hebben ze bijvoorbeeld zo'n 400 ic-opnames per dag. Dat zijn er naar Nederland vertaald 100. Dan zit je ongeveer op deze getallen. Het is dus niet zo dat we van het slechtste uitgaan, in de hoop dat we pessimistische grafieken krijgen. We trokken in ieder geval de conclusie dat we op grond van deze modellering ook voor ziekenhuisopnames gewoon te hoog uit zouden komen, dat we met dat pakket scherp aan de wind zeilen op basis van wat

op dat moment bekend is. Maar dat zou komende week gunstig kunnen zijn; dat ben ik helemaal met u eens. Dat heeft uiteindelijk geleid tot het pakket zoals dat gesuggereerd is, omdat we denken dat versoepelingen zeker tot meer gevallen zullen leiden, ook buiten het ziekenhuis – daar kom ik straks nog op terug – en zich ook zullen vertalen in meer ziekenhuisopnames. Om verschillende redenen denken we dat de kans op ziekenhuisopnames misschien nog net iets te pessimistisch is, zelfs als je die 40% lager zet. Dat is hier nog extra in blauw weergegeven. Voor de ic weten we eigenlijk bijna zeker dat we te pessimistisch zijn. Daarom duiden we dit zo dat we het waarschijnlijk aankunnen. Maar daar zit ook wel weer een waarschuwing in. De boostergraad boven de 18 zit nu op ongeveer 50%, en het model gaat uit van meer. Boosters geven natuurlijk een belangrijke bescherming, dus wat betreft de boosters zijn we als het ware weer te optimistisch. Op die manier moeten we die getallen toch steeds proberen te duiden.

Uit het model kun je ook weer een R-waarde terugrekenen; dat is nog even op deze sheet weergegeven. Aan de linkerkant ziet u de situatie als er verder geen versoepelingen zouden zijn gedaan ten opzichte van eerder, dus het opendoen van het primair en voortgezet onderwijs. Aan de rechterkant ziet u de voorspelling van het reproductiegetal, volgende het pakket dat we nu volgen. De reden waarom ik dit laat zien is dat ook wanneer je terugkijkt over de afgelopen periode, de voorspellingen van het reproductiegetal vanuit het model zich eigenlijk heel goed verhouden tot de actuele waarden die u in de andere kleuren ziet weergegeven. Dat sterkt ons weer in de gedachte dat het model wel degelijk relevante predicties kan geven.

Dan wil ik nogmaals benadrukken dat we veel onzekerheden hebben. Dat de kans op ic-opnames gelijk is aan die voor delta, zoals in het model stond dat we twee weken geleden maakten, is inmiddels zeker iets wat we zullen aanpassen. Dat zullen we morgen zien en dat zal ik u een volgende keer illustreren. Wat dat betreft blijkt uit de getallen gewoon dat het minder is. Het is niet een op de vijf, maar gaat misschien meer in de richting van een op de tien of een op de vijftien. Die getallen zijn de afgelopen week helderder geworden. Daarmee zullen we dus de nieuwe modelleringen doen.

De ligduur is ook belangrijk. Vooral nog staat die voor ziekenhuisopnames op zeven dagen. Maar dan komt er iets wat dit een beetje compliceert, namelijk het feit dat naarmate er meer gevallen van omikron buiten het ziekenhuis zijn, de kans dat iemand die z'n heup breekt toevallig ook omikron heeft, groter is. Dat betekent dat de groep die naar het ziekenhuis gaat uiteindelijk steeds meer een mix gaat worden van enerzijds personen die naar het ziekenhuis gaan omdat ze omikron hebben en daarvoor behandeling nodig hebben en anderzijds een groep mensen die naar het ziekenhuis gaan voor een galblaas of een femurfractuur of wat dan ook en daaraan geholpen moeten worden, wat vaak veel sneller gaat dan een omikronopname, maar die wel omikron hebben. Je moet in het ziekenhuis dus wel maatregelen nemen, maar u kunt zich voorstellen dat er daarmee als het ware twee ligduren ontstaan, namelijk de klassieke omikronbehandeling en de groep die voor iets anders komt en misschien weer veel eerder naar huis is. Dat zijn dus allemaal zaken die het complexer maken en die kunnen worden meegeënen. Die kondig ik dus maar alvast aan. Volgens een recente analyse ligt het percentage dat niet vanwege omikron maar mét omikron wordt opgenomen rond de 5%, maar het zou me niks verbazen als we nu op het dubbele zitten. Ook dat is iets wat we in meerdere ziekenhuizen steeds proberen bij te houden.

De vaccinatiegraad heb ik al even genoemd. Daarbij proberen we natuurlijk een minimum en een maximum mee te nemen. Het is ook zoeken wat uiteindelijk de waarde zal worden. Daarop komen we zo nog even terug in de vaccinupdate. Met andere woorden, er zijn redenen om

aan te nemen dat de aannames te pessimistisch zijn, en er zijn redenen om aan te nemen dat ze misschien wat te optimistisch zijn. Dan wilde ik namens Mariska van Blankers ook nog wat punten noemen met betrekking tot de boostercampagne, voor zover u daarover vragen had gesteld. Vandaar dat zij er niet is maar dat ik dit keer haar dia's even meeneem. Allereerst: hoe staat het met de primaire vaccinaties? Voor 12-plus zitten we inmiddels in totaal op zo'n 85% en voor 18-plus op ruim 86%. Dat zijn ook de getallen die ik zonet noemde. Het gaat natuurlijk om de boosters. Inmiddels hebben zo'n 7,6 miljoen mensen de boostervaccinatie gehad. Als je uitrekenet wie die boostervaccinatie zouden kunnen krijgen, namelijk de groep die volledig gevaccineerd is, kom je op zo'n 12,1.

Dan heb je nog een aantal redenen waarom men het bijvoorbeeld nog niet heeft gehaald, bijvoorbeeld dat het interval te kort is. Maar er blijft altijd een groep over die de booster nog moet krijgen. Op deze sheet ziet u dat dat ongeveer 3,4 miljoen personen zijn, natuurlijk uitgaande van een opkomst van 100% en ook rekening houdend met de drie maanden die gelden na een eventueel doorgemaakte infectie. Voor die boosters hebben we dus al een belangrijke groep gehad. Ik heb al genoemd – het staat ook op de volgende sheet – dat het percentage boven de 60 jaar inmiddels naar de 90% gaat, maar dat het daaronder nog belangrijk lager ligt. Als we dat niet hoger krijgen, gaat dat zich natuurlijk weer vertalen naar wat minder gunstige prognoses, omdat we dan gewoon veel meer infecties kunnen verwachten.

De boosters willen we dus graag nog beduidend hoger hebben. Onderaan ziet u de aantallen die nog moeten komen, maar die ziet u eigenlijk ook in het kleine grafiekje erboven. Het gaat daar met name om mensen onder de 60 jaar en mensen boven de 60 jaar, waar nog belangrijke verschillen tussen zitten. Daarvoor zijn een aantal zaken opgestart. Het belangrijkste is dat we het vaccineren ten behoeve van de booster met een aantal acties weer extra in de aandacht willen zetten, voor zover die nog niet bekend is. Dat gebeurt met een publiekscampagne en met veegbrieven om met name degenen die niet zijn gekomen, er nogmaals aan te herinneren. In een groot aantal regio's – volgens mij op zo'n 70 locaties – kan je geprikt worden zonder afspraak. Dat geldt bij minder locaties voor de hele jongerengroep, onder de 18, maar ik zie nu dat het inmiddels op 86 locaties kan voor mensen boven de 18; dat is alweer opgehoogd ten opzichte van de eerdere 70. Dat kan dus op heel veel locaties. Daarnaast worden een aantal groepen ingeschakeld in de hoop dat twijfelaars toch over de streep worden getrokken en om in ieder geval te zorgen dat mensen de booster niet laten liggen omdat ze daar onvoldoende kennis van hebben of zich daarover onvoldoende voorgelicht voelen. Dat betekent het inzetten van vele zorgpartners. Het beschikbaar stellen van vaccins bij verloskundigen heeft bijvoorbeeld een belangrijke invloed op het aantal zwangeren die zich al dan niet laten vaccineren. Ziekenhuizen kunnen het inmiddels aan patiëntengroepen geven. Daarnaast zijn er de prikbusen en de mobiele teams om weer een wijkgerichte aanpak te kunnen doen. Er is dus weer een breed programma ontwikkeld, dat deels al loopt en deels geïntensiveerd wordt om maar te zorgen dat de boostergraad uiteindelijk zo hoog mogelijk wordt.

Dan kort het OMT-advies, waarbij wij ons een aantal dingen goed realiseren, namelijk dat we die boosters recent gegeven hebben en dat we in die periode ook het meeste effect van die boosters hebben op bescherming tegen infectie en ziekenhuisopname. Als je wil versoepelen, is dat natuurlijk de fase. Je moet niet maanden wachten totdat de boosters eigenlijk geen effect meer hebben en het niet meer plaatslaan. Tegelijkertijd weten we natuurlijk dat uitstel niet tot afstel leidt en dat er dus een bepaalde tijd is waarin je risico's moet nemen en waarin je gebruikmaakt van het feit dat die boosters gegeven zijn.

Daarnaast realiseren wij ons natuurlijk goed dat er, als er meer infecties rondgaan, ook meer uitval door ziekte komt bij personen die niet naar het ziekenhuis hoeven maar niet naar hun werk kunnen. Daar zal ik u zo een rekenvoorbeeld van geven. Je moet daarbij voor cruciale en vitale beroepen aparte oplossingen zoeken. Tegelijkertijd moet je ook kritisch naar de quarantaineregels kijken. Per zieke moet u er gemiddeld op rekenen dat er ongeveer drie tot drieënhalf personen in quarantaine gaan. Zeker als de aantallen gaan toenemen zoals we denken dat ze gaan toenemen – kijkt u in de landen om ons heen – en als dan ook nog eens drie tot drieënhalf personen in quarantaine gaan en daardoor uit het werkproces vallen, is dat natuurlijk ook een hele grote groep. Vandaar dat we kritisch aan het kijken zijn naar quarantaineregels. U heeft deze week ook weer de scholen gehoord; dat is een volgende groep waar we naar moeten kijken. Daarnaast blijft het belangrijk om terug te komen op die basisregels, waarbij we de mond- en neusmaskers naar een betere kwaliteit dan de stoffen mond- en neusmaskers hebben getrokken door te adviseren om vooral van het medische type II of IIR gebruik te gaan maken.

Waar leidt dat toe? Het advies heb ik net bij de modellering al genoemd: het onderwijs verder openen, contactberoepen, en sporten binnen en buiten voor alle leeftijden en op alle tijden. Voor de detailhandel hadden wij kopen op afspraak gezegd, omdat we daar het liefst toch enige regels in hadden gezien. De groepsvorming is verruimd. Dat is onderdeel van, hopelijk, een stappenplan naar verdere versoepeling.

Het is goed om ten slotte nog heel even terug te komen op wat omikron anders maakt dan de deltavariant. Aan de linkerzijde staat de deltavariant, waarbij veel gevallen in de bevolking plaatsvinden onder de medische radar. Dat maakt het überhaupt moeilijk om het te bestrijden. Er was een te hoog percentage dat naar het ziekenhuis ging om maatregelen los te laten.

Aan de rechterzijde ziet u de nu geprojecteerde wijze waarop we naar omikron kijken. Daar zie je dat de piramide een veel bredere basis heeft gekregen, omdat we denken dat het aandeel aan personen dat door een omikroninfectie ernstig ziek wordt kleiner is dan bij delta. Dat maakt dat de percentages voor de ziekenhuizen en de ic's zijn aangepast. Dat ziet u hier. Morgen zullen we zien waar we precies op uitkomen. Het zal in ieder geval lager liggen dan bij delta. Dat maakt het niet direct simpeler. Het betekent wel dat de ziekenhuizen minder belast worden, en dat je daar dus wat meer ruimte voor opvang hebt als het virus meer rondgaat onder de bevolking.

Wat onder de bevolking met name geldt, is wat ik u hier probeer voor te rekenen. Voor de duidelijkheid: dit is een rekenvoorbeeld, gedaan met de waarden die we hadden. Daarin ga je bijvoorbeeld uit van 30.000 meldingen per dag. Die hebben we in de afgelopen dagen gehad. Dat vertaalt je naar een prevalentiegraad, dus naar hoeveel mensen in de bevolking er op een gegeven moment ziek zijn, gedurende zeven dagen. Als de isolatie kort kan duren en je een dag geen klachten hebt, dan heb je ook nog de dag waarop je op de testuitslag wacht. Dat vertaalt zich al naar zo'n 240.000 personen die ziek thuis zitten. Dat is gewoon een rekensom. Per persoon zijn er dan gedurende de minimaal vijf dagen van quarantaine ook nog eens drie tot drieënhalf keer zo veel contacten die ook onttrokken zijn aan het arbeidsproces, omdat ze in quarantaine zijn. Ik ben hier even van drie uitgegaan. Zij kunnen op dag vijf testen. Als ze dan negatief zijn, zijn ze uit quarantaine. Die vijf dagen zijn een min of meer minimale periode. Die vertaalt zich in feite naar het dubbele aantal personen dat hopelijk niet ziek is, maar wel in quarantaine thuiszit, omdat er 240.000 personen ziek zijn. Opgeteld is dat een heel hoog aantal. Voor de duidelijkheid: hiermee belast je de hele zorgketen. De ziekenhuizen kunnen die aantallen best aan. Voor de ic's is het wellicht nog een fractie minder, zoals u hier ziet weergegeven. De primaire zorgketen van

huisartsen, mantelzorgers, wijkverpleging en indirect ook verpleeghuizen wordt natuurlijk veel meer belast als de aantallen buiten het ziekenhuis toenemen. Dat komt omgekeerd ook weer door ziekte van zorgverleners zelf, bijvoorbeeld verpleging, maar ook een huisarts of mantelzorger. De verwachting van de huidige versoepeling is dat de aantallen die we nu hebben best twee tot drie keer zouden kunnen toenemen. Dat is eigenlijk twee tot drie keer het aantal dat we maximaal hebben gehad bij delta. Dat komt redelijk in deze richting. Dat betekent dat u het aantal van 30.000 eigenlijk best met twee en misschien wel meer moet vermenigvuldigen. In een situatie zoals wij die nu projecteren voor de komende weken zal dat aantal gewoon toenemen, net zoals het in Denemarken en alle omliggende landen is toegenomen toen er versoepeld werd ten tijde van omikron. Dat zal de aantallen mensen die ziek thuis zijn en ook de aantallen mensen die in quarantaine zijn alleen nog maar vermeerderen. Als gevolg daarvan geldt dat ook voor de verstoring van de maatschappij. Dat geldt in eerste instantie zeker voor cruciale beroepen als brandweer, politie, verpleging, de hele zorgketen, en noem maar op. Natuurlijk geldt het ook voor andere bedrijven.

Dat is ook de reden dat we opnieuw kritisch zullen kijken of we in de quarantaineregels een bepaalde versoepeling kunnen doorvoeren. U weet dat we dat al gedaan hebben met zelftesten voor cruciale beroepen. Voor de beroepen die contacten hebben met kwetsbare personen doet de FMS, de Federatie Medisch Specialisten, daar nog een voorstel voor, want daarvoor zouden die aangepaste regels te vrij zijn, denk ik. Daar komt dus nog een voorstel voor. Maar de vraag is of je daar nog breder naar moet kijken, vanwege de hoge aantallen die je daarin gaat verwachten. Hetzelfde geldt voor de regels die al waren aangepast op school. U heeft ook gehoord dat helaas weer vele scholen klassen moeten sluiten omdat het aantal van drie, dat al een versoepeling was, snel wordt gehaald. Ook daar moet je kritisch blijven kijken wat er mogelijk is, omdat ventilatie binnen natuurlijk belangrijk is. Uit inventarisaties onder scholen blijkt dat daar soms best nog een puntje op de i te zetten is. Ook dat is er dus een. Daarnaast zijn er een aantal punten vanuit de politiek weergegeven. Dat is bijvoorbeeld dat verplichte dingen na recreatiedingen komen. Daar kun je je wat bij voorstellen, maar dat is iets wat dus niet direct uit de infectieziektebestrijding komt maar wat ons uiteindelijk vanuit de politiek is meegegeven. Daar zit dus een continue afweging in op deze verschillende referentieassen, en dan kom je tot zo'n pakket als we nu hebben. Dat heeft soms letterlijk tot gevolg dat een IKEA misschien open is en een museum niet, maar het betekent niet dat deze basisfilosofie daarbij niet onderliggend is.

Afsluitend. De omikronvariant verspreidt zich sneller en je bent minder beschermd door afweer na infectie of vaccinatie. De booster doet wel degelijk wat; dat heb ik toch hopelijk ook laten zien. Die doet misschien minder tegen infectie, maar werkt toch nog aanzienlijk tegen ziekenhuisopnames. We worden er waarschijnlijk veel minder ziek van, wat zich zal vertalen naar minder ziekenhuisopnames, maar in landen als Denemarken en het Verenigd Koninkrijk komt men toch altijd nog op zo'n 40% van de opnames van delta. Dat is dus bepaald niet weg te poetsen als je meerekent dat je veel meer infecties accepteert. Dan kun je namelijk uiteindelijk toch nog op eenzelfde aantal uitkomen.

De vertaling naar de ic lijkt gunstiger dan aangenomen, zo blijkt met name uit een aantal publicaties van afgelopen week. Maar zoals ik u heb laten zien, proberen we die modellering al te duiden, en gingen we er eigenlijk al van uit dat het getal lager is dan de aanname dat het even hoog is als bij delta. Ik heb ook genoemd dat een toename van het aantal infecties onder de bevolking betekent: meer personen in isolatie en een veelvoud daarvan in quarantaine gedurende een aantal dagen, en als gevolg daarvan ook een belangrijke verstoring van het maatschappelijk gebeuren.

Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank voor uw presentatie, meneer Van Dissel. Dan gaan we snel door naar de vragen. Nogmaals, we hebben een dik uur en we hebben hier veertien collega's zitten die een vraag willen stellen. Ik vraag u dus om uw vragen kort te houden en ook kort te antwoorden, zodat we misschien nog wel wat meer vragen kunnen behandelen. Mevrouw Agema, gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik heb hier de tabel bij me van 21 december. Op 21 december werd voorspeld dat, als de avondlockdown volgehouden zou worden, er op dit moment 17.500 mensen met corona in het ziekenhuis zouden liggen en dat, als de strenge lockdown pas na de vakantie in zou gaan, er 12.000 mensen met corona in het ziekenhuis zouden liggen en dat, als de strenge lockdown vanaf de kerstvakantie in zou gaan, wat ook is gebeurd, er 7.500 mensen in het ziekenhuis zouden liggen. Nou heeft de heer Maarten van den Berg in deze tabel met de gele lijn de daadwerkelijke bedbezetting ingevoegd. Die laat zien dat we nu op 1.150 zitten. De prognose in relatie tot de werkelijkheid zit er dus een enorme factor naast, wel een factor 7,5. Ik hoor de heer Van Dissel daar helemaal niet over. Dat vind ik echt een omissie. Winkels zijn gesloten, horecabedrijven zijn gesloten geweest en kinderen kwamen thuis te zitten van school. Ik wil graag eerst een verklaring waarom de prognose en de werkelijkheid zo gigantisch uit elkaar liggen.

De heer Van Dissel:

Ik dacht dat ik daar een heleboel tijd aan besteed had, maar ik zal daar nog heel even de highlights van noemen. Ik heb u aangegeven dat zo'n model wordt aangepast en dat een model maar zo goed is als de aannames. De modellering waarnaar u verwijst, was de reden om te adviseren om die lockdownmaatregelen te nemen. Op dat moment hadden we over omikron namelijk geen andere informatie dan een heleboel andere groepen die tot exact dezelfde modellering kwamen. Die informatie was namelijk dat omikron in potentie misschien even heftig ziekmakend zou kunnen zijn en dus tot dezelfde ziekenhuisopnames en dezelfde ic-opnames zou kunnen leiden als de deltavariant. Daar zijn de modelleringen op dat moment op uitgevoerd. Omdat we nu van aangepaste getallen uitgaan, blijkt dat die prognoses – dat heb ik, dacht ik, toegelicht – duidelijk te pessimistisch zijn geweest. Dan kunt u zeggen: hoe kan dat nou? Dat komt omdat we op dat moment niet anders konden dan rekenen met de beste aannames die we op dat moment hadden. Dat was niet een verandering van het ziekmakend vermogen.

Dat kunt u ook internationaal terugzien, bijvoorbeeld bij de Engelse groep van Neil Ferguson. Die heeft, tegelijk met toen wij deze prognoses uitgaven, zijn prognoses voor Engeland getoond. Die prognoses heb ik hier bij een vorige keer ook laten zien. Die vertaalden zich eerlijk gezegd precies naar de aantallen waar wij ook op kwamen. Dat is een model met uiteindelijk dezelfde opzet, namelijk om ziekenhuisopnames en ic-opnames te voorspellen. Weliswaar berekenden zij het voor de Engelse populatie, maar in Engeland kwamen ze uiteindelijk op dezelfde uitkomsten als wij in Nederland. Sedertdien hebben we gewoon veel geleerd over de omikronvariant en hebben we dus ook de modellering aangepast. Achteraf gezien blijkt dat de modellering die we toen hadden te pessimistisch was.

Een andere reden om toch daarop te adviseren, is omdat de ziekenhuisbezetting en ic-bezetting toen ook nog behoorlijk hoog waren. We zagen, uitgaande van een situatie met een hoge bezetting, ook de risico's: als we

in korte tijd veel meer nieuwe patiënten op ziekenhuisverpleegafdelingen en de ic zouden krijgen, dan zouden we dat gewoon niet aankunnen. We maken dus altijd talloze modellen. Sommige zijn pessimistischer en andere zijn optimistischer. Dat komt niet door het model, maar door de aannames. De aannames op dat moment waren de beste die we, en onze internationale collegae, konden doen. Die blijken achteraf te pessimistisch. Dat is gewoon de verklaring.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw vragen zijn belangrijk, maar ik vraag graag nog één keer om de vragen en de antwoorden kort te houden. Mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dat is heel erg pijnlijk voor al die mensen die hun zaak gesloten hebben zien worden de afgelopen maand. In de prognoses die de heer Van Dissel weer laat zien, zie ik precies hetzelfde beeld als dat van 21 december. Ook zei de heer Wallinga, de hoofdmodelleur, de afgelopen dagen in de krant dat, als hij het even niet weet, hij dan teruggrijpt naar de gegevens van delta. Dat zie ik de heer Van Dissel ook in zijn presentatie naar voren brengen, dat daar ook nog steeds gegevens van delta in zijn verwerkt. Ik kan niet anders zeggen dan dat het heel goed mogelijk is dat de hysterie die nu opnieuw op ons afkomt en de angst die op ons afkomt, net als op 21 december, helemaal niet gaan uitkomen. Komt het wel uit, dan is mijn vraag hoe het kan dat de heer Van Dissel voorstelt om de quarantaine te versoepelen als we nog steeds zien, op pagina 13 in het overzicht, dat de meeste besmettingen plaatsvinden binnen het gezin. Als drie op de vier besmettingen waarvan we de bron weten, plaatsvindt binnen het gezin, kan je dit soort plaatjes alleen maar realiseren als u die quarantaineregels gaat versoepelen.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Of we nu te optimistisch of te pessimistisch zijn, weten we niet. Het enige wat ik u wel zeg, is dat we de aannames in het model, die natuurlijk invloed hebben ... Overigens geldt dat ook voor de boosters, waarmee we in Nederland achterblijven ten opzichte van bijvoorbeeld Engeland. Dat is dan weer een invloed is die negatief werkt. Maar op dingen als kortere opnameduur, minder personen van de verpleegafdeling naar de ic of minder personen van de bevolking naar het ziekenhuis baseren we onze aannames van wat op dat moment – en bedoel ik letterlijk die dag – internationaal geaccepteerd wordt. We hebben vrijwel dagelijks contact met de internationale collegae in landen die verder zijn, bijvoorbeeld Denemarken en Engeland. Zodra zij betrouwbare getallen hebben met betrekking tot opnames, passen we het aan. U heeft gezien dat de inschatting van het opnamepercentage al lager is gezet op grond van bijvoorbeeld dat soort kennis. Hetzelfde geldt voor de ic. Als we daar kennis over opdoen, passen we dat aan. Maar het verwijt dat we dan ... Misschien is het geen verwijt, maar uw opmerking was dat het niet goed zou zijn dat we dan gebruikmaken van delta. Kijk, we moeten natuurlijk een aanname hebben die het meest passend is bij de situatie die we tot nu toe hadden. En dat is wat we dan kiezen.

Mevrouw Agema (PVV):

Echt heel kort. Er ligt een stuk van Diederik Gommers van vandaag, die zegt dat het aantal ic-patiënten met omikron op één hand te tellen is.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, u had twee vragen. Sorry, ik ga door naar de heer Van Haga.

De heer **Van Dissel**:

Dat is vandaag. Dat komt omdat de meeste ziekenhuisopnames nog delta zijn.

De **voorzitter**:

Ik trek even de regie naar me toe, als u het goed vindt. Meneer Van Haga, stelt u uw vraag alstublieft kort, want ik wil graag iedereen de gelegenheid geven om een vraag te stellen.

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

Dank, voorzitter. Op pagina 42 zei u over de ligduur dat iedereen met omikron daar ligt. U gaat dan proberen bij te houden wat het verschil is, of er mensen zijn die door of met omikron daar liggen. Dit is een persoonlijke irritatie. Ik heb een jaar geleden een ongelofelijk gevecht gehad met Hugo de Jonge. Inmiddels zegt Maurice van den Bosch ook dat het allemaal erg slecht wordt geregistreerd. Maar ik werd toen weggezet als verspreider van nepnieuws, omdat ic-artsen mij opbelden en zeiden: ja, sorry, er komen hier mensen na een auto-ongeluk binnen, wattenstaaf in hun neus, en liggen dan als coronapatiënt daar. Dat heeft een ongelofelijk effect. De Telegraaf kopte vanochtend: «Ziekenhuiscijfers zwaar vertekend: deel covidpatiënten niet dóór maar mét besmetting opgenomen». 30% ligt daar met covid, maar heeft gewoon een auto-ongeluk gehad. Dit werkt door in de invloed van de effectiviteit van vaccinatie op ic-opnames, op de IFR, op het advies van het OMT. U moet zich goed realiseren dat dit kabinet vrijwel altijd uw adviezen gewoon overneemt. Dus hoe werkt deze ongelofelijk slechte cijferbrij door in uw advies en in de maatregelen?

De heer **Van Dissel**:

U verwijst naar iets dat mij uit het hart is gegrepen, namelijk dat we graag actuele data willen van dit moment. Dat is gewoon heel ingewikkeld om voor elkaar te krijgen omwille van allerlei regelingen. Dus uw pleidooi dat we over de zeer dynamische data zouden kunnen beschikken, ondersteun ik van harte. Dat zou ons een heleboel moeite schelen die we nu moeten doen. Maar we hebben domweg die data niet, zeker niet live, beschikbaar. Het tweede, wat u zegt over 30% ... Ik weet niet waar De Telegraaf dat percentage vandaan heeft.

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

Joost van Galen, Amsterdam UMC.

De heer **Van Dissel**:

Natuurlijk, dat is er één. Maar we hebben 90+ ziekenhuizen in Nederland. In meerdere centra houden we dat juist bij. De getallen noemde ik u net. We zitten nu op misschien 10–15% in ziekenhuizen. In sommige zal het zeker hoger zijn, in andere is het ongetwijfeld nog lager. De inventarisatie die we daar steeds van doen, vooralsnog op goodwill van een aantal personen in de ziekenhuizen die daaraan wil meewerken door het ons zo snel mogelijk door te geven, is dat dat zeker lager is, maar in een enkel ziekenhuis zou het best een keer hoger kunnen zijn. Uiteindelijk gaat het natuurlijk om het gemiddelde.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Van Haga, uw tweede vraag. Wel een opmerking: de heer Van Dissel is de deskundige die adviseert aan het kabinet. Over de politieke verantwoordelijkheid gaan we het vanmiddag hebben. Ik vraag u dus wel om die rollen te scheiden.

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

Ja, dat is bekend. De cijfers zijn heel erg troebel en de modellen kloppen nooit. Na twee jaar is het uitermate treurig dat we hier zijn aangekomen. Ik heb nog een vraag, die eigenlijk ook over data gaat. Op pagina 19 gaf u iets aan over ic-opnames en op pagina 12 over herinfecties. Welk percentage van de mensen in het ziekenhuis en op de ic heeft corona op een natuurlijke wijze doorgemaakt? Met andere woorden: hoe groot is de kans dat je na het doormaken en herstellen van een natuurlijke infectie toch nog op de ic belandt? Er wordt alleen aangegeven of iemand ongevaccineerd of gevaccineerd is. Is het mogelijk om daar «niet gevaccineerd en eerder de infectie doorgemaakt» en «wel gevaccineerd en eerder de infectie doorgemaakt» aan toe te voegen? Mijn idee is dat als je het eenmaal hebt doorgemaakt, je voldoende beschermd bent. Dat wijzen ook allerlei onderzoeken uit. Die zeggen dat je acht keer zo veel bescherming hebt als je het op natuurlijke wijze hebt doorgemaakt, maar wij registreren dat niet en zien dat dus niet. Misschien heeft u een idee.

De heer **Van Dissel**:

Ook hier ondersteun ik van harte de oproep om zo actueel mogelijke data te verkrijgen als maar mogelijk is. Wat wij hier presenteren, bijvoorbeeld aan data inzake de vaccinatiestatus, heeft al een geweldige moeite gekost. Daar zit ontzettend veel handwerk in, wat wellicht veel simpeler zou kunnen in deze informatiemaatschappij. Voor de ziekenhuis- en zeker de ic-opnames weten we het niet, anders dan wat ik u laat zien op de pagina daarna. Daar ziet u in de grafieken de vaccinatiestatus weergegeven in de rode lijn en de groene lijn. Dat is op pagina 19. Maar daar ontbreekt de groep die het mogelijk heeft gehad door een doorgemaakte infectie, die zich niet heeft aangemeld voor vaccinatie en die, bijvoorbeeld omdat hij niet naar de GGD is geweest, ook niet is geregistreerd als een infectie doorgemaakt hebbende. Die groep is momenteel in belangrijke mate een vraagteken voor deze specifieke vraag, want daar hebben we geen kennis van. We kunnen terugzoeken of iemand bij de GGD positief bevestigd is. We weten in de meeste gevallen – maar ook dat is veel handwerk – wat de vaccinatiestatus is, maar de groep die u heel specifiek bedoelt, namelijk een infectie doorgemaakt hebbende die niet is bevestigd bij de GGD, kennen we niet.

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

Bedankt voor de presentatie, meneer Van Dissel. Het RIVM geeft aan dat bij de omikronvariant 99% weinig tot heel lichte klachten heeft. Ik vraag me af waarom we dan zo inzetten op het booster van alle 18-plussers in Nederland. We kunnen ook zeggen: met deze wetenschap gaan we alleen nog maar de kwetsbare groepen booster en vaccineren en bij de rest van Nederland, die gewoon gezond is en niet in een kwetsbare groep valt, gaan we gewoon natuurlijke immuniteit opbouwen. Ik mis zo'n model. Dat model wordt hier helemaal niet genoemd.

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat zou een keuze kunnen zijn. Uw vraag hangt samen met de doelen die wij vanuit de politiek krijgen en waarop we moeten koersen. Dat zijn de kwetsbaren, dat zijn de ziekenhuis- en ic-opnames en dat is het zicht houden op het virus. Dat zijn de drie doelen, die natuurlijk keuzes inhouden. Die vindt u ook elke keer terug in de OMT-brief: dit zijn de ijkpunten waar we ons op moeten baseren. Daar zou je een verandering in kunnen aanbrengen, voor de duidelijkheid. Je zou bijvoorbeeld ook een doel met betrekking tot het aantal zieken, een doel met betrekking tot quarantaine et cetera kunnen hebben, maar het is uiteindelijk aan de politiek om de adviseurs mee te geven op welke ijkpunten ze moeten koersen. Waarom is de door u gesuggereerde handelwijze misschien toch riskant? Natuurlijk kun je zeggen dat je bijna 90% van de 60-plussers

geboosterd hebt. Die 60-plussers vormen de groep die het meest in het ziekenhuis terechtkomt. Daar heeft u helemaal gelijk in. Wanneer je echter gaat doorrekenen, zie je per groep dat zo'n 10% tot 15% geen vaccinaties heeft gehad. Die is sowieso voor de omikronvariant in potentie weer gevoelig, wellicht afhankelijk van infecties die in het verleden zijn doorgemaakt. Daar hebben we geen inzicht per persoon in. Die groep heb je dus sowieso. En je hebt de groep, waarvan we weten dat de booster-vaccinatie niet werkt, omdat die geen 100% bescherming biedt, maar rond de 80%. Dat betekent dat van de gevaccineerden ook nog eens 20% gevoegd moet worden bij de groep die gevoelig is. Als je zo heel grofweg op zo'n 30% komt van de groep boven de 60 jaar, dan heb je een zeer grote groep die weer at risk is om naar het ziekenhuis te komen. Zo is nu eenmaal de arithmetiek. Dat betekent dat als je het maar laat rondgaan op een wijze van optimaal booster – daar zijn we nog lang niet, wil ik benadrukken; we zitten voor een heel grote groep nog lang niet op die 90% – dan neem je dus toch weer een behoorlijk risico. Die risico's rekenen wij voor u uit. Die moeten worden aangepast als de aannames anders worden, maar ze zijn nog steeds aanzienlijk. Ik heb u ook laten zien wat de ziekenhuisbezetting in de landen om ons heen was. Als je die vertaalt naar Nederland, kom je toch op behoorlijk hoge aantallen die we nauwelijks aankunnen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van der Plas.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Bij die cijfers uit het buitenland werd Duitsland niet genoemd. Daar was het aantoonbaar lager. Maar goed, dat terzijde. Gaat het OMT het effect op de samenleving en de gevolgen voor de geestelijke gezondheid meenemen in de komende adviezen? We hebben natuurlijk gezien dat heel Nederland aan het einde van zijn Latijn is, dat de druk op de geestelijke gezondheidszorg enorm groot is, dat jongeren in een diepe depressie zitten en het niet meer zien zitten. Wordt bij de volgende adviezen van het OMT ook meegenomen wat bijvoorbeeld een volgende strengere lockdown voor gevolgen heeft? En zo ja, hoe zwaar is die weging dan bij het nemen van de maatregelen?

De heer Van Dissel:

Ik denk dat het antwoord besloten ligt in de laatste opmerking die u maakte. Het OMT is voor de medisch-epidemiologische advisering. Die geven we door. Daarnaast zijn er andere adviezen die ook door het kabinet worden gewogen, bijvoorbeeld op de aspecten die u noemt. Voor de duidelijkheid: het OMT heeft in april 2020 al geadviseerd om dat te doen. Wij waren dus eigenlijk de eersten die zeiden: pas op, het gaat niet alleen om de medische en epidemiologische getallen. Tegelijkertijd realiseren we ons dat het maar de vraag is of je dat binnen het OMT moet bespreken, of dat het iets is dat door het beleid moet worden meegenomen in de afweging van alle belangen. Ik denk persoonlijk het laatste. U zou ook niet willen dat ik alle berekeningen maak en die vervolgens moet gaan corrigeren op manieren die ik ook niet weet en die bovendien al heel snel verwijzen naar een waardendiscussie. Hoe weeg je die andere aspecten? Het OMT heeft altijd gezegd dat we dat aan het kabinet vinden en uiteindelijk aan het parlement om het definitieve beleid op vast te leggen. Wij adviseren dus op epidemiologische grondslag. Natuurlijk vinden wij het belangrijk. Ik herken alle punten die u noemt. Ik vind ze ook uitermate belangrijk, maar ik denk niet dat dat door het advies sec moet spelen. Ze moeten worden meegewogen door de regering. Ze komen bijvoorbeeld vanuit de planbureaus, dus daar komen ook allerlei aparte adviezen vandaan met betrekking tot deze aspecten. Hoe die uiteindelijk worden gewogen, is aan het kabinet en uiteindelijk aan het parlement.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Hijink

De heer Hijink (SP):

Mijn vraag gaat over het grote aantal besmettingen dat nu wordt verwacht. In het OMT-advies wordt uitgegaan van mogelijk 100.000 besmettingen per dag. Ik denk dat veel mensen daarvan schrikken: mensen die dit overleg volgen, mensen die werken in de zorg en mensen die wachten op een operatie. Eerder schrokken wij al als het richting of door de 10.000 ging. Nu wordt het het tienvoudige, terwijl het aantal verwachte ziekenhuisopnames niet per se wordt gedeeld door tien, als ik de heer Van Dissel goed begrijp. Misschien kan de heer Van Dissel dus nog een keer goed uitleggen wat nou precies de verhouding is. En welk risico lopen we als we daadwerkelijk op dat aantal van 100.000 besmettingen per dag zouden uitkomen?

De heer Van Dissel:

U verwijst eigenlijk precies naar de reden waarom we een aantal weken terug hebben gezegd: realiseer je dat dit er potentieel aankomt, en als die ziekenhuis- en ic-opnames toch heel hoog blijken te zijn, dan zien we een belangrijk probleem. Dat is toen geconstateerd. Inmiddels weten we natuurlijk dat die getallen waarschijnlijk gunstiger zijn. Maar u heeft gelijk dat het nooit zonder risico's gaat. We leren steeds meer van landen als Engeland, waar de context wat betreft vaccinatie, doorgemaakte delta en gegeven boosters overigens wel anders is dan in Nederland. Elk land is wat dat betreft toch weer anders. Je wilt dus ook niet al te grote risico's lopen. Daar proberen wij zo goed mogelijk doorheen te laveren. Wij proberen zo goed mogelijk de modellen aan te passen met waarden waarvan wij denken dat die voor Nederland de juiste zijn, om vervolgens te laten zien wat de mogelijke consequenties zijn. Dat je tot een andere afweging komt bij delta ten opzichte van omikron, lijkt mij wel een gegeven. Als omikron namelijk echt duidelijk minder ziekmakend is, dan betekent dat natuurlijk dat je op een andere wijze aankijkt tegen de verspreiding van die coronavariant in vergelijking met de deltavariant. Dat is wat hier doorheen speelt. Daarin is er dus wel degelijk een kanteling van het denken, maar dat is deels ook weer gebaseerd op de doelen die je wilt bereiken. Als de doelen zijn om de ziekenhuizen en de ic's niet over te belasten, dan zullen de aannames rondom de percentages van mensen die zo ziek worden dat ze daar belanden, daarvoor bepalend worden. Die worden continu aangepast. Dat betekent automatisch dat je meer gevallen in de bevolking krijgt. U moet dan meegeven of we dat ook op een bepaalde manier moeten wegen. Uiteindelijk wegen we het nu op het effect op de ziekenhuizen.

De heer Hijink (SP):

Mijn tweede vraag gaat over de lange termijn, en over het wel of niet inzetten van toegangsbewijzen. Hoe moeten wij precies kijken naar de individuele bescherming van mensen tegen dit virus, qua besmetting of opname? Je hebt straks allerlei verschillende categorieën mensen: mensen die twee keer gevaccineerd zijn, mensen die daarbij een booster hebben gehad, mensen die wel gevaccineerd zijn en daarna een infectie hebben doorgemaakt, mensen die meerdere keren een infectie hebben doorgemaakt. De Gezondheidsraad zei gisteren: bij kinderen gaan we ervan uit dat twee derde het virus al een keer heeft doorgemaakt en dus misschien al enige vorm van bescherming heeft. Wat is straks de waarde, niet alleen van het toegangsbewijs zelf maar meer ook van de informatie die daaronder ligt, namelijk de persoon die dat toegangsbewijs heeft? We weten eigenlijk niet precies in hoeverre die persoon beschermd is. Je hebt allerlei verschillende categorieën. Kun je op zo'n moment nog wel zeggen

dat men op individueel niveau kan aantonen welke mate van bescherming men heeft? Ik hoop dat u mijn vraag begrijpt.

De voorzitter:

Begrijpt u de vraag, meneer Van Dissel?

De heer Van Dissel:

Ik probeer te beantwoorden, en dan zie ik wel aan uw gelaat of het de goede kant op gaat of niet. Kort gezegd is het antwoord: ja. Maar dan hangt het al helemaal van uw vraag af! Maar uw vraag is heel terecht. In feite vraagt u naar de waarde van de verschillende onderdelen van het toegangsbewijs voor het uiteindelijke effect dat we willen bereiken. Voor vaccinaties en boosters weten we dat, want dat meten we. Daar zitten natuurlijk ook personen bij die het al hebben doorgemaakt. Het is wat dat betreft altijd een wat vervuild databestand. Maar je weet in ieder geval wat ze minimaal hebben gehad. Van de groep die getest is, weten we in ieder geval dat ze getest zijn. Maar daar speelt dan weer: hebben ze misschien toch een infectie doorgemaakt? Want als dat dan geregistreerd zou zijn geweest, geeft dat in bepaalde gevallen een toegangsbewijs zonder test. Dat soort dingen gaan door elkaar lopen, met name voor personen die klachten hebben gehad die er misschien op wijzen of die een bekende blootstelling hadden aan iemand maar zich toch niet hebben laten testen. Daardoor ontstaat er een tussengroep die zich in wezen alleen maar laat raden op grond van bevolkingsonderzoeken die uiteindelijk geen individuele risico's geven. Want we doen natuurlijk een aantal onderzoeken, bijvoorbeeld het zogenaamde PIENTER-onderzoek, waarbij at random bemonstering plaatsvindt van de Nederlandse bevolking. Dat geeft een goede indruk van hoeveel personen contact hebben gehad met het virus en antistoffen hebben. Dat is een aantal keer herhaald. Dat wordt binnenkort ook weer herhaald. Dat geeft in feite steeds een update van de achterliggende immuniteit van Nederland. Maar op individueel niveau blijf je het probleem houden dat u oproept. Dus daarop is het antwoord: ja, dat weten we niet in alle gevallen. We weten het alleen als je het omdraait. Als iemand gevaccineerd is en een booster heeft, dan weet je precies wat er gegeven is. Je weet of iemand bij de GGD geweest is en een infectie had, maar voor de overige groepen wordt het al snel ingewikkelder, ja.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Wederom dank voor de uitgebreide toelichting, meneer Van Dissel. Ik hoor u zeggen dat er nog heel veel onduidelijk is, zeker over de ligduur op de ic. Is er bij deze omikronvariant een verschil te zien in de ligduur – mijn voorganger vroeg daar ook naar – tussen mensen die zich wel en niet hebben laten vaccineren? Die vraag wordt steeds belangrijker nu we zien dat deze variant wellicht milder is en we het effect van een booster zien. Ik ben benieuwd wanneer u daar meer duidelijkheid over denkt te kunnen geven.

De heer Van Dissel:

Dat hangt deels af van de rapportages door de stichting NICE. Overigens hebben die tot 13 januari weer een update gepubliceerd waarin de leeftijden en de ligduur gegeven zijn. Daar zag ik gister nog geen verschillen. Maar dat zou heel goed kunnen, omdat omikron nu weliswaar dominant is – bijna 100% van de nieuwe infecties – maar de patiënten die al langere tijd in het ziekenhuis en op de ic liggen, nog vooral de deltavariant hebben. Dus ook daar geldt dat het de data, ik wil niet zeggen «vervuilt», maar het maakt het in ieder geval ingewikkeld om ze te duiden.

Als je weer een week of twee, drie verder bent, dan zijn dit soort gevallen klip-en-klaar, want dan zal de groep die er ligt alleen nog maar omikron hebben. Dit geeft weer precies weer waarom het zo ingewikkeld is om op dit moment de juiste percentages in het model te stoppen: sommige dingen komen met vertraging door. Het is niet zo dat, als omikron 50% veroorzaakt, in het ziekenhuis ook 50% omikron is, want dat is bijna nog 100% delta. Daarom is het niet meteen mogelijk om dat actueel apart door te rekenen, tenzij we van al die personen min of meer de individuele data zouden kunnen krijgen, anoniem natuurlijk, maar zover is het niet. Daarover beschikken we niet.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma, tweede vraag.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat is een korte vraag, hoop ik, ook een beetje in aanvulling op de collega hiernaast. Per 1 februari gelden er voor het coronatoegangsbewijs, het herstelbewijs en de laatste vaccinatie wat andere regels. Wat zou daarin uw advies zijn?

De heer Van Dissel:

Het toegangsbewijs zullen wij morgen in het OMT bespreken naar aanleiding van het advies dat recent is uitgebracht. Een aantal landen komen heel erg op 2G of 2G-plus uit. Ik wacht graag even de bredere discussie af. Meer in het algemeen kan ik wel zeggen dat een toegangsbewijs eventueel een effect heeft op doorgifte van infectie. Dat is een. Het tweede is dat je ook naar doelen kan kijken en naar het uiteindelijke effect op bijvoorbeeld ziekenhuisopnames. Ook het rapport van de TU Delft zegt daar dingen over. Een ander aspect van dat rapport, dat wij zullen bespreken, is dat zij aangeven dat het reproductiegetal 10%, 15% omlaag kan. Ik wil in herinnering roepen dat 10%, 15% bepaald niet insignificant is. Dat is bijna het effect van de horeca openen. Met andere woorden, 10% op een reproductiegetal kun je niet wegpoetsen. Dus wij willen dat graag toch nog wat breder interpreteren.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg.

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

Dank aan meneer Van Dissel voor de presentatie. Ik wil graag even terugkomen op sheet 24, waar meneer Van Dissel de vergelijking maakt met andere landen en laat zien hoeveel opnames het zouden zijn als we dat omzetten naar Nederland. Wat mij verbaast, is dat het VK vandaag geloof ik zelfs alles los heeft gelaten en dat president Macron eigenlijk zegt: 2G, het kan niet strak genoeg zijn. Anderzijds zie je daar weinig verschillen in. Heeft dat met andere elementen of met gedrag te maken? Heeft meneer Van Dissel daar nog wat informatie over?

De heer Van Dissel:

Je verwacht dat dat met een heleboel zaken te maken heeft. Ik ben daar bepaald geen expert in; er zit natuurlijk ook een heleboel lokale cultuur en lokale politiek in. Het heeft ook met het volgende te maken, en dat verwijst wel naar medisch epidemiologische dingen. Engeland heeft dat natuurlijk al veel langer relatief losgelaten. Er zijn daar een heleboel infecties met delta geweest op een niveau waarbij ze het misschien net wel of net niet aankonden qua ziekenhuizen. Dat betekent dat de infecties daar waarschijnlijk veel meer onder de bevolking verspreid zullen zijn. Dat zal ongetwijfeld weer bijdragen aan de huidige afweer. Ook al gaat die omikron ook in Nederland in zo'n 12% door een doorgemaakte infectie, dat betekent niet dat een doorgemaakte infectie gemiddeld genomen of

bevolkingsbreed helemaal geen toegevoegde waarde heeft. De context in al deze landen is toch weer een andere dan in Nederland. Dus dit is ook meer om de orde van grootte weer te geven dan dat u dat letterlijk moet nemen. Er spelen natuurlijk ook dingen als opnamebeleid, het aantal bedden dat we hebben, et cetera. Maar het was alleen maar om een soort maat te geven dat het bepaald niet zo is dat al die landen geen ziekenhuisdruk hebben. Als je dat een-op-een op Nederland zou vertalen, zou dat voor Nederland een hele forse druk betekenen. Maar het is een orde van grootte. Want nogmaals, de context in individuele landen is natuurlijk ook heel erg belangrijk. Denk aan hoeveel ze nu precies testen en hoe ze het aanpakken.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg, uw tweede vraag.

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

De heer Van Dissel gaf op een van de sheets ook aan dat de bescherming door de boosters bij omikron toch vrij snel omlaaggaat. Hij gaf ook aan dat een van de redenen natuurlijk is dat het vaccin in feite nog gemaakt is op basis van de wilde variant, terwijl het virus intussen is aangepast. Ik heb er echter helemaal niets over gehoord dat men en masse bezig is om te zorgen dat er een vaccin komt dat al veel meer tailormade is op deze nieuwe variant en daardoor dus ook effectiever zou zijn bij een vaccinatie.

De heer Van Dissel:

Daar heeft u gelijk in. Je wil toe naar een vaccin waar het omikrondeel van dat S-eiwit in zit, zodat je meer omikronspecifieke vaccinaties zou hebben. Ik zit niet in de kamers waar hierover besloten wordt. Denk natuurlijk met name aan de industrie. Je hoorde eerder in de media dat men daarmee bezig is. Dat is ook mijn beste kennis. Daar komt het eigenlijk op neer. Ik ben het namelijk met u eens: we booster nu met een vaccin dat eigenlijk primair op een ander type virus gericht is. Dat vaccin werkt ongetwijfeld goed, maar minder tegen de omikronvariant, omdat de eigenschappen van dat eiwit te veel veranderd zijn.

De voorzitter:

Meneer Wassenberg.

De heer Wassenberg (PvdD):

Dank aan de heer Van Dissel. Ik wil even verdergaan op zijn laatste antwoord, waarin hij zei dat omikron verder is weggelopen. We hebben natuurlijk verschillende varianten gehad. We hebben alfa, bèta, gamma en delta gehad. Omikron is echt een virus met andere kenmerken. Dat heeft de heer Van Dissel een aantal keer gezegd. We hebben het erover dat omikron alles verdringt. Omikron verdringt nu delta, maar delta is wel nog steeds aanwezig. En zoals de heer Van Dissel net ook zei: delta is nog steeds verantwoordelijk voor bijna 100% van de ziekenhuisopnames. Ik wil dadelijk een vraag stellen over de langetermijnplanning. Eerst wil ik vragen: kun je met twee verschillende varianten tegelijk besmet zijn? Kan het zijn dat delta bijvoorbeeld nog niet weg is en dat omikron het overneemt? Zijn daar gegevens van bekend? Wat zijn daar de gevolgen van? Kan dat?

De heer Van Dissel:

Het kan waarschijnlijk wel. Er zijn namelijk publicaties over. Bij een aantal personen dacht men eerst dat er een soort mengvirus was ontstaan. Toen er beter naar gekeken werd, leken het toch twee aparte isolaten, die in de technieken niet altijd makkelijk uiteen te houden zijn. Dus een dubbelinfectie zal best weleens voorkomen. Uiteindelijk «wint» het virus dat zich op dat moment het makkelijkst verspreidt onder de bevolking. Dat is nu

natuurlijk evident die omikron. Of daarmee de delta helemaal weg is, in de toekomst niet toch nog een keer een probleem zou kunnen geven of dat omikron toch vervangen wordt door weer een nieuwe variant, is momenteel echt koffiedik kijken, zoals dat dan heet. Dat weten we gewoon niet. Als je terugkijkt naar de ontwikkelingen tot nu toe, dan zie je dat natuurlijk eigenlijk wel. Op het moment dat we «het gaat goed» en «we zijn er weer binnenkort» in het vooruitzicht hebben, dan komt er plotseling weer een nieuwe variant die toch weer behoorlijk roet in het eten gooit. Ik denk dat dat een belangrijke onzekerheid is. Dubbele infecties komen voor, maar zijn heel zeldzaam.

De voorzitter:

Tweede vraag, meneer Wassenberg.

De heer Wassenberg (PvdD):

Dat is meteen ook een bruggetje naar die langetermijnstrategie. Die moet het kabinet gaan ontwikkelen. Ik geloof dat dat eind deze maand is. Het OMT zal daar ongetwijfeld een belangrijke adviserende rol in spelen. Er zullen waarschijnlijk verschillende scenario's worden uitgerold. Wordt er ook rekening gehouden met bijvoorbeeld het scenario dat een virus zowel zeer besmettelijk is, zoals omikron, alsook nog ziekmakender? Wordt er bijvoorbeeld ook rekening gehouden met andere dubbele besmettingen? Ik zag bijvoorbeeld dat de EFSA, de Europese voedselautoriteit, vorige maand het zoönotisch risico op vogelgriep sterk heeft opgeschaald. Behalve vogels kunnen ook zoogdieren daarmee besmet raken. Mensen zijn er ook door besmet geraakt en overleden. Wordt er ook rekening gehouden met mogelijk complexe andere besmettingen, dubbele besmettingen met hetzij een covidachtig virus of met een vogelgriepachtig virus? Is dat een van de scenario's die worden ontwikkeld?

De heer Van Dissel:

De voorliggende scenario's zijn de vijf scenario's die ik hier ook al een aantal keren heb laten zien. Die zijn met de WRR en de KNAW ontwikkeld. In de media heeft u kunnen lezen dat Spanje nu zegt: wij beschouwen het als griep. Als je kritisch kijkt naar hoe het zich tot nu toe ontwikkeld heeft, zitten we toch meer in de richting van een wat ernstiger scenario, namelijk een soort continue strijd. In het scenario «continue strijd», waarbij de ene variant de andere variant overneemt, is het natuurlijk altijd wel onzeker of die variant komt, of die meer of minder ziekmakend is en zich meer of minder makkelijk verspreidt. Hij zal zich bijna altijd makkelijker verspreiden door de afweer van de vorige variant. Daar is omikron natuurlijk een goed voorbeeld van. We zien dat ook terug bij zoiets als influenza als de echte griep. Over de vraag welk scenario het na omikron uiteindelijk wordt, zeg ik nogmaals: de ene gok is net zo goed als de andere gok. Tot nu toe heeft dit het meest het karakter gehad van de continue strijd, met alle problemen daaromheen, zoals het vertrouwen in vaccinaties, het gedrag en het feit dat iedereen het natuurlijk zat is en eraf wil. Dat zijn eigenlijk dingen die daar allemaal bij passen. Waar gaat het dan naartoe? Ik denk dat we die scenario's alleen maar goed kunnen uitwerken, de kwetsbaarheden daarvan kunnen vastleggen en kijken op welke aspecten we ons het beste kunnen voorbereiden. Dat is in ieder geval de visie die nu ontwikkeld wordt.

Nog heel even: u vroeg ook naar de vogelgriep. Dat is wel even een ander type virus. Er zijn trouwens ook patiënten die zowel griep als omikron blijken te hebben. Dat komt nog weinig voor, maar ook dat is een bepaalde onzekerheid. We zien nu nog nauwelijks griep vanwege alle maatregelen die we hadden. Als we nu de maatregelen versoepelen, zou het natuurlijk best kunnen dat de influenza de komende periode nog wat toeneemt. Ook dat is een beetje een onzekerheid.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Heel kort. Ik had inderdaad niet gevraagd wat de voorspelling zou zijn, want dat is koffiedik kijken. Wordt dat inderdaad meegenomen in de scenario's?

De heer **Van Dissel**:

Ja, als potentieel scenario zeker.

De **voorzitter**:

Enkele collega-Kamerleden lopen inmiddels weg, ook voor de voorbereiding. Ik zeg dat even, omdat dat misschien wat disrespectvol lijkt. Maar zij verzekeren mij dat ze het digitaal verder zullen volgen. Mevrouw Gündoğan, stelt u uw vraag alstublieft.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik heb een vraag. Die heeft te maken met het perspectief dat de WHO schetst, namelijk dat het mogelijk is dat de WHO de situatie eind dit jaar endemisch gaat verklaren. Daar stelt de WHO wel een aantal voorwaarden aan, zo zal ik het maar even samenvatten. We moeten dan wel fors inzetten op het vaccineren van de wereld. Dat is toch wel behoorlijk achtergebleven. Ook moeten we nationaal veel meer als een soort accordeon kunnen krimpen in wat we doen en kunnen oprekken. Wat betreft dat laatste: het is in Nederland nogal problematisch geweest om de boostercampagne van start te laten gaan en om goede testlocaties te krijgen. Kunnen wij die twee poten voor dit jaar als grote plicht aan onszelf en aan de wereld inzetten, omdat we allemaal snakken naar zo veel mogelijk terug naar normaal? Op die manier kunnen we onze strategie eigenlijk gewoon gaan bepalen aan de hand van het advies van de WHO. Hoe kijkt u daartegen aan?

De heer **Van Dissel**:

Dat is onder andere gebaseerd op veel testen – ik geef dat even als voorbeeld – en natuurlijk op vaccineren. Bij vaccineren zijn we natuurlijk altijd afhankelijk van de vraag hoeveel personen ingaan op de uitnodiging om zich laten vaccineren en te laten boosteren. Dat wil je zo veel mogelijk stimuleren door allerlei maatregelen, zoals ik u heb laten zien op de dia, maar uiteindelijk zit daar natuurlijk een grens aan. Wat je in ieder geval niet wil, is dat iemand de booster niet neemt omdat hij onvoldoende geïnformeerd is, terwijl hij het goed geïnformeerd wel zou doen. Nou, daar wordt veel op ingezet, maar nog steeds zie je natuurlijk ook in Nederland dat we niet de 100% bereiken, ook niet met het vaccineren. Het tweede aspect is het testen. De aantallen testen die gedaan zijn, verschillen natuurlijk. Daarin is Nederland geen koploper in Europa, zoals u weet. We zien bijvoorbeeld dat Denemarken een heleboel test. Ook daarvoor geldt natuurlijk wel dat we ons moeten realiseren dat dat maar zo goed is als het wordt opgevolgd. We kunnen een heleboel testen aanbieden, maar we zien tegelijkertijd dat maar ongeveer de helft van de personen met klachten zich naar de teststraat begeeft. Je kan dus op zich zeggen «testen is ons doel en daar moeten we naartoe», maar dat is alleen maar zinvol in een maatschappij waarin de bevolking dat ook inderdaad doet. Ik hoor bijvoorbeeld van mijn Deense collega dat de bereidheid daar heel erg hoog is. In Nederland gaat daarin toch een belangrijk stuk manco. Dan zou je dus ook daar weer op moeten inzetten, met de vraag of je het redt. Ik denk dus dat die WHO-doelen grosso modo prima zijn, maar dat de lokale context uiteindelijk toch maakt dat je daarvan op punten zal gaan afwijken, omdat je uiteindelijk je optimum voor het land probeert te bereiken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Gündoğan, uw tweede vraag.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik zou daar eigenlijk op willen ingaan, maar ik heb collega Nicki Pouw-Verweij beloofd dat mijn tweede vraag haar vraag wordt. Bij dezen dus. Haar vraag is: hoe staat het getal van 600.000 mensen die naar verwachting covid doorgemaakt hebben of binnenkort door zullen maken tegenover de inschatting van de WHO dat binnen zes tot acht weken 50% van de Nederlanders besmet zullen raken met omikron?

De heer **Van Dissel**:

Kijk, dat is een verwachting van de WHO. Wij kunnen alleen maar aangeven wat wij verwachten te zien. U heeft gehoord dat het aantal besmettingen onder de bevolking, waarvan we natuurlijk een deel bepalen maar waarvan ook een deel zich helemaal buiten de medische radar afspeelt, belangrijk zal toenemen. Dus als we nu op 30.000 zitten, is dat in wezen bijna het dubbele, omdat de helft niet komt voor een test. Als dat nog eens toeneemt met een factor twee of drie, kom je al snel op dit soort aantallen in de loop van een paar weken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik hoop dat mevrouw Pouw, die thuis zit, dit antwoord voldoende vindt. Mevrouw Bikker, uw eerste vraag.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank aan de heer Van Dissel voor zijn opnieuw uitgebreide toelichting op de stand van zaken. Mijn vraag gaat over het volgende. In onze vorige briefing was ik zeer verontrust over de besmettelijkheid van de omikron-variant en de vele onzekerheden die er waren. Het is goed om te zien dat de ziekte voor veel mensen milder verloopt. Tegelijkertijd zien we ook de cijfers in andere landen, die iets op ons voorlopen. De ziekenhuisbezetting is daar hoog. Wij gaan nu versoepelen. We hebben een goede uitgangspositie maar we gaan versoepelen ... Sorry, de bel gaat en ik ben niet zo goed in door een bel heen praten. Ik doe m'n best. Mijn vraag ziet op het volgende. Hoe krijgen we die ziektelast van omikron nog beter in beeld, niet alleen qua ziekenhuisbezettingen en wat het betekent voor de meest kwetsbare groepen, die we willen beschermen, maar ook wat betreft de betekenis voor de druk op de huisartsenpraktijken en de wijkverpleging? En mensen komen misschien niet in het ziekenhuis terecht, maar er ligt wel een grote opgave als er veel uitval is.

De **voorzitter**:

Ik heb de vraag gehoord, door de bel heen, en de heer Van Dissel en de mensen thuis hopelijk ook. Misschien kan hij even wachten met antwoorden totdat de bel klaar is. Dat zal niet zo lang meer duren.

De heer **Van Dissel**:

U vroeg naar de ziektelast buiten ziekenhuizen, en u vroeg vooral ook hoe die zich vertaalt naar het zorgpersoneel, naar de hele zorgketen en natuurlijk ook naar de rest van de maatschappij. Want een heleboel anderen zullen er natuurlijk ook last van krijgen. Ook vanwege die andere karakteristieken van omikron gaan wij proberen om dat mee te modelleren. Ik hoop dat dat gelukt is en dat we u dat bij een volgende gelegenheid kunnen laten zien. Wij zullen proberen uiteindelijk niet alleen meer de ziekenhuislast te modelleren, maar ook de totale last in de bevolking. U kunt zich misschien nog herinneren dat ik die een jaar terug ook heb laten zien, dat is de zogenaamde prevalentiegraad: hoeveel mensen zijn nu ziek in de bevolking? Daaruit kun je afleiden hoeveel er door quarantaine thuiszitten. Daarmee komen we, denk ik, redelijk tegemoet aan wat u bedoelt. We zullen dat ook proberen te koppelen aan de aantallen personen die ziek zijn, want daar zijn natuurlijk ook getallen

van voorhanden. Zo kunnen we daar eventueel ook nog per sector een beter inzicht in krijgen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Bikker, tweede vraag.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank, en daar zie ik natuurlijk naar uit. Mijn tweede vraag gaat over bladzijde 14 van de presentatie van de heer Van Dissel. Hij zei op een gegeven moment dat het extra testen van invloed is geweest op de daling van de R-waarde. Dat is goed nieuws, juist nu die omikronvariant aan de ene kant milder is, maar we aan de andere kant die ziektelast meer zien in de maatschappij. Welke meerwaarde ziet de heer Van Dissel in het nog meer aanmoedigen van het zelftesten en het verstrekken van die tests? We hebben even twijfel gehad of die tests omikron überhaupt detecteren, nu die variant er wel is. Welke meerwaarde is daar nog te behalen als we naar de R-waarde kijken?

De heer Van Dissel:

We zien dus al dat van alle testen die gebeuren, ongeveer 20% wordt afgenomen op basis van een positieve zelftest thuis. Dat zal over het algemeen een zelftest zijn die wordt gedaan op grond van klachten. Juist in die setting weten we dat die zelftest best redelijk presteert. Zonder klachten is het wat ingewikkelder. Ik verwees ernaar dat de R-waarde wat gedaald is ten opzichte van de vorige waarde die ik hier liet zien, terwijl je zou verwachten dat die toeneemt, want de aantallen nemen toch toe. Dat is eigenlijk een soort tussenverklaring, omdat de vergeleken periode namelijk precies de periode is met het aantal testen dat tijdens de kerst positief was. Daar kunnen we ons voorstellen dat men, omdat men vaker op bezoek ging, meer dan gewoonlijk zelftesten gedaan heeft, dat daarbij meer dan gewoonlijk positieven zijn opgepikt, die dan zijn bevestigd door de GGD, en dat je dus relatief gezien tijdens kerst en misschien ook tijdens oud en nieuw net ietsje meer besmettingen had dan de week daarop, waarin ze weer dachten: nou, ik doe het niet. Dan krijg je dat effect op de R-waarde, want die geeft eigenlijk aan hoe het twee weken terug lag met besmettingen en met wat voor R-waarde je dan tot de huidige aantallen komt. Als dat toen artificieel door kerst en oud en nieuw wat hoger was dan anders, dan komt die R-waarde plotseling wat lager uit. Wat ik duidelijk wilde maken, is dat u dat niet moet zien als een soort disclaimer zoals die gebruikelijk is bij aandelen: «geen garantie voor de toekomst». We verwachten dat die R-waarde gewoon weer gaat stijgen, omdat die door deze specifieke omstandigheid tijdelijk wat lager was. Daar volgt dus uit dat het wel degelijk een toegevoegde waarde kan hebben als iedereen altijd zelftesten zou doen bij klachten en zich vervolgens bij de GGD meldt.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ja, maar daar ging mijn vraag precies over. Is die toegevoegde waarde nog beter in cijfers uit te drukken? Ik denk namelijk dat de mensen daar best in te stimuleren zijn.

De heer Van Dissel:

Uiteindelijk is dat weer een afweging tussen enerzijds wat je ermee wint en of men dan ook echt naar de GGD gaat en of men een positieve test daar dan ook echt de opvolging geeft die zou moeten; daar liggen natuurlijk de nodige onzekerheden. En anderzijds wat je mist met zo'n zelftest, want dat is natuurlijk ook een bepaalde groep. Over hoe dat precies uitmiddelt, denken wij nog steeds dat het positief is, maar ook dat is weer, zoals vaak wel, een complexe afweging. Als iemand namelijk een zelftest doet en vervolgens denkt: nou mooi, ik ga gewoon naar mijn werk toe of geef daar minder consequenties aan of ik ga toch niet naar de GGD,

dan levert dat ook weer problemen op. Maar als iedereen zelftesten doet en zich daarna gedraagt zoals gewenst, dan komen we een heel eind.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Meneer Stoffer, gaat uw gang.

De heer Stoffer (SGP):

Op pagina 20 van de presentatie geeft de heer Van Dissel aan hoe het staat met de effectiviteit van vaccinaties en ook de boosters. Dan zie je dat dat afloopt. Daar is genoeg over gezegd. Volgens mij heeft ook JA21 deze vraag gesteld, maar wij hebben als SGP voorafgaand aan deze presentatie gevraagd in te gaan op de waarschuwing van de EMA. De EMA geeft aan dat een te frequente boostervaccinatie misschien ook negatieve impact zou kunnen hebben op de immuunrespons. Ik heb het niet gezien in de stukken vooraf en ook niet in deze presentatie. Zou de heer Van Dissel misschien kunnen ingaan op wat daarover bekend is? Kan hij verder ook iets aangeven over welke gevolgen dat eventueel zou kunnen voor toekomstige boostercampagnes? Heel graag daar een stukje voorlichting op.

De heer Van Dissel:

Ik denk dat dat advies verwijst naar de situatie dat je, even overdreven gezegd, maar zou blijven boosteren, want het is niet zo dat je daar altijd veel meer effect van ziet. Dat is waar ze naar verwezen. Ik denk dat daar wel degelijk een punt zit. We zien nu dat de boostervaccinatie een duidelijk positief effect heeft, maar u heeft misschien ook al gelezen dat de eerste resultaten uit Israël... Overigens zit dat land ondanks de booster nu qua meldingen nog hoger dan Denemarken. Voor hen was dat in juli en die booster was dus duidelijk uitgewerkt. In Israël is men begonnen met een weer volgende boostercampagne en zij geven daar nu al zelf over aan – voor de duidelijkheid: dit zijn mediaberichten – dat ze daar minder effect van zien dan gehoopt en verwacht. Maar wij zien die effecten daarvan dus nog wel.

Ook dat is een gebied waar er kennis wordt opgedaan naarmate we verder komen. Die kennis is ook afhankelijk van landen die het dan om misschien wel hele andere redenen toch doen. Maar dit maakt het juist zo belangrijk dat al die informatie zo snel mogelijk, zo laagdrempelig mogelijk en natuurlijk zo betrouwbaar mogelijk wordt uitgewisseld. Als daaruit zou blijken dat het effect een stuk minder is, dan denk ik dat dat ook weer een hele belangrijke factor wordt bij een eventuele overweging om die boosters nog een keer te herhalen. Het betekent niet dat we ons als Nederland niet in principe zouden moeten voorbereiden. Er gebeurt dus een heleboel voor het geval dat, maar het besluit om het wel of niet te doen zal zeker door dit soort dingen beïnvloed gaan worden. Ik denk dus dat er nog heel belangrijke data gaan komen.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Stoffer, de tweede vraag.

De heer Stoffer (SGP):

Die is van een heel andere orde, voorzitter. Ik ben hier af en toe bij, want Kees van der Staaij doet ook geregeld dit debat en de voorbereiding daarop. Af en toe doe ik het en wat mij opvalt is dat we telkens spreken over gegevens die uit de modellen komen. Dat is natuurlijk logisch en er wordt ook met deskundigheid gekeken naar welke voorspellingen je doet. Een van de dingen die daarbij telkens speelt, is volgens mij dat de data die erin worden gestopt... Zo goed als de data zijn, zo goed is het model! Ik kom zelf van oorsprong uit de verkeersmodellering en ik ken het dus vanuit een andere deskundigheid. Maar wordt er lopende wat er nu allemaal speelt, ook gewerkt aan modelverbetering, in die zin dat de data

misschien steeds meer richting realtime gaan? Dat zou wellicht helpen. Wij gaan nu telkens wat doen in het debat en daarbij nemen wij natuurlijk ook beslissingen of proberen wij beslissingen te laten nemen. Maar daarbij baseren wij ons dus steeds op oudere informatie. Eigenlijk is dus mijn vraag: wordt er ook gewerkt aan mogelijkheden om meer reële en meer reëلتime data in het model te stoppen?

De heer **Van Dissel**:

Het antwoord is ja, denk ik. Er spelen een aantal zaken. Allereerst wordt het model elke week op donderdag, vanmiddag dus, geijkt op de actuele getallen. Stel dat het gedrag plotseling totaal anders is, dan verwacht je natuurlijk een andere uitkomst van het model. Dat verschil wordt als het ware... Daar ijk je elke donderdag op. In wezen werkt het model dus met aangepaste en zeer actuele getallen.

Iets anders waar de actualiteit natuurlijk achterloopt op wat er bekend is, zijn de aannames die ik u genoemd heb. Hoe ziekmakend is het nou? Hoeveel personen gaan naar het ziekenhuis? Daarvoor ben je natuurlijk afhankelijk van ofwel wat er in Nederland gebeurt... Dat loopt natuurlijk altijd achter, omdat je eerst ziek wordt en dan eventueel naar het ziekenhuis gaat. Daarna ga je immers pas naar de ic. Daar kan je op wachten, maar dan loop je zeker weken achter. Of je kijkt naar de landen om je heen die voorlopen in het aantal besmettingen om te proberen daar zo goed mogelijk de getallen uit te halen. Dat is wat we doen. De aanpassing van het model op die waarden geschiedt dus ook elke week. Dat is natuurlijk wel afhankelijk van de vraag of ze beschikbaar zijn. Er ontbreken dus nog steeds een aantal dingen, waarvan we nu wel betere schattingen kunnen doen, maar waar we nog steeds niet de exacte waarde van hebben. Nou, daar doe je een gevoeligheidsanalyse op. Dus dat wordt meegenomen. Uiteindelijk presenteer ik hier dan natuurlijk de meest waarschijnlijke waarde. Maar dat is er natuurlijk een uit een scala van modellen. Dus ook die aanpassing vindt wekelijks plaats, maar daarvoor zijn we afhankelijk van landen die daarover publiceren ofwel die dit – dat is tegenwoordig veel gebruikelijker – in de vele Webexmeetings die we hebben, gewoon uitwisselen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Van Meijeren, gaat uw gang. Uw eerste vraag.

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

Dank u wel, meneer de voorzitter. De heer Van Dissel heeft een aantal modellen laten zien, waarin wordt getoond wat er zou gebeuren in allerlei verschillende scenario's. Dat varieert van het scenario waarin geen versoepelingen plaatsvinden tot het scenario waarin we juist weer naar een veel zwaardere lockdown gaan. Het scenario dat daar niet bij zit, is het scenario dat ik maar even voor het gemak «het FVD-scenario» noem. Daarom ben ik heel benieuwd wat naar de verwachting van de heer Van Dissel de gevolgen zouden zijn voor de volksgezondheid in de meest brede zin van het woord als we de lockdown afschaffen, het coronatoegangsbewijs afschaffen, de mondkapjesplicht afschaffen en weer normaal met elkaar uit eten gaan, naar de bioscoop gaan, naar het theater gaan en weer een normaal plezierig sociaal leven gaan leiden met elkaar.

De heer **Van Dissel**:

U verwijst dus eigenlijk naar een scenario dat momenteel, althans door ons, nog niet realistisch wordt gevonden, hoe gewenst dat misschien ook is, zeg ik voor de duidelijkheid, want daarin ga ik helemaal met u mee. Dat scenario zou tot nog meer besmettingen leiden dan het scenario waarbij we teruggaan naar de vijf-tot-vijfsluiting en we overdag open zijn. Aan uw wensscenario voegt u nog toe dat alles 's avonds open is en dat er dus in wezen geen beperkingen meer zijn. Wij verwachten dan een aantal

besmettingen dat het aantal dat ik u heb laten zien bij alleen een avond-lockdown, ruim overstijgt, want dan is een en ander veel meer vrij. In de huidige modellering geeft dat zo'n toename van besmettingen buiten en druk binnen de ziekenhuizen dat ik die hier niet gepresenteerd heb, omdat dat gewoon buiten de schalen valt. Het is overigens op een van de eerdere lijnen weergegeven. Wellicht heb ik tijd om het heel even op te zoeken. Het is namelijk wel in de scenario's weergegeven die alleen maar de korte termijn laten zien. Bijvoorbeeld op pagina 35 en 36 ziet u een groene en een blauwe lijn omhoogschieten. Dat betreft in wezen meer de scenario's waarnaar u verwijst. «Geen lockdown» staat er bijvoorbeeld als mogelijkheid bij. Dat betekent dus: totaal geen maatregelen. Dat is de blauwe lijn. U ziet in de projecties dat die lijnen meteen buiten de assen van de grafiek vallen.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Van Meijeren, uw tweede vraag.

De heer Van Meijeren (FVD):

Ja, ik wil graag even hierop voortborduren. Dat gaat dus over de ziekenhuisopnames en de bedbezetting volgens de modellen waarover de heer Van Dissel eerder vandaag zei dat ze gebaseerd zijn op aannames die doorgaans veel te pessimistisch lijken. Ik vroeg heel bewust naar de effecten op de volksgezondheid in de brede zin van het woord, dus ook naar de effecten op de natuurlijke immuniteit en de versterkte immuniteit doordat we weer juist meer sociale contacten hebben. Ik zou het heel fijn vinden als de heer Van Dissel ook zou ingaan op de landen waarin men dit model hanteert. Daar worden alle maatregelen afgeschaft. Gisteren werd dat bijvoorbeeld in Engeland aangekondigd. Verwacht u daar dan ook die enorme doemscenario's? Of houdt u er rekening mee dat uw modellen ook hier helemaal niet kloppen, omdat we die doemscenario's in al die landen waar alle maatregelen nu worden afgeschaft, in de praktijk nergens zien optreden?

De heer Van Dissel:

Dat zijn wel een paar vragen door elkaar. In Engeland heeft men natuurlijk wel een heleboel maatregelen gehad. Daar heeft men infecties gehad. U verwijst naar de volksgezondheid. De sterfte bijvoorbeeld is in Engeland vele, vele, vele malen hoger dan de sterfte die wij hebben gezien. Dat komt omdat ze het ook meer hebben laten rondgaan. Dus alles komt met een prijs. Op een gegeven moment heb je zoveel natuurlijke infecties gehad en zoveel vaccinaties en boosters – daarmee loopt Engeland ook voorop – dat je inderdaad in een fase komt dat ook omikron begint af te nemen. We zullen zien of dat met het verder stoppen van maatregelen vervolgens verder daalt. Omikron geeft natuurlijk ook infecties en die infecties geven ook weer immuniteit. Als die in mindere mate leiden tot ziekenhuisopnames – dat is, denk ik, waar u naar verwijst – dan is dat misschien best te prefereren boven langdurig maatregelen houden. Die filosofie hebben wij ook, want u heeft mij ook horen zeggen: uitstel is geen afstel. Als je op een gegeven moment een lockdown moet doen, dan weet je dat je een periode veilig maakt, maar het effect is ook dat je daarmee een bulk voor je uit duwt, die er gewoon komt. Het is een boeggolf, die je nog moet nemen. Alleen is de vraag: wil ik die nemen zonder enige maatregelen met het risico dat de ziekenhuizen de gewone zorg niet meer kunnen leveren, met alle consequenties van dien voor de volksgezondheid en de individuele gezondheid? Of je dat allemaal laat gebeuren, is uiteindelijk een politieke keuze.

Als u het OMT de opdracht geeft om te sturen op zorg en zorgcapaciteit, dan doen we dat. Dat betekent ook dat je voor de hele bevolking garandeert dat er bedden zijn en dat je ic-bedden hebt om dat aan te kunnen. Dus het zijn altijd keuzes die zich vertalen naar modellen. Nogmaals, het

model is prima. U suggereert dat het Engelse model anders is dan het onze. Dat was het helemaal niet. Als u het model van Neil Ferguson opzoekt van een week of vier geleden, ziet u precies dezelfde modellen als die wij hadden. Nu komen ze met een ander model tot dezelfde uitkomsten. Alleen is het ook daar uiteindelijk gunstiger gebleken dan de initiële aanname dat het net zo was als delta. Ook daar hebben ze het model bijgesteld. Dat is precies hetzelfde als wat wij doen.

De voorzitter:

Mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank, meneer Van Dissel, voor uw presentatie. U verwees zelf al even naar Spanje, waar het Spaanse RIVM eigenlijk met een soort van, naar het Nederlands vertaald, «vergrieping» bezig is. Hoe is het RIVM daar in Nederland mee bezig? En als we het toch over griep hebben, in hoeverre is er een seizoensfactor en, als die er is, is die meegenomen in de modellen, die u heeft?

De heer Van Dissel:

Dat laatste zeker. Dat is ook de reden waarom het loopt zoals het loopt en je in de zomer over het algemeen minder infectiedruk hebt dan in de winter. Dus het seizoenseffect wordt zeker in het model meegenomen. Dan ten aanzien van de griep. Het «griep-plus-scenario» waar Spanje nu naar verwijst, is een van de scenario's waar ter voorbereiding op het toekomstperspectief mee gewerkt wordt. Dus het antwoord is ja. De vraag is alleen of daar nu sprake van is, want het zou kunnen dat de omikronvariant, omdat die minder ziekmakend is, zich net in wat andere cellen vermeerdert, waardoor er misschien ook wat minder consequenties zijn voor de longen. Dat soort zaken. Dat zou kunnen. Dat moet steviger duidelijk worden. Nu zouden we een variant hebben die zich makkelijk verspreidt en die minder mensen ernstig ziek maakt. Dat zou mooi zijn, maar de vraag is natuurlijk wat hierna komt. Dat blijft letterlijk turen in de kristallen bol. Dat weet gewoon niemand. Dan kunnen ze in Spanje misschien verkondigen dat ze in een griep-plus-scenario zitten, maar wat is daar nou echt, kritisch bevraagd, de argumentatie voor?

De voorzitter:

Mevrouw Tielen, vervolgvraag.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik ga er maar even van uit dat deze factoren meekomen in de scenario's waar u naar verwees, maar ik heb nog een vraag van een heel andere orde. Wat is de status van het onderzoek naar medicijnen die ook in de eerste lijn gebruikt kunnen worden om de ziektelast na besmetting te verkleinen en daarmee ook ziekenhuisopnames te voorkomen?

De heer Van Dissel:

Dat is natuurlijk een andere weg hieruit, als die er zou zijn. Er zijn er helaas meer afgevallen dan geregistreerd. Er zit er nog één aan te komen. Er zitten ook nogal wat haken en ogen aan die ene, bijvoorbeeld in termen van interactie met andere medicijnen, terwijl je dit soort medicijnen juist wil inzetten voor bijvoorbeeld transplantatiegroepen, voor de meer kwetsbaren. Maar deze heeft nou net door het metabolisme in de lever een heleboel interacties met andere medicijnen, waardoor het in ieder geval niet iets is voor de huisarts, denk ik zelf. Maar er zouden andere kunnen komen. Dat zouden wij toejuichen. Daar wordt ongetwijfeld hard aan gewerkt. Vervolgens wordt iets beschikbaar. Dan moet je het ook op de juiste wijze op het juiste moment kunnen toepassen. Bij een heleboel van dit soort medicijnen – denk aan oseltamivir bij griep – blijkt dat ook

weer behoorlijk complex. Dus dan heb je iets, maar dan moet je het ook nog op de juiste tijd bij de juiste patiënt weten te krijgen. Dat blijkt in de praktijk ook ingewikkeld. Interessant genoeg wordt dat steeds moeilijker bij een heel weinig ziekmakend virus, want het zogenaamde «number needed to treat» op een hard eindpunt neemt dan toe. Je moet dan in plaats van 10 personen misschien wel 40 personen behandelen om bij 1 persoon iets te voorkomen. Ook dat wordt weer een afweging. Niks is helaas simpel bij corona.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Meneer Kuzu, uw eerste vraag.

De heer Kuzu (DENK):

Ik wil de heer Van Dissel graag bedanken voor zijn presentatie en zijn antwoorden tot nu toe. Ik dank hem ook voor zijn geduld, want elke keer tijdens een technische briefing antwoordt hij uitgebreid op alle vragen die komen. De laatste keer dat hij aanwezig was bij een persconferentie, aan het einde van het vorige jaar, heeft hij aangegeven dat er sprake is van veel onzekerheid over de aannames in de modellen. Ik vraag me af hoe zich dat verhoudt tot de eigenlijk in beton gegoten maatregelen die vervolgens worden geadviseerd en die vaak worden overgenomen door het kabinet. Ik vroeg me af: hoe verhoudt zich dat tot elkaar?

De heer Van Dissel:

Dat is deels een beoordelingsvraag, maar misschien kan ik wel iets zeggen het eerste deel van de vraag, dus over de modellen. U zegt dat de modellen onzeker zijn. Ik wil aangeven dat het model staat. Daar wordt al zeer lang mee gewerkt. De onzekerheid zit, zoals bij elk model, in de aannames die je aanhoudt. Die aannames zijn belangrijk voor de uitkomst. Denk bijvoorbeeld aan het aantal personen in Nederland dat uiteindelijk een booster gaat halen. Daarbij hebben we lang de aanname gehad dat dat 90% zou zijn, maar als dat plotseling maar de helft daarvan is, dan zal dat model dus veel te optimistisch zijn. Dat is een voorbeeld. Omgekeerd heb ik u ook laten zien dat we aanvankelijk moesten werken met de aanname dat het net als delta was. Dat blijkt gelukkig niet het geval. Dan ga je het model daar uiteraard op tweeken. Je gaat als het ware aan de volumeknop draaien om tot het juiste getal te komen. Dat kunnen we alleen maar doen als die kennis er is. Die kennis ontwikkelt zich en komt nu met name uit landen die wat betreft de uitbraak voorlopen op Nederland. Denemarken en Engeland zijn vaak genoemd, en Frankrijk inmiddels ook. Daar halen we dan al die correcties op. De modellen die we gebruiken en die ik u laat zien, zijn natuurlijk niet de enige. We kijken namelijk per uitkomst hoe gevoelig die is, bijvoorbeeld voor het geval dat minder mensen een booster komen halen. We corrigeren voor het geval dat er toch minder of meer ziekenhuisopnames zijn. Ik laat u maar één model uit een scala van modellen zien. Daarom is het ook een wetenschap. Je hebt kennis en wetenschappelijke inzichten nodig om tot het meest waarschijnlijke model te komen. Dat model presenteer ik hier over het algemeen als voorbeeld en als het meest relevante scenario.

De voorzitter:

Een vervolgvraag van de heer Kuzu.

De heer Kuzu (DENK):

Ik wil daar dan toch op doorgaan. Ik snap namelijk heel goed dat in die modellen verschillende variabelen zitten. De heer Van Dissel gaf het voorbeeld van de boostergraad. Vaccineffectiviteit is er ook een. Er zijn talloze variabelen, maar mijn vraag gaat over de beoordeling daarvan. Op het moment dat de heer Van Dissel vandaag toch zoiets heeft van «we waren misschien te pessimistisch in de scenario's die we hebben

geschetst», dan is het alsnog zo dat we de afgelopen weken te maken hebben gehad met een behoorlijke lockdown. Daarbij is een groot deel van de samenleving ontwricht en hebben we heel veel negatieve consequenties kunnen zien. Dat kwam door informatie die ontbrak, zegt de heer Van Dissel, maar er waren ook signalen uit Zuid-Afrika en het Verenigd Koninkrijk dat de omikronvariant misschien toch wat minder zou doen dan we hadden verondersteld. Ik vraag me af – dat is mijn laatste vraag – of de heer Van Dissel met de wetenschap van nu achter de maatregelen had gestaan die vlak voor de kerstvakantie bekend zijn gemaakt.

De heer **Van Dissel**:

Ja, maar dat is, met alle respect, geen relevante vraag. Ik zal u uitleggen waarom. Met de wetenschap van nu kun je ook terugkijken naar hoe we het vorig jaar hebben gedaan. Het gaat om de vraag of we met de wetenschap van dat moment – dat is toch de kennis die we hadden bij de vorige keren – op dat moment steken hebben laten vallen of niet en of we gebruik hebben gemaakt van de juiste kennis die leidde tot bepaalde aannames.

Het is interessant dat u Zuid-Afrika noemde, want daar hebben we via Webex veelvuldig contact mee gehad, juist om deze vraag te kunnen beantwoorden. Wat blijkt? Op dat moment kon men daar gewoon geen inzicht in geven, anders dan de algemene opvatting «het lijkt erop dat ...». Als we dat erin stoppen en het dan toch de andere kant opgaat, bent u ook boos, en terecht.

Het tweede, als voorbeeld: Zuid-Afrika laat nou juist zien dat het aantal ic-opnames, als je eenmaal in het ziekenhuis bent, helemaal niet is afgenomen. Ik wil dus toch bestrijden dat we dat anders hadden kunnen doen. We hebben gewoon gebruikgemaakt van de beste beschikbare kennis op dat moment. Dan krijg je uitkomsten die, gezien de hoge bezetting van ziekenhuizen en ic's op dat moment, nog door delta, in ieder geval in onze ogen leiden tot het advies om geen risico's te nemen en extra maatregelen te nemen. Dat is ook gebeurd. Dat heeft zich nu vertaald in een sterke daling in de ziekenhuizen en op de ic's. Dat geeft veel lucht. Daardoor is de zorgafschaling van 2d ook teruggedraaid. Dat is alleen maar mooi, want dan is er weer veel meer mogelijk. Tegelijkertijd hebben we in die twee weken van de landen die, misschien om heel andere redenen, een andere aanpak hebben gekozen, geleerd hoe we die getallen wel beter kunnen schatten. Dat is wat we continu doen. We proberen steeds met de beste kennis van dat moment u zo goed mogelijk te informeren over wat wij denken dat het advies zou moeten zijn.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Iedereen heeft zijn twee vragen kunnen stellen. Er is nog ruimte voor een prangende vraag als die er nog is. Ik zie dat mevrouw Gündoğan nog een vraag heeft. Gaat uw gang.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik heb toch nog een vraag. Met de modellen kijken we naar open of dicht. Ik vroeg me af of het mogelijk is om het model nader uit te werken voor een situatie waarin bepaalde sectoren, zoals de cultuur en delen van de horeca – niet de natte horeca, maar de restaurants – met inachtneming van bijvoorbeeld mond-neusmaskers, 1,5 meter afstand, placering, één persoon per 10 vierkante meter, et cetera, een beetje opengaan. Kunnen die sectoren, in plaats van dat ze volledig dicht zijn, dan toch een beetje open zonder dat we meteen heel angstig hoeven te zijn? Ik ben dus op zoek naar een beetje open, een beetje perspectief.

De heer **Van Dissel**:

Dat zullen we dus... Het is nu donderdag, helaas, en morgen kijken we ernaar, denk ik. Ik wil wel benadrukken dat we een heleboel hebben geleerd. Wat u zegt over extra maatregelen om een situatie nog veiliger te maken waardoor dingen eerder open kunnen, wordt eigenlijk allemaal al meegenomen. Het feit dat de cultuur er nu buiten valt, heeft ook te maken met de filosofie die ik u heb uitgelegd. Dat geldt natuurlijk niet alleen voor de cultuur, maar ook voor de andere dingen die nog dicht zijn. Tegelijkertijd weten we de toegevoegde waarde van zoveel personen per zoveel vierkante meter en mond-neusmaskers, waarvan we dan nog bewust hebben gezegd: geef daar nou een opplussing aan, zodat we zeker weten dat daar niet een mengbeeld ontstaat. Eigenlijk doen we dat dus al. Maar uiteindelijk moet je toch kiezen voor bepaalde pakketten. Daar ontkom je niet aan. Natuurlijk zal dat altijd de personen die het raakt frustreren, en terecht. Dat is niet iets wat we nastreven, maar als je alles laat gaan, gaat het toch weer summeren tot te veel; dat hebben we eerder gezien.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan kijk ik om me heen. We komen aan het einde. Meneer Van Dissel, hartelijk dank namens de Kamer voor al uw geduld en energie bij het beantwoorden van de vragen. Voor de mensen die thuis meegekeken hebben, zeg ik dat de sheets beschikbaar zijn via de website van de Tweede Kamer. Dank aan de ondersteuning, dank aan de collega's. Tot slot: er zijn al veel collega's weggelopen omdat over een dik halfuur het coronadebat al begint.

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

Over één uur.

De voorzitter:

Goed dat u het zegt. Het is een halfuur verplaatst, dus het coronadebat begint over een uur. Desalniettemin wilden de collega's zich al voorbereiden. Zij hebben dit ook digitaal gevolgd. Het is dus niet uit disrespect, maar meer uit respect voor het onderwerp dat zij er niet waren. Dank u wel.

Sluiting 11.56 uur.