

Vergaderjaar 2021–2022

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1716

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 19 januari 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 21 december 2021 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 zestien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bikker, Gündoğan, Den Haan, Van Haga, Hijink, Jansen, Paternotte, Van der Plas, Pouw-Verweij, Smals, Van der Staaij, Aukje de Vries, Wassenberg en Westerveld,

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

Aanvang 9.30 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Ik open de vergadering. Welkom bij de technische briefing inzake corona van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. We hebben twee blokken. Het eerste blok, van een halfuur, is met de heer Kuipers. Welkom aan de collega-Kamerleden. We hebben daarna nog een blok, blok 2, met drie sprekers. Om 12.00 uur begint plenair het coronadebat, dus we zitten wat in een tijds-klem. Ik wil daarom voorstellen om te beginnen met één vraag per persoon. Als we tijd hebben, dan sta ik u graag nog een tweede vraag toe. Laten we dan maar snel beginnen.

Blok 1

Gesprek met:

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

De voorzitter:

Meneer Kuipers, gaat uw gang.

De heer Kuipers:

Dank u wel. Ik heb een aantal dia's voor u die eigenlijk van hetzelfde format zijn als de vorige keer, dus ik hoef ze nauwelijks meer toe te lichten. Ik heb ze er wel bij gedaan als update, zodat we weer het allerlaatste plaatje hebben. Maar ik hoef er eigenlijk niet echt bij stil te staan. Natuurlijk ben ik bereid om er een vraag over te beantwoorden als die er is.

Dit toont het bekende plaatje. Als u kijkt naar die rode curve in de tijd vanaf het najaar, dan ziet u het zevendaagse gemiddelde van de ziekenhuisopnames, de klinische opnames. U ziet dat we al eind oktober door de drempel waren van 100 opnames per dag, dat we de hoogste piek bereikten op 2 december en dat de daling, die ik ook de vorige weken rapporteerde, zich gestaag doorzet. Op de y-as ziet u dat we op dit moment een zevendaags gemiddelde hebben van ongeveer 200 opnames per dag, dus zo'n 1.400 per week.

Hetzelfde geldt hier voor de ic-opnames. Hier is het verstandig om die huidige waarde even in gedachten gehouden. Dan ziet u dat die ondertussen zit op zo'n 35 opnames per dag gemiddeld. Die is dalende, en dat is gunstig. U kunt zelf het sommetje maken. Doe het keer een gemiddelde opnameduur van ongeveer zestien dagen; dan weet u hoeveel patiënten er op een ic liggen. Ook hier gaan we richting die drempelwaarde, maar dat gaat in de tijd maar langzaam. De piek was op 2 december. We gaan nu richting de kerst en we zijn nog niet in de buurt van die drempelwaarde. Het gaat de goede kant uit.

Dat betekent het volgende voor de bezetting. Het hoogste niveau was op 30 november en daarna daalde het, eerst heel langzaam en de afgelopen dagen zette het verder door. Dat zien we hier in een percentuele verandering per week. Aan het meest rechterdeel van de curve zie je dat de hoogste bezetting in de ziekenhuizen op 30 november was, met 2.853

patiënten. Daarna daalde het in een week met een percentage van ruim 10%. De afgelopen dagen ging het wat langzamer met ongeveer 4%. Het is vaak benoemd, maar ik herhaal nog een keer dat dit de getallen zijn van ziekenhuizen, maar dat dit het topje van de ijsberg is. We zien in de ziekenhuizen een automatische reflectie van de drukte op de huisartsenpost, in de huisartsenpraktijk, in de vvt of in de wijkzorg. Deze getallen zijn makkelijk omdat we ze per dag exact hebben, maar het is een automatische weerspiegeling, en de drukte op die andere plekken is dan over het algemeen nog veel groter. Het is echt maar een topje van de ijsberg van de patiënten in de ziekenhuizen.

Dat vertaalt zich dan ook in de druk in de tijd in de kritiek planbare zorg. Dit is weer een update van vorige week. Hetzelfde geldt voor de afschaling van de ok-capaciteit. Als je hier iets positiefs wil benoemen, dan is die afschaling niet verder omhooggegaan en is er een lichte neiging tot het weer oppakken van alle ok-activiteiten.

Dat zien we hier in een plaatje terug. Dit toont gegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit op basis van data van DHD, een grote ziekenhuisdatabase. Hier is gekeken naar het aantal operaties in de Nederlandse ziekenhuizen in drie categorieën: niet-urgent, urgent en planbaar. Die laatste categorie is wel kritiek, dus kritiek planbare zorg. Hier staat «binnen een maand», maar met de ziekenhuizen houden wij als termijn over het algemeen «binnen zes weken» aan. Dat hebt u eerder gehoord. De groene curve is van 2019, de donkerblauwe van 2020 en de lichtblauwe van 2021. De belangrijkste verschillen zijn de volgende. Als je 2020 en 2021 vergelijkt en je naar de middelste curve kijkt, dan zie je dat we die hele grote dip van voor de zomer van vorig jaar, van de tweede helft van de winter tot aan de zomer, deze winter niet hebben gehad, ondanks de hoge bezetting door patiënten met covid. Dus er is toen anders gecombineerd. Daarna volgen we eigenlijk grotendeels de curve van 2020. De getallen voor de lichtblauwe lijnen, die helemaal rechts telkens naar beneden gaan, hebben ook te maken met het nog updaten van de gegevens. Dus dat zal nog bijtrekken.

Dan komen we bij twee plaatjes die voor nu het meest belangrijk zijn, denk ik. Die gaan over het effect van de huidige maatregelen en het boosterprogramma op de druk op de zorg. Die gaan ook over de aantallen patiënten die zodanig ziek worden dat ze hulp nodig hebben, opnieuw even gebaseerd op ziekenhuisgetallen. Ik gebruik hier als één indicator de intensivere opnames. Ik kan het ook laten zien voor klinische opnames. We zouden bij wijze van spreken hetzelfde kunnen doen voor de druk op de huisartsenpraktijken et cetera. Dan krijgen we iedere keer dezelfde curve.

Twee plaatjes. Het linker plaatje toont op de x-as de tijd en op de y-as een R-waarde. Dat is niet de R-waarde van besmettingen, maar van ziekenhuisopnames. Dat is dezelfde replicatiefactor. Een R-waarde van 1 wil logischerwijs zeggen dat het aantal ziekenhuisopnames in de tijd iedere dag precies hetzelfde blijft. Een R-waarde van 1,5 betekent dat het aantal ziekenhuisopnames per vier dagen stijgt met 50%. Dus als het er 100 zijn, of 200 van het huidige niveau waarvan ik u net het plaatje liet zien, dan zou dat betekenen dat het er over vier dagen 300 per dag zijn, over acht dagen 450 per dag en zo verder.

Waarom is de R-waarde van de ziekenhuisopnames niet per se hetzelfde als die van de besmettingen? Over het algemeen zou je verwachten dat het precies hetzelfde is, maar dan een paar weken of een week opgeschoven. Ja, dat is zo. Er zitten wel varianten doorheen. Als er een andere variant komt die bijvoorbeeld minder ziekmakend is, dan kunnen de besmettingen heel erg omhooggaan en daalt het aantal ziekenhuisopnames. Of als er heel veel besmettingen onder jongeren zijn – dat hebben we eerder in de pandemie gezien – dan is de R-waarde voor de besmettingen heel hoog en de R-waarde voor de ziekenhuisopnames veel lager.

Vanuit het LCPS rekenen wij dus ook altijd met de R-waarde van de ziekenhuisopname, want dat is wat we moeten. Dat ziet u hier terug. Ik begin bij het linkerplaatje. Links ziet u dat we op 20 december een R-waarde hadden van 0,88, gebaseerd op de dagen ervoor. Met andere woorden: het aantal ziekenhuisopnames daalde in vier dagen tijd met 12%. Dat doet het al even. Verder in de tijd zit die R-waarde stabiel op die 0,88, met een hele langzame neiging om omhoog te gaan. Dat is gebaseerd op de aannames over het opkomen van de omikronvariant. Die aannames, over het tempo waarmee dat gaat en over hoe ziekmakend het is, zijn allemaal gebaseerd op en nauw afgestemd met het RIVM. Het RIVM geeft input aan de ziekenhuizen voor het model met de volgende vragen. Hoeveel omikron hebben we al? Hoe snel neemt die variant toe? Neemt die de overhand? En waar moeten we van uitgaan ten aanzien van ziekmakendheid? Wat betreft dat laatste is onze aanname nu, bij gebrek aan betere gegevens, dat die net zo ziekmakend is als de deltavariant. Dat zit dus aan de serieuze kant van de aanname, omdat we onvoldoende comfort hebben om te zeggen dat we ervan uit mogen gaan dat die variant veel minder ziekmakend is.

Dan gaat de R-waarde met het langzaam opkomen van de omikronvariant dus weer langzaam omhoog, weer richting de 1. Die zou daarboven komen, maar vanaf afgelopen zaterdag hebben we stevige maatregelen. Dat betekent dat die R tussen kerst en oud en nieuw door het vertragende effect op de ziekenhuisopnames een knik naar beneden gaat maken. De maatregelen dempen de verspreiding. De omikronvariant neemt het nog steeds over, maar tijdelijk krijg je een extra naar beneden duwend effect van de aantallen patiënten in de ziekenhuizen. De omikronvariant neemt het steeds verder over. De aanname is dat die, als die gelijkmatig ziekmakend is en sneller wordt overgenomen, ook weer zal leiden tot een toename van het aantal besmettingen, en dus tot een nieuwe steady state van de aantallen ziekenhuisopnames, zonder dat er verdere maatregelen worden genomen.

U ziet dat de R duidelijk boven de 1 zit. In het rekensommetje dat ik zonet maakte, gaat het dan per vier dagen heel hard. Dat vertaalt zich, met de grote mate van onzekerheid die er is, dan in het rechterplaatje. Hier gaat het om het aantal ic-opnames. We zagen al een dalende trend. Die heb ik zonet laten zien. Zolang die R onder de 1 is, gaan de aantallen opnames per dag logischerwijs steeds verder omlaag. Als je richting die drempelwaarde gaat van 20 opnames per dag, maar de R-waarde op een gegeven moment boven de 1 ligt, dan krijg je een exponentiële curve, die in de grafiek is afgetopt op 80 opnames per dag. Maar «exponentieel» wil zeggen dat hij door kan gaan tot ruim boven de curve. Dat kun je ook tekenen, maar 80 opnames per dag is al een heel groot aantal patiënten.

De heer **Hijink** (SP):

Ik heb een technische vraag. Gaat dit scenario ervan uit dat de maatregelen na 14 januari stoppen of dat ze doorgetrokken worden?

De heer **Kuipers**:

Nee, dit gaat uit van een stabiele set van maatregelen, dus welke varianten erop zitten. Waar dit van uitgaat, is dat de R-waarde van omikron ondanks de maatregelen boven de 1 blijft. Je hebt maar een beperkte demping. Omikron is zoveel meer besmettelijk. Je dempt het wel, maar de R-waarde van omikron blijft boven de 1. Dat merk je niet op het totaal, zolang omikron eigenlijk weinig voorkomt en dus maar een klein deel van het totaal is. Op het moment dat omikron dominant is, ga je het ook op het totaal merken. Dat ga je in de tijd dan ook in de ziekenhuisopnames zien. Het blijft dan stabiel. Wat hier dus niet in zit, zijn eventuele aanvullende maatregelen en een andere vorm van naleving. Wat hier ook niet in zit is het effect van booster. Dat is een apart item. Wat gebeurt er

in de tijd als je een nieuwe steady state bereikt? Het aantal ziekenhuisopnames gaat bij slechts 30% effect van demping heel erg hoog worden. Ik heb op sheet 10 precies hetzelfde plaatje met dezelfde set-up, maar met een aanvullend punt. Als de huidige maatregelen leiden tot een demping van 50%, dan gaat het eerst verder naar beneden. Je hebt nu al een sterker duwend effect. Als omikron dan overneemt, krijg je een langzamere stijging of, afhankelijk van de mate waarin de omikronvariant echt verschilt van de deltavariant, zelfs een soort van stabilisatie. Wat dit in ieder geval toont, zeker als je deze sheet erbij pakt, is dat de tijd die je met maatregelen koopt en die leidt tot een extra stabilisatie, in de tijd beperkt is. U ziet hier een window van ongeveer tien à twaalf dagen. Dat is de tijd die je sowieso extra hebt om het boosterprogramma te versnellen, want het drukkend effect van dit geheel, het naar beneden terugdrukken van de R-waarde en daarmee ook het naar beneden terugdrukken van die ziekenhuisopnames, moet dan additioneel komen van het zo snel mogelijk boosteren. Tot zover mijn presentatie.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Kuipers. Voor de leden die nog wat later binnenkwamen: we hebben afgesproken dat we, omdat we drie sprekers hebben, beginnen met één vraag. Als er tijd over is, dan mag er natuurlijk nog een tweede vraag gesteld worden. Dat doe ik graag. Ik kijk even om mij heen. Ik begin links, bij de heer Van Haga. Heeft hij een vraag of bewaart hij zijn vraag?

De heer Van Haga (Groep Van Haga):

Als je maar één vraag hebt, wordt het heel lastig. We hebben dus een window van twaalf dagen dat we kopen door deze gigantische lockdown. Aan de ene kant hebben we de gebrekkige ic-capaciteit. Aan de andere kant zijn we dus héél laat begonnen met boosteren, als laatste van heel Europa. Is mijn conclusie dan terecht dat we nu dus maximaal twaalf dagen kopen als gevolg van het feit dat we én de ic-capaciteit niet op orde hebben én te laat zijn gaan boosteren, en dat zich daardoor dit dramatische scenario ontrolt?

De heer Kuipers:

De tijd die je koopt is inderdaad twaalf dagen. Dat is het effect in de twaalf dagen, althans in de berekening, het model, met alle onzekerheid die er zit, want we missen eigenlijk nog heel veel gegevens over omikron. Het is belangrijk om te bedenken dat twaalf dagen met een R-waarde per vier dagen drie cycli zijn. Dat is in termen van besmettingen en daarna ook ziekenhuisopnames heel erg veel. Dat is dat exponentiële effect. Als je bijvoorbeeld een R-waarde hebt van 1,5 en dat keer anderhalf keer anderhalf doet, dan ga je in de weken daarna al heel snel qua aantallen patiënten en overigens ook qua aantallen besmettingen, door een plafond heen.

De heer Van Haga (Groep Van Haga):

Maar de ziekenhuisopnames dalen al.

De heer Kuipers:

Ja, ze dalen op dit moment. Dat heeft te maken met het feit dat we al maatregelen hadden waar de bestaande dominante variant voldoende op reageert. We gingen dus naar beneden, maar we hadden alle reden om aan te nemen dat de omikronvariant zich daar te weinig van aantrekt. Die nam heel snel de overhand en verspreidde zich ook in absoluut aantal. Dan zit je met een lastige situatie. We kunnen het aankijken. We kunnen wachten tot de besmettingen weer boven de 20.000 zijn. Als je dan je maatregelen neemt en hetzelfde window hebt, dan ga je in de twaalf dagen daarna tot enorm grote hoogte. Je moet dus een besluit nemen: óf

wachten, dat laten gebeuren en zien wat er gebeurt, óf zeggen dat we maatregelen instellen en die dagen, die periode, gebruiken voor zo snel mogelijk boosteren. Dat is het dilemma.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Agema, PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een vraag naar aanleiding van sheet 9. De omikronvariant is niet de laatste variant die dominant zal worden. Mijn vrees is ook dat dit niet de laatste lockdown wordt, als het beleid niet structureel wordt veranderd. Ik begrijp aan de hand van sheet 9 dat zelfs in uw gunstigste scenario het aantal ic-opnames per dag best behoorlijk hoog zal blijven. Ook op die onderste is het nog steeds zestien per dag. Uw verzaadiging zit bij 80 ic-bedden per dag. Hoeveel ic-bedden structureel erbij zorgen ervoor dat wij niet dit soort paniekscenario's krijgen iedere keer?

De heer Kuipers:

Met de onderste curve, die zestien opnames per dag, zitten we ruim onder de drempelwaarde. Dan kun je dit in de ziekenhuizen – dat geldt ook op veel andere plekken – combineren met de reguliere zorg. Dan combineer je het met covid. Maar het is voor nu niet verstandig om alleen daarvan uit te gaan. Voor de toekomst zullen we absoluut extra capaciteit moeten creëren, want we moeten er rekening mee houden dat covid, in welke vorm dan ook, niet meer weggaat. Net zoals we ieder jaar al influenza hebben, zullen er ieder jaar covidpatiënten zijn. Laten we hopen dat dat telkens, net als met influenza tegenwoordig, een korte periode in de winter is. Influenza is meestal acht tot tien weken. Dan krijg je bijvoorbeeld 200 patiënten op de ic. Alleen al als we dat voor covid erbij zouden krijgen, hebben we die extra capaciteit nodig. Want in Nederland was het in de winter altijd al krap. En dat is een conservatief scenario, dus er moet extra capaciteit bij komen, niet alleen op de ic maar ook op andere plekken. Kunnen we dan in januari naar 200, of 500, of 1.000 extra ic-bedden? Het vergt echt langere tijd om dat structureel te creëren, neer te zetten. In dit soort curves koop je daar een paar dagen mee, en niet meer dan dat.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg heeft abusievelijk het verkeerde naambordje staan, maar dat wordt zo vast wel veranderd. Ik begrijp dat u uw vraag even bewaart. Meneer Hijink ook. Meneer Van der Staaij? Mevrouw Westerveld? Mevrouw Gündoğan? Mevrouw Den Haan? Meneer Jansen?

De heer Jansen (FVD):

Ik heb een vraag over de orde. Is het de bedoeling om één vraag per blokje te stellen? Of per alle blokjes?

De voorzitter:

Vooralsnog per alle blokjes, en aan het eind, als er tijd is, nog een tweede. Maar het is dus per alle blokjes. Meneer Jansen, zegt u het maar.

De heer Jansen (FVD):

Dan bewaar ik 'm ook even, dank u wel.

De voorzitter:

Prima. Mevrouw Bikker? Gaat uw gang.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Voorzitter, dank u wel. Je verwacht de boodschap, maar toch is die pittig, eerlijk gezegd. Maar dank voor de presentatie. Ik vraag me ook af hoe het personeel hiernaar kijkt. Dit geeft heel veel zorg, ook voor een nieuwe, lange winter. Mijn grootste zorg is eerlijk gezegd ... Natuurlijk kijken we heel erg naar de ic-capaciteit en de ziekenhuisopnames, maar ook verder in de zorg is de druk groot. Hoe wordt dat gewogen? Op welke manier moet dat ook meespelen in het langetermijnbeleid? Ik hoorde net uitspraken over de ic-capaciteit, dat daarnaar gekeken moet worden, maar ik denk dat dit een groter vraagstuk is dan alleen dat.

De heer **Kuipers**:

Ik wil het graag nog een keer benoemen. Ik heb het al vaker gedaan, ook zonet, maar ik denk dat het echt belangrijk is: een ic is beeldend, omdat we er het beeld bij hebben van intensieve zorg, een bed, een beademingsapparaat et cetera. Maar, zoals ik eerder ook al zei, het is echt maar het topje van de ijsberg van de totale zorg voor covidpatiënten. Die moet al heel lang gecombineerd worden met reguliere zorg en inhaalzorg. Het personeel kijkt dan ook naar dit soort curves en probeert voor nu, terwijl de aantallen dalen, het echt zo veel mogelijk te combineren met het weer inhalen van de kritiek planbare zorg. En in een huisartsenpraktijk probeert men het weer te combineren met andere zaken die men graag nog voor de kerst of het einde van het jaar wil doen. Dan kijken ze naar: hoe kunnen we helpen? Hoe kunnen we zorgen dat het boosterprogramma zo snel mogelijk verloopt?

Dat zijn ook de geluiden die je overal hoort van huisartsen en ziekenhuizen: «Vertel maar wat we moeten doen. De GGD is de partij die dit moet trekken, maar hoe kunnen we helpen om te zorgen dat die boosters zo snel mogelijk gaan? Zet dan ook een heel duidelijke deadline. En als u deze curve ziet, moet je niet de deadline op het einde van de derde week van januari zetten, maar moet je die naar voren halen. Kan het het eind van de tweede week zijn? Kan het het eind van de eerste week zijn? Waar moeten we op af en welke hulp heb je dan nodig?» Zo kijkt het personeel ernaar, omdat ze dan het een en ander kunnen berekenen. Het geeft hun enig zicht op wanneer er capaciteit vrijkomt voor niet-covid, die je weer kunt inzetten voor wat anders. Want dat is wat iedereen wil doen.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Kuipers. Meneer Wassenberg.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Ik heb nog een vraag over pagina 7. Je ziet daar grote regionale verschillen. Je ziet dat in het westen van het land een kwart tot een derde van de ic-capaciteit wordt afgeschaald; in het oosten van het land is dat de helft of meer. Dat is nog voordat omikron dominant aan het worden is. Dat zal dus waarschijnlijk nog sterk gaan toenemen in de komende weken. Is er een mogelijkheid om dat wat te spreiden? De pijn wordt overal gevoeld, maar is er een mogelijkheid om ervoor te zorgen dat dadelijk de zorg in het oosten van het land niet helemaal gaat overlopen?

De heer **Kuipers**:

Dat doen we om te beginnen door hier rekening mee te houden bij het spreiden van de covidpatiënten. Dat spreiden verloopt op dit moment overigens op zich goed. In specifieke gevallen, waarbij het gaat om zorg die maar in een enkel ziekenhuis per regio wordt gegeven, zoals bij openhartchirurgie of transplantaties, wordt er ook tussen de hartcentra onderling overlegd over hoe het staat met de capaciteit, met wachtlijsten en of er zo nodig ingesprongen moet worden. Dat gebeurt door elkaar te ontzien voor covid dan wel door patiënten voor een andere aandoening

naar een ander centrum te verwijzen. Deze getallen zijn dus nadrukkelijk een onderwerp van discussie binnen het hele spreidingsbeleid.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw De Vries.

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

Ik heb toch nog een vraag over de sheets 9 en 10. Ik begrijp goed dat als de middelste lijn gehanteerd wordt, de verwachting is dat die gaat lopen zoals de middelste lijn in het tweede deel van het plaatje verloopt. Maar hoe realistisch is die 50% demping? Is daar iets over te zeggen? Wat zou de invloed van de booster op deze plaatjes dan nog kunnen zijn? U geeft aan dat het zo veel mogelijk naar voren moet worden gehaald. Ik denk dat iedereen daar voorstander van is, maar welke invloed heeft dat dan op deze plaatjes?

De heer Kuipers:

De onzekerheden heb ik al benoemd. U kunt het me bijna andersom vragen: waarom laat u een curve zien met zo'n groot grijs vlak? Dat doen we omdat dit is wat we nu hebben en we dat per dag met nieuwe gegevens van het RIVM telkens weer bijstellen. Zulke plaatjes worden dus ook met het RIVM teruggekoppeld: dit is wat er uit het model komt als we jullie input gebruiken en past dat ook bij jullie aannames? Het antwoord is dan: ja. Morgen kan er weer een nieuwe curve komen en overmorgen weer een nieuwe. Het is realistisch om aan te nemen dat je het, door de huidige maatregelen te combineren met zo snel mogelijk boosteren, zeker 50% kunt dempen. Dat is een realistische aanname. In de figuren loopt er een lijn bijna tegen het plafond aan – hij stopt in de curve, tenzij je de Y-as groter zou maken. Maar wat er in de figuren niet zit is het op een gegeven moment terugbuigen door het effect van het boosteren, omdat we nog niet weten hoe snel het boosteren in de tijd verloopt. Maar we moeten ervan uitgaan dat het boosteren de lijn dus echt weer sterk naar beneden zal duwen. Dus hoe sneller dat gebeurt, hoe sterker ook het dempend effect zal zijn. Stel dat het lukt om het op het niveau van 50% te krijgen, dan kun je die aantallen en die R-waarde ook lange tijd laag houden.

De voorzitter:

Mevrouw De Vries heeft een verhelderende vraag. Kort graag.

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

Er zit volgens mij een hele grote onzekerheidsmarge in het grijze gebied, vooral aan de bovenkant. Waarvan is die marge afhankelijk? Is dat puur op basis van waar je dan in de R zit? Of is dat op grond van dingen die we nu nog niet weten over de omikronvariant?

De heer Kuipers:

Dat laatste. We weten niet exact hoeveel besmettelijker die omikronvariant is. Daar zit het 'm in. Dus wat er is geplot in die lijn, is dat die variant tweeënhalve keer zo besmettelijk is. Maar als dat straks met meer gegevens anders blijkt te zijn, dan moet je ... Vandaar dat ik zeg: je kunt datzelfde model iedere keer opnieuw bijstellen. Het is het ziekenhuismodel dat we ondertussen al heel lang gebruiken en dat ik in het voorjaar ook bij de briefings liet zien, toen met een Britse en een andere variant. Maar de onzekerheid zit 'm in de vraag hoe besmettelijk en ziekmakend die variant nou precies is. Feitelijk blijkt dat uit de voortgang in de tijd. Jaap van Dissel zal daar veel over vertellen, verwacht ik. Je kijkt naar het buitenland. Engeland en Denemarken lopen bijvoorbeeld op ons voor. Maar ook in Engeland en Denemarken moet je voldoende data hebben van mensen van 50 jaar en ouder die besmet zijn met omikron en die enige tijd gevolgd zijn, voordat je kunt zeggen of het meer of minder

ziekmakend is. Dat zijn echt belangrijke gegevens. Als je twee dagen verder bent, heb je al weer meer info, en vier dagen verder nog meer.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Pouw-Verweij.

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

Ik heb ook alleen een korte verhelderende vraag, in aanvulling daarop. Er wordt dus uitgegaan van het R-getal dat in de sheets staat. De andere factor is de ziekmakendheid. Van wat voor soort ziekmakendheid wordt er uitgegaan? Is die hetzelfde als bij delta?

De heer Kuipers:

Voor nu is het antwoord daarop «ja», omdat dat voor nu het enige veilige is om te doen. Als we zouden zeggen «deze variant leidt tot de helft van het aantal ziekenhuisopnames», krijg je lagere curves. Maar als het vervolgens toch niet zo blijkt te zijn, ben je onaangenaam verrast. We kunnen voor nu dus even niet anders.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van der Plas.

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

Het St Jansdalziekenhuis in Harderwijk, maar ook andere ziekenhuizen, geven aan dat ze min of meer in de startblokken staan om de covidzorg daar te concentreren. Minister De Jonge heeft begin december gezegd dat hij «ná de winter wel twee of drie plekken wil uitproberen». Het lijkt erop dat we weer enorm achter de feiten aan blijven lopen. Ik ben eigenlijk wel benieuwd naar de mening van de heer Kuipers over het zo snel mogelijk inrichten van covidziekenhuizen.

De heer Kuipers:

Ik denk dat het ontzettend relevant is om dat te onderzoeken, met de nadrukkelijke aanname dat, en de opdracht om te onderzoeken of concentratie van covidzorg netto tot meer capaciteit leidt. Neem uw voorbeeld. Als het St Jansdal voor de regio het covidziekenhuis zou zijn, wat moet er dan gebeuren met de reguliere patiënten van het St Jansdal? Komen die ergens anders terecht, en kan dat? Leidt het overall, helemaal onder aan de streep, tot meer capaciteit? Of leidt het alleen maar tot het verplaatsen van capaciteit, waarmee je het nog complexer maakt? Dan moet je niet alleen covidpatiënten verdelen, maar ook andere patiënten, met alle verhalen die daarachter zitten van patiënten, verpleegkundigen en teams die op elkaar ingespeeld zijn. Het is zinvol om dat te onderzoeken, maar ik wil daarbij twee kanttekeningen maken. Veel van de covidpatiënten die in het ziekenhuis terechtkomen, zijn patiënten met onderliggende ziekten. Ze komen dus voor covid, maar ze hebben ook een hartprobleem, een neurologische ziekte of worden behandeld voor kanker of iets anders. Alleen covidzorg verlenen gaat dus niet op. Je moet complete teams en bijvoorbeeld een goede röntgenafdeling hebben. Met andere woorden, je moet een compleet ziekenhuis hebben. Als je covidpatiënten meer concentreert, kan het zo zijn dat je met dezelfde hoeveelheid personeel voor meer patiënten kunt zorgen, maar dat blijft de grote vraag. Het antwoord daarop heb ik tot nu toe nog niet.

De voorzitter:

Heel kort.

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

Even verduidelikend. De heer Kuipers zegt dus eigenlijk dat we het zo snel mogelijk moeten onderzoeken en we dus niet moeten doen wat de

Minister zei, namelijk «ná de winter weleens kijken of we dat ergens kunnen uitproberen»? Want de urgentie lijkt me hoog als ik uw antwoord beluister, ondanks alle mitsen en maren.

De heer Kuipers:

Als we nu – in de huidige fase, met de huidige bezetting en met de huidige druk op de kritiek planbare zorg – ziekenhuizen de opdracht zouden geven om dat uit te proberen, dan zullen alle ziekenhuizen, ook het mijne, zeggen: «Mogen we daar nu, hoe lastig ook, even mee wachten? Ik weet de uitkomst niet, maar ik weet wel dat we het voor de huidige situatie zo optimaal mogelijk hebben ingericht om het maximale te kunnen doen. Ik kan best oefenen, ik kan best piloten, maar doe dat nou niet in deze fase van de pandemie, want ik heb niet veel speelruimte. Ik kan me niet veroorloven om bij zo'n oefening even 5% aan capaciteit te verliezen.» Mijn antwoord is dus: ja, je moet het doen, maar doe het niet nu.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Kuipers. Dank u wel voor uw komst hier naar de Kamer om ons te informeren. Ik schors kort om de drie nieuwe sprekers te laten plaatsnemen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Blok 2

Gesprek met:

- de heer Eikelboom, directeur COVID-19-programmaorganisatie bij de GGD GHOR Nederland
- mevrouw Van Blankers, programmadirecteur van het COVID-19-vaccinatieprogramma van het RIVM
- de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM

De voorzitter:

Ik heet de drie nieuwe sprekers van harte welkom. De sprekers zijn de heer Van Dissel, die, denk ik, welbekend is, mevrouw Van Blankers, programmadirecteur van het COVID-19-vaccinatieprogramma van het RIVM, en de heer Eikelboom, directeur van de COVID-19-programmaorganisatie bij de GGD GHOR Nederland. Laten we maar direct doorgaan. Ik geef als eerste de heer Van Dissel het woord.

De heer Van Dissel:

Dank u wel, voorzitter. Ik wilde kort met u doornemen waar we nu staan, maar ik wil ook met name vooruitblikken op de omikronvariant. Waar staan we nu? Allereerst zien we een daling van het aantal positieve testen en een daling van de ziekenhuis- en ic-opnames, ofschoon de algemene belasting van de zorg nog steeds hoog is. We zien een relatieve afname van de deltavariant en een opkomst van de omikronvariant. In Nederland veroorzaakt omikron inmiddels zo tussen de 10% en 15% van de gevallen. We verwachten dat die variant binnen enkele weken dominant is. U heeft misschien gelezen dat die in Amerika inmiddels al zo'n 70% van de gevallen veroorzaakt. In Engeland is dat eigenlijk hetzelfde. Dan kom ik met name terug op de onzekerheden die we hebben ten aanzien van de omikronvariant en de voorspellingen die we met onzekerheden en onzekere aannames moeten doen. In een «worst possible case»-scenario zijn die voorspellingen zorgwekkend. Dat was natuurlijk ook de reden om te adviseren om de maatregelen aan te scherpen. Ten slotte laat ik u zien waarom een booster waarschijnlijk kan helpen tegen de verspreiding en de gevolgen van de omikronvariant.

Het volgende met betrekking tot de varianten in de kiemsurveillance in Nederland. Aan de linkerkant van de sheet ziet u een grafiek. Die is niet volledig bijgewerkt, maar het gaat even om de opeenvolgende pieken en de opeenvolgende kleuren die u ziet, allereerst van de wildtype. Dat was in Nederland de variant uit Noord-Italië en Oostenrijk. Vervolgens hadden we een jaar geleden de alfavariant uit Engeland en later de deltavariant, die zijn origine in India had. Inmiddels is er de omikronvariant, die zeer waarschijnlijk uit Zuid-Afrika komt. U ziet dus die opeenvolgende varianten, waarvan u steeds ziet dat ze de voorafgaande varianten wegdrücken omdat ze besmettelijker zijn.

Dat is weergegeven in de grafiek aan de rechterkant, waarin u weer opnieuw achtereenvolgens de alfa- en de deltavariant ziet. U ziet dat er ook nog een aantal was dat het in Nederland niet echt heeft gered. Die varianten zitten helemaal aan de onderkant van de as. U ziet in paars de opkomst van de omikronvariant, die buitengewoon snel gaat en in Nederland ongeveer elke tweeëneenhalve dag een verdubbeling kent. Dat is echt heel erg kort. In andere landen gaat dat zelfs nog sneller en je verwacht dan dat die variant procentueel gezien een steeds groter deel gaat uitmaken van het totale aantal infecties. Inmiddels zijn dus rond de 10% à 15% van de infecties omikroninfecties. In Amsterdam ligt dat overigens al wat hoger en elders in Nederland ligt het weer wat lager. Maar de voorspelling is dat de omikronvariant over korte tijd, al dan niet rondom kerst, eigenlijk 100% van de gevallen in Nederland zal veroorzaken.

De voorzitter:

Meneer Van Wassenberg. Een hele korte, verduidelijkende vraag.

De heer Wassenberg (PvdD):

Ja, dank voorzitter. Ik heb even een vraag bij het vorige plaatje. Klopt het dat de deltavariant eigenlijk helemaal niet afneemt, en dus niet verdrongen wordt? Want je ziet bij al die andere curves een duidelijke afname, maar de deltacurve lijkt toch redelijk stabiel te zijn.

De heer Van Dissel:

Ja. Maar ik zei u al dat dit plaatje nog niet bijgewerkt is, dus dit gaat nog tot de discopiek en kort daarna, en stopt dacht ik in september. Ik had gewoon geen bijgewerkt plaatje. U ziet natuurlijk dat we inmiddels veel verder zitten. Dan zie je dat effect wel ontstaan. Ik hoop dat ik de volgende keer een geüpdatet plaatje kan laten zien, maar het was meer even om u mee te nemen in de verdringen van de ene variant door de andere variant. Hier in de volgende grafiek ziet u dat weer, maar dan alleen maar voor de delta- en de omikronvariant. We verwachten dus dat de omikron voor januari dominant is en dat de delta daarmee verdrongen wordt. Wat natuurlijk de grote onbekende in het geheel is, is of de omikronvariant even ziekmakend is. Word je er even ziek van als van de deltavariant? De percentages van mensen die met ziekte thuis kunnen blijven en met ziekte naar het ziekenhuis of zelfs naar de ic moeten, zijn de percentages die we kennen van de alfa en de delta. De vraag is natuurlijk hoe die percentages liggen bij de omikronvariant. Zal straks blijken dat die toch minder ziekmakend is? En zal het percentage mensen dat in het ziekenhuis moet worden opgenomen, afnemen? U kunt zich voorstellen dat dat belangrijke consequenties heeft voor de druk op de zorg. Het kan ook zo zijn dat die gelijk blijft aan delta. We weten het eigenlijk nog niet zeker. Ik zal u aan het eind van het verhaal de meest recente getallen vanuit verschillende landen laten zien. Die geven daar eigenlijk ook nog geen zekerheid over. Dan heel kort de huidige situatie. Er waren de afgelopen week weer zo'n 20% minder meldingen dan de week ervoor. Er zijn ook minder testen verricht. U weet dat de mix van de testen wat anders geworden is met de zelftesten en je daar minder op kan varen, maar het is duidelijk dat het

aantal positieve testen in ieder geval wel afneemt bij de GGD'en. Aan de rechterzijde ziet u de bedbezetting. In het kleine grafiekje, in het midden daarvan, ziet u het aantal opnames. U ziet dat het aantal opnames aan het afnemen is. Met enige vertraging vindt u dat ook terug in de bedbezetting. Men is nu eenmaal gedurende één week à twee weken opgenomen, dus het duurt altijd enige tijd voordat een afname in opnamen zich vertaalt in een afname in bedbezetting. Maar het moge duidelijk zijn dat het beeld ook voorspeld dat we daar komende week nog een daling in zullen zien. De belangrijkste vraag is natuurlijk wanneer die daling weer gaat omslaan in een toename ten gevolge van de omikronvariant.

Dan neem ik u nog kort mee naar de effecten van vaccinatie, in dit geval natuurlijk op de delta. We hebben weer even de besmettingsmatrices bijgewerkt met informatie over wie wie besmet, waarbij de bron op de x-as, de horizontale as, staat en degene die besmet wordt op de verticale as. We hebben een matrix voor oktober en een matrix voor november, en daarbinnen is onderscheid gemaakt in wel gevaccineerden en niet-gevaccineerden. Dat kan uiteraard zowel de bron als de ontvanger betreffen. Bij deze plaatjes ziet u de grootte aan de cirkel, dus aan hoe groot de bollen zijn. Dat stelt het aantal voor. U moet zich realiseren dat dat geput wordt uit een bevolking die voor iets meer dan driekwart gevaccineerd is – het betreft de hele bevolking – en voor een ongeveer een kwart niet.

Ik wilde u even meenemen in wat hieraan onder andere te zien is, ook vanwege de schoolsluitingen. Wanneer u in de matrix over oktober naar de bron kijkt, ziet u helemaal links onderin bolletjes. Dat zijn de kinderen die kinderen besmetten. Als u in de matrix verder naar boven kijkt, ziet u dat de kinderen van 0 tot 12, die natuurlijk niet gevaccineerd zijn, ook een bolletje veroorzaken bij hun ouders, die deels gevaccineerd zijn. En u ziet omgekeerd aan de twee bolletjes op de x-as bij 30- tot 40-jarigen dat de gevaccineerde ouders soms ook weer besmettingen bij de kinderen veroorzaken. De scholen waren dus toch een haard van besmettingen, waarbij kinderen elkaar onderling besmetten, maar er ook wel degelijk besmettingen tussen ouders en kinderen waren.

Verder ziet u dat er besmettingen zijn tussen de ongevaccineerde bronnen en ongevaccineerde ontvangers, maar ook tussen gevaccineerde bronnen en gevaccineerde ontvangers. Daarbij moet u zich dus realiseren dat die bollen gelijk lijken, maar de groep gevaccineerden natuurlijk wel drie keer zo groot is. Uiteindelijk is er dus vooral een uitbraak van delta geweest onder ongevaccineerde personen.

Dan hebben we de afgelopen tijd ook kunnen beoordelen hoe effectief de vaccinaties nou tegen de besmettingen waren.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mag ik een verduidelijkende vraag stellen?

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema. Een korte, verduidelijkende vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, ik heb een korte verduidelijkende vraag. Het gaat over de vorige matrix, met de bolletjes. De aanname dat de kinderen opa's en oma's besmetten, lijkt mij hier niet duidelijk bevestigd te worden. Misschien kunt u daar iets over zeggen?

De heer **Van Dissel**:

Dat is aanzienlijk minder. Daar heeft u gelijk in. Het zijn dus vooral de ouders. U ziet kleinere bolletjes ... Ja, ik begrijp dat het voor u helder is. Ik wilde u verder even meenemen naar onderzoeken die het RIVM nog heeft verricht ten aanzien van de effectiviteit van de vaccinatie – dan

bedoel ik niet de booster maar twee vaccins, de gewone vaccinatierreeks – tegen infectie met klachten. Soms is de infectie ook zonder klachten, en dan wordt de persoon opgespoord in het kader van bron- en contactonderzoek door de GGD. U ziet hier samengevat dat de vaccineffectiviteit zonder booster eigenlijk al heel erg hoog is: 80% tot 85% tegen infectie met klachten. U ziet ook dat die voor de oudere personen, 70-plussers, wat lager is. Hetzelfde getal vind je terug wanneer je je concentreert op een geselecteerde groep die soms wordt getest nog zonder klachten te hebben. Dan ziet u dat die vaccineffectiviteit wat minder is.

Dat vertaalt zich ook naar deze grafieken. Deze grafieken tonen aan de linkerkant de effectiviteit van vaccinatie in de tijd binnen verschillende leeftijdscohorten. Aan de rechterkant tonen ze precies hetzelfde, maar dan op grond van inventarisatie bij personen die in het kader van bron- en contactonderzoek worden getest. In het grafiekje met het bruine vierkant eromheen zie je dat de vaccineffectiviteit overall best redelijk is tegen infectie met klachten. Die ligt boven de 75%. Dat start rond de 80 jaar. Die effectiviteit neemt in de loop van de tijd langzaam af. Dat is wat de x-as voorstelt. De groep die er uitspringt, is de groep van 70-plussers. Die effectiviteit begint wat lager en lijkt ook wat eerder te dalen. Hetzelfde ziet u terug aan de andere kant.

Daaronder hebben we de verschillende vaccins individueel uitgegroot. Bij alle vaccins ziet u het beeld. Er is één opmerkelijke uitslag en die is van vaccinatie door Janssen, want daar gebeurt het tegenovergestelde. Kort na vaccinatie is de effectiviteit relatief laag, maar om de een of andere reden is dat blijkbaar een vaccin dat op de wat langere termijn immuniteit oproept. Die lijn kruipt omhoog, interessant genoeg ook in de grafiek van de hoogste leeftijdsgroep, al is het aantal bepalingen daar gering en de onzekerheid dus groot. Samengevat, u ziet een goede tot redelijke effectiviteit van alle vaccins, u ziet een afname in de tijd – dat geldt niet voor Janssen – en u ziet dat bij de ouderen de vaccineffectiviteit wat lager is, terwijl die voor Janssen wat lijkt toe te nemen. Maar nogmaals, die aantallen zijn kleiner en de onzekerheid is groter.

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij. Een korte vraag.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Ik vroeg me af of u hier nog iets meer toelichting bij kunt geven. Eerdere onderzoeken lieten juist zien dat Janssen het heel slecht deed, waardoor er zelfs gesproken werd over de vraag of mensen uit de Janssengroep niet eerder geboosterd moeten worden. Dit is zo'n totaal ander beeld. Kan daar iets van toelichting op komen?

De heer Van Dissel:

Dit zijn de getallen van het aantal personen dat wel of niet geïnfecteerd raakt. Dus even los van wat je allemaal gelezen hebt over reageerbuizen, experimenten en dergelijke en wel of geen Janssen, is dit uiteindelijk het effect van die vaccinaties in de praktijk. Van Janssen was vanaf het begin natuurlijk al wel bekend dat dat vaccin waarschijnlijk een opbouwperiode nodig had – dat is ook in het begin wel gezegd – en dat de bescherming kort na vaccinatie misschien wat lager zou liggen dan bij de andere vaccins. Eigenlijk ziet u dat hier allemaal terug. Over de vraag wat de immunologische onderliggende reden is – waarom reageert het lichaam zo? – laat ik u straks wat zien, maar dat zal gewoon onderzocht moeten worden. Maar dit is uiteindelijk het effect van de vaccinaties in real life. Dit is een wat gunstiger beeld van alle vaccins dan ik had gedacht, want als een vaccin al voor 85% werkt, dan moet je je natuurlijk ook afvragen wat de toegevoegde waarde is van een booster, bijvoorbeeld tegen de deltavariant. U ziet ook dat de vaccinreactiviteit bij de alleroudsten lager is

en sneller daalt. Het zou best kunnen dat je in die specifieke groep het positieve effect van boosters gaat ophalen.

De voorzitter:

Meneer Van der Staaij, u gaf aan ook nog een vraag te hebben, maar ik wil u wel vragen om de heer Van Dissel zo veel mogelijk het verhaal te laten afmaken. Gaat uw gang.

De heer Van der Staaij (SGP):

Heel kort. Hebben we ook plaatjes van de effectiviteit van een doorge-
maakte infectie?

De heer Van Dissel:

Nee, die heb ik hier niet. Die zouden we apart moeten maken. Ik wil best kijken of we dat voor de volgende keer kunnen doen. Want daar liggen natuurlijk ook, zeker na de omikron, weer heel interessante vragen. Daar zeg ik iets over, maar die effectiviteit is in ieder geval niet in dit plaatje opgenomen.

Nog even kort samengevat – maar ik ga er kort overheen, want dit heb ik u de vorige week ook laten zien. De vaccineffectiviteit is tot 70 jaar best heel goed, zowel voor ziekenhuisopname als voor ic. Boven de 70 valt die effectiviteit wat lager uit en is die gemiddeld 90% tot 95%.

Het volgende plaatje sla ik gezien de tijd over. Dat heb ik de vorige keer ook toegelicht. De essentie hiervan is dat je ziet dat de ziekenhuisopnames en de ic-opnames toch vooral uit de groep personen komen die niet gevaccineerd zijn. Dat zie je natuurlijk het beste wanneer je het corrigeert voor het aantal personen dat in Nederland wel of niet gevaccineerd is. Dat kun je op dit plaatje in de twee rechter grafieken het beste zien.

Dan nog even een vooruitblik. We maken van dezelfde technieken ook gebruik om te kijken of we al iets kunnen voorspellen over dezelfde vaccineffectiviteit – voor de duidelijkheid: zonder booster – ten aanzien van omikron. Daarvan ziet u hier een analyse, die er kortweg op neerkomt dat we verwachten dat de vaccineffectiviteit tegen de omikronvariant ongeveer vier tot vijf keer lager ligt dan de vaccineffectiviteit tegen de deltavariant, die ik u net heb laten zien. Aan de linkerzijde ziet u een aantal bepalingen van PCR, waarbij de lijn de toename van de omikronvariant weergeeft. U ziet dat dat in deze twee laboratoria, van Saltro en Synlab, ongeveer op 12,5% kwam in deze fase van de analyse. Dan kun je vervolgens nagaan of men wel of niet gevaccineerd is. Daarvoor zijn uiteindelijk zogenaamde odds ratios te bepalen en kun je ten slotte terugbepalen wat de vaccineffectiviteit is.

Dus waar ik u net eigenlijk een gunstig beeld toonde van de deltavariant van een reeks van twee vaccins zonder booster, laat ik u hier zien dat dat voor de omikron niet zal opgaan. Ik kom straks nog even terug op wat daarvan misschien de achterliggende reden is.

Dan de samenvatting van de epidemiologie over de piek van de ziekenhuis- en ic-opnames heen, ook over de piek van het aantal meldingen heen. Er liggen natuurlijk ook nog wel een aantal patiënten in Duitsland. De oversterfte lijkt licht te dalen; dat heb ik u verder niet laten zien. Het aantal testen daalt, met name ook het aantal positieve testen. Met betrekking tot de vaccineffectiviteit heb ik u laten zien dat de basisreeks tegen delta eigenlijk best redelijk tot goed werkte, dat dat met name in de alleroudste groep minder was en dat dezelfde basisreeks tegen de omikronvariant zeer waarschijnlijk veel minder zal werken. De eerste gegevens daarvan kunnen we ook in de Nederlandse situatie ophalen.

Op de booster zal mijn collega zo ingaan. De bereidheid tot zo'n booster is sterk gestegen, wat we als heel positief zien, al zie ik 80% nog liever op 100%.

Dan zijn er ten slotte een aantal verschillen tussen de delta- en de omikronvariant weer te geven. Ik ga straks natuurlijk in op de voorspellingen. Terugkijkend op de deltavariant zien we dat een heleboel infecties hebben plaatsgevonden onder de groep die niet gevaccineerd was. Uiteindelijk is dus het niet bereiken van een voldoende hoge vaccinatiegraad in onze ogen de belangrijkste reden voor de delta-uitbraak. Binnen de groep die wel gevaccineerd was, heb je een groep die minder reageert op de vaccins dan de overige groepen. Dat zijn eigenlijk de alleroudsten, wat ook de groep was die vooral in het ziekenhuis werd opgenomen en daar voor ongeveer de helft van de gevallen verantwoordelijk was met onderliggende medische problemen. Maar ook toch in twee derde van de gevallen met eigenlijk een hele redelijke antistofreactie, waardoor het opnieuw op dit moment nog moeilijk is om te zeggen in hoeverre die vaccins ook daar echt gefaald hebben. Het herstel na booster hebben we eigenlijk nog niet teruggevonden in de getallen, maar u ziet dat de getallen in ieder geval wel dalen. Voor die oudste groep is het waarschijnlijk dat ze minder reageren op de vaccins, waardoor het deels toch een gevoelige groep is gebleken. Die omikronvariant heeft echt andere kenmerken. Die verspreidt zich aanzienlijk sneller. In twee tot drie dagen zien we een verdubbeling. Dat is natuurlijk echt heel erg snel, aanzienlijker sneller dan de deltavariant.

Er zijn nog een groot aantal onzekerheden. De belangrijkste is: hoe ziek word je er nou eigenlijk van? Dat weten we nog niet zeker. Dat er ziekenhuisopnames zijn, is wel duidelijk. Dat zal ik u straks laten zien. Er zijn inmiddels ook ic-opnames. Ook is een aantal personen komen te overlijden. Maar omdat die omikronvariant zich nog niet breed genoeg onder de bevolking heeft verspreid, en dus ook nog niet alle kwetsbare groepen heeft bereikt – dat is ook nog niet in Engeland gebeurd, voor de duidelijkheid – weten we dus eigenlijk nog niet in hoeverre dat leidt tot ziekenhuisopnames van met name die kwetsbare groepen. Een belangrijke vraag is natuurlijk toch: in hoeverre bieden de vaccinaties die nu gegeven zijn, al of niet versterkt door een booster, bescherming tegen die omikronvariant? En ten slotte – de heer Van der Staaij verwees er net naar – is een belangrijke vraag: maakt het uit of je een eerdere infectie hebt doorgemaakt?

Ik zal met u snel de verschillende modellen doorlopen die zijn gebruikt. Die voorspellen op langere termijn echt een behoorlijke ziekenhuisbelasting. Allereerst is de R-waarde een belangrijk gegeven. Die zit nu onder de 0,9; dat geldt voor de deltavariant, voor de duidelijkheid. Daar zie je de effectiviteit van de maatregelen die eind november genomen zijn in terug. We hebben allereerst de voorspelling op basis van de meldingen nu. De gedachte daarbij is eigenlijk heel rechtlijnig: je weet hoeveel meldingen er vandaag zijn, je weet dat die meldingen eventueel leiden tot ziekte die ziekenhuisopname behoeft over circa een week, je kan die relatie vaststellen op grond van de afgelopen weken en dan kan je gaan voorspellen hoeveel opnames het worden. Dat houdt uiteraard geen rekening met gedragsveranderingen, met de booster of met andere maatregelen. Het verschilt per leeftijdsgroep, maar daar kan je allemaal voor corrigeren. Uiteindelijk leidt het tot dit soort overdrachtsfuncties, waarbij in de tijd het aantal personen dat wordt opgenomen staat weergegeven als fractie van de hele groep meldingen van de verschillende leeftijdscategorieën. Daarbij staat de hoogste leeftijdscategorie bovenaan, omdat daarbij sprake is van de meeste opnames. De jongste leeftijdscategorieën ziet u aan de onderzijde, want daar komen heel weinig ziekenhuisopnames uit voort. Dat is een gegeven. Op grond van deze lijnen, die je kunt doortrekken, kan je dus ook gaan berekenen of een melding van vandaag in een bepaalde leeftijdsgroep al of niet leidt tot een ziekenhuisopname. Is men eenmaal in het ziekenhuis, dan ziet u dat de kans om naar de ic te moeten, ongeveer gelijk is gebleven, namelijk één op de vijf patiënten, ongeveer 20%, dus 0,2.

Deze gegevens hebben geleid tot deze weergave van het aantal opnames per leeftijdscategorie. U ziet dat er in de jongste leeftijdsgroepen – die ziet u linksboven – nauwelijks ziekenhuisopnames zijn. Aan de onderzijde van de grafieken ziet u dat er in de oudere leeftijdsgroepen in de verschillende golven behoorlijk wat ziekenhuisopnames zijn geweest, ook in de 80-plusgroep, terwijl u die groep bijvoorbeeld weer nauwelijks terugvindt op de ic. Dat is omdat we weten dat een ic-behandeling op die leeftijd bij alle onderliggende medische problemen eigenlijk helemaal niet zinvol is. U ziet dat op de ic dus wat jongere personen zijn opgenomen dan personen die in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest.

Waar leidt dit toe voor de komende week? Dat ziet u in deze grafiek weergegeven. Met de zwarte bollen zijn de actuele getallen van enerzijds de ziekenhuisopnames aan de linkerkant en anderzijds de ic-opnames aan de rechterzijde weergegeven. Dat zijn dus de dagelijks gemeten getallen. Daardoorheen gefit zijn de getallen op grond van die overdrachtsrelatie die ik net liet zien. Dat is de voorspelling voor een week vooruit, op grond van de meldingen die de afgelopen dagen zijn binnengekomen. U ziet dat voor de delta geldt dat we de komende week verwachten dat het alleen nog maar een weg omlaag is, maar de vraag is natuurlijk wanneer we een knik gaan zien door de omikronvariant. Dat laat ik u zien in het transmissiemodel. Dat is een complex model dat uitgaat van onderlinge contacten, van overdracht van het virus en van veranderingen in gedrag. In het model kunnen de boosters, de vaccinaties en de maatregelen worden meegenomen. Het wordt steeds gefit op de actuele ic-opnames. Voor de omikronvariant zitten er natuurlijk een heleboel onzekerheden in. Daar kom ik straks nog op terug. Maar met de beste kennis van nu kunnen we die modellen natuurlijk wel een voorspelling laten doen. Een van de belangrijke aannames heeft betrekking op hoe snel die omikron gaat toenemen. U ziet hier dat de voorspelling voor de situatie in Nederland, in het paars, en de situatie in België en in Denemarken op grond van internationaal uitgewisselde gegevens voor alle landen ongeveer gelijk is. De lijn loopt in gelijke mate omhoog. U kunt zien hoe snel de vermeerdering van de omikron in Nederland gaat. Daar krijgen we dus een betrouwbaar getal uit.

Dan hebben we vervolgens een aantal getallen nodig met betrekking tot de effectiviteit van de huidige vaccinaties tegen infectie en ziekenhuisopnames. U ziet hier weergegeven welke schattingen in de modellen worden gebruikt met betrekking tot de effectiviteit tegen zowel de deltavariant – die is er natuurlijk ook nog, dus die wordt ook in het model meegenomen – als de omikronvariant in de verschillende situaties, met en zonder booster. Aan de rechterzijde ziet u het model van het RIVM. U ziet ook welke getallen de London School of Hygiene & Tropical Medicine en Imperial College London meenemen. Dat zijn de twee grote modelleringsgroepen in het Verenigd Koninkrijk. U ziet eigenlijk dat die getallen heel redelijk overeenkomen. Die zijn gebaseerd op schattingen die zijn gedaan op basis van de actuele getallen, die in Nederland voor ons, en voor de andere twee modellengroepen natuurlijk de getallen in Engeland. Waar leidt dat dan toe? Dan kom ik nog even op de vaccinatie en de boosters.

De voorzitter:

Mevrouw Van de Berg. Een korte verduidelijkende vraag.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ja. Dank u wel, voorzitter. Bij omikron staat op de tweede regel 24 tot 44 bij de London School of Hygiene en 25 bij het Imperial College, en dan kiezen wij voor 21, wat daaronder zit. Kunt u daar wat over zeggen?

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat waren de getallen die ik net toonde, waarbij we lieten zien dat het ongeveer vijf keer minder wordt. Wij schatten het dus net iets lager in, maar het zijn geringe verschillen. Het is echt een nuance. Maar het geeft wel aan dat er nog onzekerheden zijn en dat het tegen kan vallen, maar dat het ook mee kan vallen. Ik zal u zo meteen de beste voorspellingen op dit moment laten zien. Dat zijn wel sombere voorspellingen, dus die gaan uit van de meest sombere aannames, als ik het zo mag zeggen.

Wat we natuurlijk ook nodig hebben, zijn de vaccinaties en de eventuele booster, ook voor de toekomst natuurlijk. U ziet hier aan de linkerzijde de gegeven vaccinaties met de verschillende vaccins. Aan de rechterzijde ziet u de voorspelling van hoe snel de boostercampagne zal verlopen. Die gegevens hebben we uiteraard opgehaald bij het programma voor het geven van die boosters. We gaan ervan uit dat uiteindelijk 80% van de personen die een eerste vaccinatie hebben gehaald, de boostervaccinatie komt halen. Als dat 100% is, dan heeft dat natuurlijk een iets gunstigere invloed op de modellering.

Wat voor modellen en modellering levert dat op? Hier ziet u dat even voor de korte termijn. Daarbij ziet u het hele beloop vanaf de allereerste golf. U ziet de deltagolf helemaal aan de rechterzijde van de twee grafieken, en u ziet de ziekenhuisopnames en de ziekenhuisbedbezetting. Het is duidelijk dat we nog in een golf omlaag zitten, maar dat we verwachten dat we binnen hele korte tijd een golf omhoog krijgen. De omikronvariant neemt de infecties van die golf voor z'n rekening. Er staat ook een vraagteken bij, want u ziet de lijn omhoogschieten tot buiten de grafiek. Ik kom zo nog even terug op hoe we denken dat het beloop daarvan is.

Hetzelfde kun je nu voor de ic-opnames plotten. Ook daarvoor zitten we momenteel nog in een neergaande lijn, met de verwachting dat er deze week minder ic-opnames zullen zijn en dat de bedbezetting uiteindelijk ook nog wat verder afneemt. Maar ook hier ziet u weer een stijgende lijn vanwege de opkomst van die omikronvariant, die zich veel sneller verspreidt en dus in korte tijd veel infecties veroorzaakt. En als er veel infecties zijn, zal altijd een percentage daarvan voor opnames zorgen. Doordat dat dan zo snel gaat, wordt in wezen die stijgende lijn veroorzaakt.

Hoe zien die lijnen er dan uit als je meer inzoomt? Hier staan weer een heleboel onzekerheden weergegeven. De meeste heb ik genoemd, dus ik neem u meteen mee naar de voorspellingen. Dan ziet u in deze grafiek de voorspellingen met betrekking tot ziekenhuisopnames, en op de grafiek erna die met betrekking tot ic-opnames. Ik ga voor de presentatie meteen door naar de ic-opnames. U ziet hier de doorgetrokken lijnen op grond van dat transmissiemodel. Die lijnen lopen enkele maanden vooruit. Ik wil nogmaals benadrukken dat er buitengewoon veel onzekerheden zijn, waarbij de onzekerheden hier meer naar de sombere richting in het model ingevuld zijn dan naar een optimistische richting. Maar u ziet dat we in zo'n «worst possible case»-scenario zelfs bij een snelle lockdown, zoals nu gerealiseerd is, toch nog gedurende een belangrijke periode meer dan 100, zelfs tot 150, ic-opnames per dag verwachten. Dat is natuurlijk mits – daar kom ik zo nog even op terug – de omikron niet alleen tot ongeveer evenveel ziekenhuisopnames leidt als de delta, maar ook tot evenveel ic-opnames vanuit het ziekenhuis. Dat zou best kunnen wisselen. Maar dit zijn die sombere voorspellingen die natuurlijk ook getoond zijn.

De **voorzitter**:

Een korte, verduidelijkende vraag van mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik heb een vraag over de blauwe lijn. Daar staat: «strenge lockdown vanaf kerstvakantie». Wordt daarmee bedoeld: vanaf afgelopen zaterdag? Of is dat een lockdown vanaf komende kerst?

De heer **Van Dissel**:

U ziet hier een berekening voor drie situaties, waarbij de ingang van de lockdown een week later ligt dan we nu hebben gerealiseerd. De kennis op basis van deze grafieken was namelijk dermate verontrustend dat het OMT erop heeft aangedrongen om het een week eerder te doen, want die week eerder zou betekenen dat de piek toch weer wat verder daalt. Dan knabbel je namelijk aan de achterzijde van de grafiek er weer wat af, zeker als we erin slagen om de boostercampagne zo uit te voeren zoals nu is geprojecteerd.

U ziet ook dat de piek alleen maar hoger wordt als je te lang, in onze ogen, zou wachten en dat de sterke beperking van sociale contacten en daarmee indirect ook de doorgifte van het virus door middel van een strenge lockdown een positief effect heeft op de verwachtingen. Deze getallen en grafieken deel ik ook met mijn internationale collegae. Ik wilde dat trouwens nog even laten zien. Ik heb u vorige week laten zien wat men in Engeland berekend had, want dat was toen net uit. Ik ga niet al deze grafieken doorspreken, maar het komt erop neer dat je, als je de Engelse getallen projecteert op een populatie van ongeveer 17,5 miljoen, uitkomt op de projecties die ik u net liet zien.

In de internationale contacten valt natuurlijk op dat de OMT's van verschillende andere landen dezelfde projecties geven, maar op de een of andere manier de politici er nog niet van overtuigd hebben dat daar meer moet gebeuren. Maar u leest natuurlijk ook in de kranten dat daar allerlei dingen gaande zijn. Engeland overweegt toch weer strengere maatregelen. Denemarken is natuurlijk al een heel stuk in die richting. Duitsland, België, Frankrijk. Iedereen kijkt natuurlijk naar die projecties en probeert in te schatten wat dat betekent voor hun land, en probeert ook een inschatting te maken – daar eindig ik straks mee – of het wel even ziekmakend is. Dat is natuurlijk een belangrijk gegeven hier. Voor de duidelijkheid: stel dat het maar voor de helft ziekmakend is, dan gaan deze grafieken natuurlijk dalen. Maar in alle realiteit, als je 125 ic-opnames met de helft weet terug te brengen, kijk je altijd nog naar een grotere golf dan de deltagolf. Dus helemaal geruststellend is dat ook niet. Zoals ik straks al heb laten zien, weten we het gewoon nog niet, maar de eerste getallen zijn wat dat betreft helaas niet erg geruststellend.

In de ziekenhuisprognoses en de ic-prognoses, maar in zijn algemeenheid voor de hele zorg, want dit geldt ook voor de langdurige zorg, de verpleeghuizen en natuurlijk ook voor de huisartsen en de wijkverpleging, kijken we naar een hoge piek ten gevolge van een zeer snelle verspreiding. Die kan niet anders dan ertoe leiden dat in korte tijd vele mensen ziek zijn. De ervaring heeft geleerd dat als vele mensen ziek zijn, toch een bepaald percentage ervan in het ziekenhuis komt. Als die groep heel erg groot is, kijk je altijd tegen een grotere groep aan die naar het ziekenhuis moet, ook al is het ziekmakende vermogen uiteindelijk misschien wat minder. Daar zitten allemaal onzekerheden in, maar u begrijpt dat we toch ook deze sombere scenario's doorgezet hebben, om het urgentiegevoel dat omikron bij ons in ieder geval veroorzaakt heel duidelijk door te geven.

Dan hebben de modellers ook uitgerekend welke leeftijdscategorieën je met name kunt verwachten in de ziekenhuizen en op de ic. Die blijken eigenlijk niet veel anders te zijn dan wat we momenteel ook hebben gehad, maar het geeft als het ware een focus op de groepen die je zo snel mogelijk in beeld wilt hebben voor een boostervaccinatie. U ziet dat het grofweg dezelfde groepen zijn, beginnende bij 50, 55 jaar. Mijn collega zal u zo meenemen in hoe snel deze groepen kunnen worden gevaccineerd, denk ik. Dan wilde ik toch nog heel even wat vertellen – daar was al een vraag over – over de achtergrond ten aanzien van de werkzaamheid van de vaccins naar de deltavariant en naar de omikronvariant. Het virus zelf ziet u helemaal rechtsboven. Ik heb de bolletjes met «delta» en «omikron» omcirkeld. Dat zijn de zogenaamde spike-eiwitten waarmee het virus

aanhecht aan de lichaamscel. In het weekend heb ik daarvan gezegd: u moet zich voorstellen dat zo'n virus een ander jasje aantrekt. Als dat jasje van blauw naar rood gaat, dan kunnen de antistoffen het jasje eigenlijk niet meer herkennen en kan het virus dus deels ontsnappen aan de afweer. Dat is eigenlijk ook wat je ziet gebeuren. Aan de linkerkant ziet u de grafiek die ik u vorige week ook heb getoond en die voor in dit geval de Pfizervaccinatie aangeeft wat de effectiviteit is tegen delta. Ook ziet u de eerste getallen voor omikron die uit Engeland komen. U ziet dat de effectiviteit tegen delta afneemt en met de booster weer omhooggaat. Dat zijn de blokjes. In de cirkels ziet u de vaccineffectiviteit tegen omikron, die initieel hoog is maar eigenlijk sneller verloren gaat, vervolgens heel laag is en door de booster weer kan worden opgepept.

Datzelfde ziet u aan de rechterkant weergegeven, voor een eerste en een tweede vaccinatie. De rode lijn geeft als het ware aan wat de bereikte vaccineffectiviteit is tegen, in de geel/bruine kleur, delta en tegen, in blauw, omikron. U moet zich daarbij realiseren dat het vaccin überhaupt gemaakt is tegen de Wuhanvariant, die natuurlijk allang niet meer circuleert. Elk volgend virus wijkt steeds meer af van de oorspronkelijke variant. Het feit dat het tegen delta minder doet, betekent niet dat de afweer niet goed is, want die is nog net zo goed, maar dan tegen de Wuhanvariant. Delta en vooral omikron zijn zo afwijkend van het oorspronkelijke virus dat het domweg minder herkend wordt. Dat kan je het vaccin niet verwijten, want dat probeert nog steeds het Wuhantype op te pakken. Het is niet zo dat dit waning immunity is tegen omikron of delta, zoals ik veel lees. Het virus wijkt domweg af van het oorspronkelijke virus. Je kan dus ook eigenlijk niet verwachten dat het vaccin optimaal reageert. Desalniettemin ziet u voor delta een redelijke activiteit. Daar hebben we natuurlijk ook gebruik van gemaakt tijdens de afgelopen golf. Maar voor de omikronvariant ligt dat aanzienlijk pessimistischer. Dat betekent dat iemand die net zijn tweede vaccin heeft gehad redelijk beschermd lijkt, maar dat de verwachting is, zoals u ook aan de linkerkant ziet en in het linker grafiekje aan de rechterkant, dat de effectiviteit daarna snel afneemt. Met de booster kunnen we dat opplussen. Maar dan verwacht je natuurlijk ook weer dat dat met de tijd weer wat zal afnemen, al is de verwachting van de immunologen dat dat minder snel zal zijn dan na de eerste vaccinatie.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Begrijp ik goed dat die booster nog steeds de booster is die gemaakt is voor de Wuhanvariant?

De heer **Van Dissel**:

Exact. Dat is een goede vraag. Blijkbaar pept het toch weer op en geeft het zo veel min of meer specifieke kruisreactie dat je weer meer effectiviteit ziet. Omdat de effectiviteit tegen omikron eigenlijk zo afhankelijk is van hoe snel je na die booster zit, kan je ironisch genoeg beargumenteren dat de boostervaccinatie zo kort mogelijk voor het opkomen van omikron moet. Want dan neem je als het ware de hoogste effectiviteit mee tegen het omikronvirus, waarvan je verwacht dat het in de loop van weken tot maanden weer zal afnemen. Vandaar dat we hebben aangegeven dat we eigenlijk moeten verwachten dat er aangepaste vaccins worden gemaakt. Dat is uiteindelijk heel erg belangrijk. Het zou kunnen, zeker als omikron over de hele wereld dominant wordt en ook weer kan terugkomen, dat je eventueel weer een keer een vaccinatie met omikron moet geven, omdat je dan wel heel specifiek kunt vaccineren. Dat is eigenlijk ook uw vraag.

De **voorzitter**:

Nog een hele korte verduidelijkende vraag. Maar nogmaals, ik wil u vragen om de heer Van Dissel en andere sprekers zo veel mogelijk hun verhaal te laten houden en pas daarna vragen te stellen.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Voor de omikronvariant gaat het lijntje op een gegeven moment door de nullijn en wordt negatief. Hoe kan dat?

De heer **Van Dissel**:
U bedoelt van het onzekerheidsinterval.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):
Ja, het onzekerheidsinterval.

De heer **Van Dissel**:
Dat kan natuurlijk, want dat gaat zowel omhoog als omlaag en dan kan het in theorie best door de nul gaan. Maar dat betekent, voor de duidelijkheid, niet dat er patiënten zijn waarbij het een negatief effect heeft. Het is gewoon het onzekerheidsinterval dat groot is. Dat komt ook omdat het een relatief gering aantal personen is dat precies in deze situatie zit. Public Health in Engeland heeft het dus zo berekend, maar de onzekerheden zijn natuurlijk groot. De schatter, waar het eigenlijk om gaat, is de cirkel. Daaraan ziet u gewoon dat Pfizer uiteindelijk tegen omikron een werkzaamheid van tussen de 20% en de 30% zal hebben als je ruim een halfjaar na de initiële vaccinatie zit. Dat toont deze afbeelding. Dan wilde ik u kort laten zien dat dezelfde getallen niet alleen in Engeland maar ook in Nederland worden verzameld. U ziet hier getallen van het Erasmus Medisch Centrum, van de groep van Marion Koopmans, die u ook regelmatig ziet. Linksboven ziet u op verschillende tijdstippen na vaccinatie met AstraZeneca, Janssen, Moderna en Pfizer het beloop van de antistoffen. U ziet bij AstraZeneca dat de eerste groep hoger ligt dan de tweede groep. Met andere woorden: in een aantal weken of maanden tijd is het aantal antistoffen afgenomen. Wat ook interessant is, is dat u hier terugziet dat dat voor Janssen veel constanter blijft c.q. lijkt op te lopen. Dat komt dus mooi overeen met de reallifedata van patiënten die ik u net liet zien, waaraan je zag dat het Janssenvaccin eigenlijk wat effectiever werd. Dat ziet u hier ook weergegeven voor Pfizer en Moderna. Die beginnen wat hoger maar die dalen na enige tijd ook. En aan de rechterzijde van de bovenste grafiek ziet u dat de afname van de reactiviteit van bloedcellen daar veel minder duidelijk is. Dat zijn de zogenaamde T-cellen, die in het bloed circuleren en die behoren tot het afweersysteem en een rol spelen bij de afweer tegen virusinfecties. Die T-cellen behouden dus blijkbaar hun reactiviteit, meer dan de antistoffen, die in aantal dalen. Hetzelfde plaatje ziet u eigenlijk rechtsonder, waar het effect van de booster is weergegeven. Voor de antistoffen heb ik omcirkeld de reactiviteit tegen omikron. U ziet dat die boven de nullijn uitkomt. Die wordt dus wat opgepept door zo'n boostervaccinatie. Maar wanneer je het vergelijkt met de andere varianten, delta en alfa, dan zie je dat ze wel lager uitkomen. Dat heeft alles te maken met het feit dat die omikron inmiddels een stuk veranderd is ten opzichte van delta, alfa en de oorspronkelijke virussen. En opnieuw ziet u aan de rechterzijde dat de T-cellen nog wel goed reageren. In de ene arm van de twee armen van het afweersysteem, de antistoffen, ziet u dus een afname, behalve in dit geval van Janssen. En u ziet dat de cellulaire afweer via de afweercellen in het bloed, de T-cellen, redelijk constant blijft.

Dan kom ik op de adviezen, en daarna sluit ik snel af met wat informatie uit het buitenland.

De adviezen waren helder. We zien een verontrustende toename van de belasting van de zorg op ons afkomen. We kunnen dat vertragen en uitsmeren door zo snel mogelijk de contacten ernstig te beperken. Dat betekent in dit geval dat we teruggaan naar een lockdown met dezelfde karakteristieken als vorig jaar rond deze tijd. Het vertragen en verlagen van de piek is daarbij het primaire doel. Uiteraard willen we ook de belasting van de zorg zo veel mogelijk terugbrengen, om ruimte en lucht

te creëren voor de omikron en ook om de booster op stoom te krijgen en te houden en eventueel te versnellen, zodat je de optimale afweer hebt in de bevolking om nog zo veel mogelijk van de infecties tegen te gaan. De overige klachten blijven eigenlijk precies gelijk; dat wil ik benadrukken. Die hebben namelijk betrekking op het aantal contacten, en contacten kunnen potentieel leiden tot overdracht van het virus. We hebben hier de vaccinatie aan toegevoegd, want die is, met de booster, een zo belangrijk onderdeel geworden dat we die in de pictogrammen opnemen. Dan wilde ik u nu kort een aantal dingen tonen uit het buitenland. Allereerst zijn dat natuurlijk de getallen zelf. Daarbij valt op dat zowel Denemarken als het Verenigd Koninkrijk toch weer behoorlijk in een stijgende lijn zitten. Voor Denemarken is dat natuurlijk nog goeddeels het deltavirus, maar omikron zal het daar steeds meer overnemen. Maar je ziet dat ook Denemarken, dat een van de hoogste vaccinatiegraden heeft maar ook een van de hoogste boostervaccinatiegraden tegen delta, desalniettemin nu ongeveer het hoogste zit van Europa. Hetzelfde geldt voor het Verenigd Koninkrijk. Die zijn zowel wat betreft de primaire vaccinaties als wat betreft de boosters ook een van de hoogste in Europa, maar ook die zien inmiddels een toename. Die is wat betreft de laatste twee weken natuurlijk aan omikron te wijten, maar voor de weken daarvoor nog aan delta. In deze getallen ziet u terug dat de booster belangrijk is voor de deltavariant maar dat het complexer is dan alleen dat. Hetzelfde geldt voor Frankrijk; ook dat zit hoog maar ook daar ziet u de stijging. Nederland zit in een dalend been, zoals wij dat noemen, net als België, maar al met al is het voor een aantal landen in Europa toch een verontrustend beeld. Dat geldt zeker voor Denemarken en Engeland, waar je toch een geweldige toename ziet en het dominant worden van een omikron, die nog veel sneller gaat. Hoe gaat men dat opvangen als het toch leidt tot veel ziekenhuisopnames?

Wat betreft die ziekenhuisopnames hebben we drie bronnen, die voorlopen op Nederland en waar we dus uit kunnen putten. De eerste bron is Zuid-Afrika. Ik heb van Public Health in Zuid-Afrika helaas nog geen rapportages gezien. Er is wel een rapportage van Discovery Health, een van de verzekeringsmaatschappijen, die zo'n 3 miljoen Zuid-Afrikanen verzekert voor gezondheidsproblemen en de kosten daarvan, maar die is zeer beperkt. U zie op deze sheet dat zij zeggen dat de vaccinaties nog wel wat helpen maar dat dit toch verlaagd is tot zo'n 33%. En dan maken ze een vergelijking, want je moet natuurlijk altijd een vergelijking maken, die naar mijn idee niet helemaal terecht is, omdat het een vergelijking is met een golf die veel te vroeg ligt in de ontwikkelingen in Zuid-Afrika. Dus die 33% moet u eigenlijk een beetje vergelijken met de 21% die we in Nederland nog aanhouden. Dat is dus domweg heel erg laag. Je ziet dat het risico op ziekenhuisopnames in dit onderzoek 29% lager ligt dan wat ze in de eerste golf in Zuid-Afrika hadden. Dat was een golf met een ander type virus. Inmiddels is er veel meer gevaccineerd en had ik eigenlijk een veel grotere reductie verwacht. Desalniettemin is die maar 21%. Als je dit even neemt voor face value en zegt dat het ongeveer 30% minder is, dan moet je van de curves die ik zonet liet zien zo'n 30% aftrekken. En dan zit je toch nog steeds heel erg hoog. Dit is eigenlijk het enige wat we uit Zuid-Afrika hebben.

Dan hebben we nog de getallen uit Engeland. Die worden elke week geüpdatet. Dit is de update van gisteren. Allereerst ziet u aan de linkerzijde de toename, in groen, van het omikronvirus in de tijd, met de verdubbeling van twee tot tweeënhalve dag – dat is echt heel erg kort – weer doorgetrokken van vorige week. U ziet dat die eigenlijk nog steeds recht omhooggaat. Rechtsboven ziet u het aantal gevallen. Ertussenin staan de man-vrouwverdeling en ook de leeftijdsverdeling. Daar vraag ik even uw aandacht voor, want u ziet toch dat het momenteel met name mannen en vrouwen in de leeftijd tussen de 20 en de 40 zijn die omikron krijgen in Engeland. En dat is natuurlijk de groep die van nature al heel

erg beschermd is tegen ziekenhuisopnames. Als u nu dus hoort dat we in Engeland nog niet veel ziekenhuisopnames zien, dan moet u dat wel zien in het licht van het feit dat je dat ook helemaal niet zou verwachten, omdat de groep die het krijgt domweg de jongere groep is.

Dat ze toch wel degelijk een toename aan ziekenhuisopnames lijken te zien, ziet u hier. Dit zijn getallen van de NHS, die de ziekenhuisopnames bijhoudt. U ziet dat Londen, waar de meeste omikrongevallen zijn, een sweep omhoog kent. Dat is maar bijgewerkt tot vorige week want dat heeft daar blijkbaar meer vertraging, maar u ziet een duidelijke knik in het beloop van Londen, in de zin dat er meer opnames zijn. Dat ziet u aan de rechterzijde ook terug. U ziet eigenlijk een vrij kabbelend beloop en daarna plotseling een belangrijke toename van het aantal ziekenhuisopnames door de opkomst van omikron. Nogmaals, dat is iets wat beter moet worden gedefinieerd. We moeten de leeftijdsgroepen beter kennen, maar het stelt in ieder geval niet meteen gerust.

U ziet dezelfde getallen voor Denemarken, het tweede land dat vooroploopt. Linksboven ziet u dat omikron inmiddels 44% en misschien vandaag wel ongeveer de helft, van de infecties in Denemarken veroorzaakt. U ziet een oplopende lijn. Het feit dat de blokjes helemaal aan het einde weer beginnen af te nemen, heeft domweg te maken met de rapportagevertraging. U moet dus niet het idee krijgen dat het inmiddels afneemt. Het zal exponentieel toenemen. Daarnaast ziet u de leeftijdsverdeling weergegeven voor de laatste week. Ook in Denemarken is het duidelijk dat er een geweldige piek zit bij de jongere groepen. Van die groepen verwachten we niet dat ze in het ziekenhuis worden opgenomen. In Denemarken zijn twee superspreadingevents geweest, die hebben geleid tot een verspreiding door het hele land. De eerste keer kwam door een dj die uit Zuid-Afrika kwam en meteen doorging naar een feest. Hij heeft blijkbaar 50% tot 60% van de feestgangers besmet. Dat was echt een geweldige verspreiding. De tweede gebeurtenis was een kerstfeest van studenten, waarvoor eigenlijk hetzelfde gold. Omikron is, als alles tegenzit, blijkbaar in staat om een snelle verspreiding te geven in crowded close encounters. Dat heeft Denemarken gezien.

Ten slotte ziet u linksonder de aantallen en het percentage dat in het ziekenhuis wordt opgenomen. De «other variants» is de grootste groep. Ongeveer 1,4% wordt opgenomen. Dat is gelijk aan het percentage in Nederland. Voor omikron lag dat in deze periode op ongeveer de helft van dat percentage, maar bedenk daar opnieuw de grafiek van de leeftijdsverdeling bij. De personen in Denemarken die omikron hebben, zijn domweg 20 tot 30 jaar en daarbij verwacht je eigenlijk helemaal geen ziekenhuisopnames. Ook hier zullen we dus nog moeten afwachten hoe het verdergaat. Ik heb hier nog de percentages van de rioolwatersurveillance, die ook dalende waren. Daarbij wil ik het laten.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Van Dissel. Dan geef ik snel het woord aan mevrouw Van Blankers. Daar is uw presentatie. Gaat uw gang.

Mevrouw Van Blankers:

Dank u wel. Ik neem jullie graag mee in de boostercampagne. Waar staan we op dit moment en wat zijn de opgaven om de boostercampagne te versnellen vanwege de zorgen rondom omikron? Ik noem nog even heel kort de uitgangspunten. We willen dat we alle 18-plussers in Nederland uiterlijk in de tweede helft van januari een booster hebben gegeven. Daarbij is het relevant om je te realiseren dat we de jongeren daarin nog niet mee hebben genomen, omdat het boostervaccin nog niet geregistreerd is voor 12- tot en met 17-jarigen. We houden de interval van drie maanden na de laatste vaccinatie of covidinfectie vast. We vinden de registratie van deze boosterprikken erg belangrijk, juist ook vanwege de internationale afspraken die gemaakt zijn over het DCC en eventueel ook

het CTB. Daarnaast vaccineren wij met Moderna en Pfizer, dus met de mRNA-vaccins.

Waar staan we op dit moment? Dit zijn de cijfers tot en met zondag. Die leveren wij wekelijks aan voor het dashboard. Wij hebben tot en met zondag iets meer dan 1,8 miljoen boostervaccinaties gezet. U kunt hier de verschillende groepen zien. Een groot deel wordt natuurlijk door de GGD gevaccineerd, maar een deel gebeurt ook in de instellingen zelf. Het zorgpersoneel wordt natuurlijk door de ziekenhuizen gevaccineerd. Vanwege de zorgen rondom omikron is ons gevraagd om deze booster-campagne te versnellen. Over welke opgave hebben we het dan? Er zijn op dit moment in Nederland 12,1 miljoen mensen gevaccineerd. Zij hebben een primaire vaccinatierreeks gehad. Daarvan is niet iedereen al gerechtigd voor een booster, omdat een deel van deze mensen nog niet in de interval van drie maanden zit en een deel covid heeft doorgemaakt of nog gaat doormaken. In totaal gaan we ervan uit dat zo'n 11 miljoen mensen gevaccineerd moeten worden in dit versnelde boosteroffensief. Daarvan hebben we inmiddels, tot en met zondag, 1,8 miljoen mensen geprikt. Als we uitgaan van 100%, wat bij deze omikronvariant het doel lijkt te zijn, dan moeten we nog bijna 9,2 miljoen mensen boosteren. We hebben besproken dat we ook graag de 60-plussers zo snel mogelijk een vaccinatie willen toedienen, omdat dat een kwetsbare groep is. Dat betekent dat we alle 60-plussers zo veel mogelijk nog dit jaar gevaccineerd willen hebben. In dit plaatje kunt u zien dat we daar nog niet zijn. Op dit moment moeten nog zo'n 1 miljoen 60-plussers een afspraak maken voor deze vaccinatie. Daarnaast hebben zo'n 320.000 60-plussers op dit moment een afspraak staan in januari. Dat vinden we te laat, dus we zijn ook voor de 60-plussers met een versnelling bezig. We proberen alle 60-plussers zo veel mogelijk op te roepen om alsnog een afspraak te maken. Daarnaast gaat de GGD proberen om de 60-plussers die in januari een afspraak hebben staan, naar voren te halen. Dat gebeurt met een sms. Zij kunnen hun afspraak vervroegen naar december.

Hoe willen we deze enorme opschaling gaan halen? Daar zal de heer Eikelboom zo meteen nog iets meer over vertellen. Er zijn op dit moment enorm veel locaties, waarvan een aantal XXL-locaties. De capaciteit wordt bijgeplust. Dit is nog het plaatje van afgelopen weekend. We zien dat we met de huidige planning in de komende weken, tot en met januari, zo'n 8,8 miljoen mensen kunnen prikken. Er wordt nog enorm opgeschaald in de regio's. Daar zal de heer Van Dissel ... Excuses. Daar zal de heer Eikelboom zo meteen nog iets over vertellen. Al die Japen!

Dan de planning en toeleiding. Op 14 december zijn alle 60-plussers opgeroepen via de media om een afspraak te maken. We hebben afgelopen maandag de eerste 60-minners opgeroepen. We zullen gemiddeld één tot twee geboortejaren per dag oproepen. Dat is afhankelijk van de open slots bij de GGD. Er komen elke dag meer open slots bij. Ergens in de eerste week van januari zullen alle 18-plussers opgeroepen zijn. De toeleiding naar de GGD'en gaat via een massacampagne in de media, zoals ik al zei. Daarnaast roepen we selectief mensen op via sms om zich aan te melden bij de GGD. Daar zal Jaap zo meteen nog iets meer over vertellen.

Met de huidige opgave vinden we het vooral vanwege de omikronvariant belangrijk om toe te werken naar een opkomst van 100% voor de booster. Dat betekent dat er een goede publiekscampagne nodig is om het halen van die booster te stimuleren. Daarnaast blijven we benadrukken dat we het belangrijk vinden dat mensen hun eerste en tweede prik gaan halen, want ook die zijn natuurlijk belangrijk om beschermd te zijn tegen omikron.

Ik wil nog een aantal aparte doelgroepen heel kort benoemen. In de zorginstellingen met een medische dienst wordt door die medische dienst gevaccineerd. Op basis van de koepels, waar we veelvuldig contact mee hebben, weten we dat bijna alle bewoners die in de interval van zes

maanden zaten – dat was bij de start van deze boostercampagne het uitgangspunt – gevaccineerd zijn. Gelukkig hebben ze ook voldoende vaccins besteld. Ze hebben nog voldoende vaccins op voorraad om ook de bewoners te vaccineren die in de interval van drie maanden zitten. Daar wordt nu aan gewerkt. We zien dat de registratie hiervan iets achterblijft. Ook voor deze mensen geldt dat we het belangrijk vinden dat er goed geregistreerd wordt. Dat brengen we elke keer weer onder de aandacht.

De zorginstellingen zonder medische dienst kunnen niet zelf prikken. De bewoners van die instellingen kunnen in principe door de GGD geprikt worden, maar ook voor deze bewoners vinden we het belangrijk dat er een versnelling ingezet wordt, zodat zij ook zo veel mogelijk in januari geprikt zijn. We blijven dus stimuleren dat grote groepen uit deze instellingen naar de GGD komen. Daarnaast hebben we met de huisartsen en de LHV afgesproken dat de huisartsen zo veel mogelijk gaan helpen om deze groepen te vaccineren, zodat ook deze groepen sneller klaar kunnen zijn. We denken nog na over andere versnellingsmogelijkheden om deze bewoners zo snel mogelijk geprikt te hebben.

Hetzelfde geldt eigenlijk voor de niet-mobiele thuiswonenden. Dat is een groep van 35.000 personen. We vinden het belangrijk om die ook zo snel mogelijk te vaccineren, want dat is natuurlijk een kwetsbare groep. Zij melden zich in principe aan bij de GGD en de GGD gaat deze mensen thuis vaccineren, maar ook hier zien we dat we de hulp van de huisartsen enorm goed kunnen gebruiken om hun eigen patiënten thuis te vaccineren. Dat doen ze ook, op vrijwillige basis. Zij kunnen opgetrokken spuiten ophalen bij de GGD. Soms brengt de GGD ze zelfs bij hen langs, zodat zij snel hun eigen patiënten kunnen vaccineren. We zien daar een enorme bereidheid, dus dat is hartstikke fijn.

Dan hebben we de zorgmedewerkers. We zien dat de zorgmedewerkers uit de ziekenhuizen en de acute as bijna allemaal gevaccineerd zijn. Daar is een hele grote campagne voor geweest en die is heel voorspoedig verlopen. Er zijn heel veel zorgmedewerkers in instellingen met een medische dienst die door hun eigen instelling geprikt worden. Daarnaast hebben we nog de route van zorgmedewerkers naar de GGD. Deze zorgmedewerkers worden via hun werkgever uitgenodigd om een afspraak te maken. Zij kunnen zich aanmelden voor een afspraak. Vervolgens worden ze uitgenodigd via een sms om deze afspraak ook daadwerkelijk te maken. Dat is nu nog een ongoing proces. We proberen deze mensen zo veel mogelijk in ieder geval dit jaar of begin januari gevaccineerd te hebben.

Tot slot de BES/CAS-eilanden. Daarover kan ik zeggen dat zij ook op stoom zijn met hun boostercampagne. Ook daar wordt gewerkt aan een versnelling, zeker op de CAS-eilanden en Bonaire, zodat zij zo snel mogelijk in januari al hun bewoners geprikt hebben.

Ten slotte wil ik nog even ingaan op de voorraden vaccins, spuiten en naalden, want daar krijgen wij veel vragen over. Zijn er nou wel voldoende vaccins op voorraad? Ik kan u geruststellen. We hebben nu zo'n 10,1 miljoen vaccins op voorraad om tot en met januari te kunnen prikken. Als je uitgaat van de totale bevolking die geprikt zou moeten worden, die 12,1 miljoen, waarvan een deel in januari dus nog niet aan de beurt is, en als je weet dat we al een heleboel vaccins hebben uitgereden in het veld, dan hebben we tot en met januari voldoende vaccin op voorraad hebben om de hele boostercampagne te kunnen uitvoeren, zoals u op dit plaatje kunt zien. Daarnaast is het ook belangrijk – dat wordt weleens vergeten – dat we ook genoeg spuiten en naalden op voorraad hebben. We hebben wel versneld een voorraad van een aantal spuiten aangeschaft. Die komt nog dit jaar binnen. Ook dat is dus geen probleem voor de boostercampagne.

Dan wil ik graag het woord geven aan mijn collega.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):
Mag ik een verhelderende vraag stellen?

De **voorzitter**:
Ja, kort.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):
Bij Moderna staat een halve dosering. Wat betekent dat precies?

Mevrouw **Van Blankers**:
Voor de normale, gewone vaccinatierreeks krijgen zij een bepaalde dosering, maar voor de booster is een halve dosering nodig. Dat betekent dat we uit een flacon Moderna twee keer zoveel boostervaccins halen als voor de primaire serie.

De **voorzitter**:
Dan geef ik graag het woord aan de heer Eikelboom.

De heer **Eikelboom**:
Dank u wel. Ik neem u snel mee in de presentatie die wij hebben voorbereid. Er zitten een paar dubbelingen in, dus die sla ik over. Ik begin maar even met de versnelling van de boostercampagne na de zorgen die zijn ontstaan over omikron. In de rechtergrafiek ziet u de versnelling ten opzichte van de eerdere boosterplannen die we hebben gemaakt. Anderhalve week geleden zijn de zorgen over omikron bekend geworden. U ziet dat de GGD'en een maximale inspanning hebben gedaan om te komen tot een boostercampagne die ertoe leidt we in de loop van januari 9 miljoen mensen gevaccineerd of geboosterd kunnen hebben. Dat is een enorme inspanning.

Ik wil nog wel iets zeggen over de boostercampagne. Voor ons is en blijft het ontzettend belangrijk dat we dat in alle opzichten veilig blijven doen, dat we dat met de grootst mogelijke snelheid doen en dat we dat goed registreren. Want op 1 februari willen alle mensen die geboosterd zijn, hun booster ook kunnen terugvinden in de QR-code. Daarom doen wij deze maximale versnelling. De grafiek die u hier ziet, is voor het weekend gemaakt. Afgelopen weekend, na de lockdown, zijn de GGD'en maximaal verdergegaan met opschalen. Er liggen allerlei varianten op tafel om de priksnelheid te verhogen en te maximaliseren, zoals een verdere verruiming van de openingstijden en allerlei andere ideeën. Het basisidee is dat we met maximale inzet van alles en iedereen in de vaccinatie-locaties van de GGD'en de meeste massa en de meeste snelheid kunnen maken.

Dan iets over de regionale invulling van de opschaling. We zijn nu zo ver dat nagenoeg alle regio's hun personele omvang voor elkaar hebben. Dat doen we met de hulp van het Rode Kruis, Defensie, huisartsen, dierenartsen, ambtenaren, EHBO Nederland, jeugdgezondheidszorgmedewerkers. Ook krijgen we veel hulp uit de ziekenhuizen. Daar wil ik nog wel iets specifiek over zeggen. We hebben in de afgelopen week veel overleg gehad met de koepels van ziekenhuizen. Ook zij zeggen: doe het vooral in jullie locaties; wij komen jullie dáár helpen. Een mooie variant is de Ahoyvariant, om hem zo maar te noemen, waarbij in Rotterdam in week 52 en week 1 voornamelijk ziekenhuispersoneel aan het prikken is, met facilitaire steun van onze kant. Dat geeft ons de gelegenheid om veel mensen te werven en op te leiden om in de weken daarna op dat hoge niveau van ruim 1,5 miljoen prikken per week voort te gaan. Een aandachtspunt voor ons zijn de administratieve krachten die we nodig hebben. Daarvoor zijn we nog volop aan het werven. Prikkers lijken we voldoende te hebben.

Dan iets over de GGD-reservisten. Het is hartverwarmend hoeveel mensen een aanbod hebben gedaan. Het is alleen niet altijd even

bruikbaar en de inzet in de regio's is verschillend. Soms is er genoeg personeel, soms vragen ze voor de specifieke invulling in de regio's opleidingen of een bepaalde hoeveelheid tijd. Er is ook veel aanbod waarbij men eenmalig een paar uur wil prikken of waarbij men echt niet voldoet aan de criteria en de opleidingsinspanning veel groter zou zijn. Gelukkig kunnen we een groot deel van hen wel gebruiken. Wat ik helaas niet kan doen – dat vind ik erg jammer – is al die mensen persoonlijk uitleggen waarom we geen gebruik van hen maken. Een aantal van hen hebben we gebeld en dan blijkt dat er ook wel beperkingen zijn aan het aanbod dat zij doen. De doorlooptijd om personeel in te zetten is ongeveer twee tot vijf dagen. Daar zit ook een aantal uur opleiding in, afhankelijk van de functie en de rol die men vervult. Het is niet zo – ik heb voorbeelden gehoord van artsen die dat roepen – dat we drie weken moeten opleiden. Dat is een onjuist beeld.

Nogmaals iets over de regionale verschillen. De GGD's zijn regionaal georganiseerd en ook verschillend georganiseerd. Soms zijn het gemeentebesturen, soms is het een WGR-vorm. Eerder hebben we met u gesproken over de contracten en de drie contracten. Het is heel behulpzaam dat wij vaste contracten kunnen aanbieden, maar in een aantal gevallen past dat niet in zo'n gemeentelijke organisatie, want bij afvloeiingsregelingen kom je dan in de problemen. Aan de mensen waar het om gaat is een ander aanbod gedaan om ons te helpen prikken, namelijk via de uitzendbureaus. De uitzendbureaus helpen ons enorm. Zij organiseren soms ook gewoon de personele bezetting in de regio's. Ik heb ze deze week nog gesproken. Zij denken echt dat we de personele bezetting voor elkaar krijgen. Zij hebben daar vertrouwen in. Er is vooral nog aandacht voor de administratieve krachten, zoals ik aangaf, en voor krachten in de callcenters. Er wordt ook een oproep gedaan aan rijksambtenaren en gemeentebesturen om ons daarbij te helpen. Er zijn initiatieven om mensen bij gemeentes te laten helpen met het maken van afspraken. Ik ben dus heel blij met alle initiatieven die we hebben. Belangrijk is dat we met elkaar wel de regie houden en inzetten op maximaal gebruik van de GGD-capaciteit, met maximale openingstijden. Daar bereiken we echt het meeste mee.

Dan nog iets over de efficiëntie. Er zijn allerlei initiatieven om te prikken zonder prikhokjes, een vorm die ik ook wel van de huisartsen ken. Denk aan gymzalen waar mensen klaar zitten om geprikt te worden en de prikker rondloopt of met een trolley met spuiten langskomt. Dan win je ook een beetje op de vijftien minuten. Er zijn vormen – dat ziet u hier rechts op het beeld – waarbij de prikker heen en weer gaat met een kamerscherm ertussen, zodat hij snel twee mensen kan prikken en niet hoeft te wachten tot de volgende zijn jas heeft uitgedaan en zijn arm heeft ontbloot. Begin januari gaan we beginnen met het testen van de scan-prik-scanmethodiek, waarbij we nog veel makkelijker de administratie kunnen verwerken en daar ook minder foutgevoelig in zijn.

Dan iets over het toeleidingsproces. Het is heel belangrijk dat mensen gebruikmaken van het webportaal. Daar kunnen we het meeste en het snelst afspraken maken. We zien ook dat hoe jonger de doelgroep is, hoe makkelijker dat gaat en hoe meer er gebruik van wordt gemaakt. Het callcenter, dat we continu verder opschalen, zal niet altijd groot genoeg zijn om iedereen te kunnen helpen. Wij willen dus graag ruimte maken voor de mensen die het callcenter echt nodig hebben om een afspraak te maken. De oproep is dus ook: mensen help elkaar om dat via het webportaal te doen.

Daarnaast gebruiken wij sms'en op allerlei manieren. Zo worden er via sms mensen opgeroepen die al voorgeselecteerd zijn, bijvoorbeeld het zorgpersoneel, waarin staat: u kunt nu daar en daar een afspraak maken. We kunnen groepen in gaan zetten waar wij zien dat straten wat leger blijven of afsprakenlots nog niet gevuld zijn. We kunnen mensen dan oproepen om daar een afspraak te maken. En we gebruiken de sms'en om

mensen die 60-plus zijn – we zijn begonnen met 75-plussers – op een speciale manier uit te nodigen om een callcenter te bellen dat er klaar voor staat, en hun de mogelijkheid te bieden hun afspraak naar voren te halen.

Dan nog iets wat veel in de media wordt geroepen ...

De voorzitter:

Een korte vraag, meneer Van Wassenberg.

De heer Wassenberg (PvdD):

Een heel korte vraag, voorzitter. U zegt: ga eerst naar het webportaal en dan naar het callcenter. Maar tegen mij zeggen mensen allemaal: «Ik ga naar het callcenter, want daar is veel meer flexibiliteit dan in het webportaal. Daar krijg ik maar twee mogelijkheden, op een dag die mij niet uitkomt.» Kunt u daar iets over zeggen?

De heer Eikelboom:

Bij het callcenter word je natuurlijk geholpen als je bedankt, want het callcenter werkt hetzelfde. Die zien hetzelfde als wat je aangeboden krijgt in het webportaal. Zij moeten opnieuw de zoekvraag organiseren. Eigenlijk doen zij daar hetzelfde als wat je zelf thuis ook doet. Mensen kunnen op het webportaal ook opnieuw vragen om een nieuwe aanbieding. Daar zit dus niet zo veel verschil in. Je wordt er bij het callcenter alleen mee geholpen, terwijl je het bij het webportaal zelf moet doen. Dat is het verschil. We zien ook dat mensen bijvoorbeeld een andere postcode invullen, waardoor ze bijvoorbeeld in Amsterdam worden geprikt terwijl ze in de regio eromheen wonen.

Het webportaal werkt zo dat er drie locaties worden aangeboden. Als een soort reclame wordt als eerste altijd de favoriete locatie van de GGD in de buurt aangeboden; dat zie je ook bij Google. Dat is veelal een XL-locatie. Daarmee proberen we ervoor te zorgen dat mensen geleid worden naar die XL-locaties, die groot zijn en waar we het meest kunnen verwerken. Met deze snelheid vraag ik mensen ook om een beetje begrip voor de mogelijkheden die we hebben, want we willen alles zo snel mogelijk doen. Dat kan betekenen dat mensen, als ze het snel willen en de mogelijkheid daarvoor krijgen, iets verder moeten rijden.

De voorzitter:

Gaat u verder.

De heer Eikelboom:

Een vraag die ons veel gesteld wordt en ook wel geopperd wordt in de media is: waarom moet het allemaal met een afspraak? We hebben natuurlijk in Leiden een experiment gedaan. We hebben dat ook door laten rekenen. Als we het maken van afspraken loslaten, dan zakt onze productie met zo'n 10% tot 15% door gemiste afspraken. Je krijgt dan dat er op favoriete locaties en op favoriete tijden enorme rijen ontstaan, met veel onrust, gevaar en onveiligheid, en dat er op andere plekken leegstand ontstaat, waardoor de vaccins die daar liggen, onbenut blijven. Zo bereiken we niet de doelstelling die we met elkaar hebben, namelijk: ervoor zorgen dat mensen boven de 18 zo snel mogelijk geboosterd worden. Ik wil daarbij ook benoemen dat als je het mogelijk maakt zonder afspraak, er ook meer administratie op de locatie is. Als je een afspraak van tevoren hebt gemaakt, heb je een gezondheidsverklaring ingevuld en ben je geregistreerd voor die afspraak. Dat kan straks met de scan-prik-scanmethodiek nog sneller.

Dan moet ik nog iets zeggen over de testcapaciteit die wij voorbereiden. Dat kan ik heel kort. Wij bereiden ons voor op een totale testcapaciteit van zo'n 200.000 testen per dag per eind januari. Dat doen we niet alleen, maar samen met de partijen van SON vanuit spoor 2. We zetten nu

mensen in uit het testprogramma voor het vaccineren. Dat zal straks mogelijk weer andersom zijn als we weer wat kunnen gaan afschalen. Kort samengevat. Wij proberen maximaal op te schalen naar ruim 1,5 miljoen per dag en meer. We doen dat door openingstijden te verruimen en andere processen in te voeren. Het moet veilig, het moet snel en goed geregistreerd. Wij houden het hoofd koel en proberen met een warm hart mensen te ontvangen in de vaccinatiestraten. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Eikelboom. Dan ga ik naar mevrouw Van den Berg voor haar vraag.

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

Ik krijg toch nog veel miltjes van mensen die niet digitaal vaardig zijn. Die moeten dan eerst een papieren uitnodiging hebben ontvangen voordat ze het callcenter mogen bellen. Ik krijg daar volop miltjes over. Die mensen zeggen: ik heb nog steeds geen uitnodiging ontvangen, maar al die 60-plussers hebben de afspraak al staan. Dat geeft veel onrust en veel angst bij mensen.

De heer Eikelboom:

De uitnodigingen op papier worden door het RIVM verzonden. Dat doen we zo veel mogelijk aansluitend op de oproepen die we per dag doen in de media. De oproepen in de media zijn afgestemd op wat wij aan ruimte zien. Het is inderdaad vervelend voor mensen. We proberen mensen te helpen, eventueel bij gemeentehuizen, bij het maken van afspraken. We kunnen dat op dit moment niet helemaal anders doen. We proberen zo veel mogelijk aansluitend de post te laten verzenden op de afspraken die wij in de media afroepen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan meneer Hijink. Wilt u ook aangeven aan wie u de vraag wilt stellen? Misschien is dat handig.

De heer Hijink (SP):

Dat zal ik doen, voorzitter. Mijn vraag is voor de heer Eikelboom. Vanochtend hoorde ik op de radio hoe ze in Amersfoort in een veld gaan vaccineren. Dat houdt in dat een arts op een snel stoeltje overal naartoe kan. Dat is superefficiënt. Ik schrok er wel van dat blijkbaar de meest effectieve manier om die vaccins te zetten, midden in het hele proces nog ontwikkeld wordt. Ik snap dat dit een permanent proces is, maar ik had toch ook wel verwacht dat bij een derde prik de draaiboeken om zo snel mogelijk zo veel mogelijk mensen te vaccineren er al zouden zijn en dat dit al onderzocht zou zijn. Ik hoop dat u de vraag niet als nare kritiek opvat, maar ik vraag me gewoon af hoe er op de lange termijn voor gezorgd wordt dat we weten wat het meest effectief is en dat dat ook het draiboek is dat klaarligt.

De heer Eikelboom:

Ik vat dat niet als kritiek op. We zijn natuurlijk continu bezig om te kijken hoe we dit het beste kunnen doen. Daar hoort ook een regionale invulling bij, wat mede afhankelijk is van de partijen die er zijn en afhangt van de locatie: is het een grote of een kleinere locatie? We zijn aan het kijken hoe we dat het beste kunnen doen. Ik heb net aangegeven dat we het proces inzake het proactief uitnodigen verder gaan uitvoeren. Ook gaan we scan-prik-scan doen. Er wordt aan gewerkt om dat te verbeteren. Nu kijken we inderdaad verder hoe we het prikproces nog optimaler kunnen inrichten, in combinatie met de administratie. Dat ziet er weer anders uit op het moment dat we scan-prik-scan kunnen doen. Dus inderdaad, het is

ook wel werkende weg. Bij volgende boosters zullen we die lessen allemaal meenemen en worden draaiboeken daarop aangepast. Er liggen draaiboeken, maar gedurende de continue versnelling waarvan nu sprake is, leren we ook. Dat klopt.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Eikelboom. Meneer Van der Staaij.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel. Als de booster mogelijk maar kortdurend werkt en minder effectief is tegen omikron dan de oorspronkelijke prik effectief was tegen de deltavariant, welke consequenties heeft dat dan naar de mening van de heer Van Dissel voor het beleid op de langere termijn?

De heer Van Dissel:

Op langere termijn zie ik een situatie voor me dat er een afgeleide van de circulerende variant in het vaccin aanwezig is en dat we in staat zijn om zeg maar de wetenschap daarvan in korte termijn te kunnen doen, evenals de productie van een dergelijk vaccin. Op het moment dat een nieuwe variant zich voordoet en serieus blijkt te zijn, krijg je dan een hele korte doorlooptijd naar een aangepast vaccin. Dat kan vervolgens volgens allerlei draaiboeken zo snel mogelijk worden toegediend. Het vaccin nu is in wezen gericht tegen een virus dat er niet meer is, maar dat nog wel een heleboel kruisreactie geeft tegen bijvoorbeeld delta. Maar omikron is wat betreft erfelijke eigenschappen en wat betreft eiwitstructuur zo ver verwijderd van het oorspronkelijke virus, dat je dus veel minder activiteit verwacht. Wat je verwacht is van kortere duur, zoals ik u hopelijk heb geïllustreerd. Dat betekent dat je je daar naar de toekomst toe beter op wil voorbereiden. Dat zal samenwerking met de industrie vragen, maar ook misschien investeringen in die techniek en in productiecapaciteit.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Westerveld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

In aanvulling daarop heb ik een vraag aan de heer Van Dissel, mede omdat er nog zo veel onzekerheid is. Wanneer verwacht de heer Van Dissel het volgende weegmoment? Wanneer is de verwachting dat er een vaccin tegen de omikronvariant is in Nederland waarmee we kunnen gaan vaccineren?

De heer Van Dissel:

Wat betreft dat laatste is er natuurlijk overleg geweest tussen de Europese Commissie en de fabrikanten. Ik heb begrepen – maar goed, dat verneem ik ook uit de media – dat men denkt ongeveer in april een aangepast vaccin te hebben. Dat moet natuurlijk weer deels door versnelde procedures van goedkeuring omdat je toch altijd veiligheidsdata wil hebben. Dan wat betreft het eerste. Wij evalueren alles wat beschikbaar komt zo snel mogelijk. Ik liet u net aan het eind zien dat het vaak rapporten zijn die er net een dag liggen. Naarmate die verder uitkomen – dat zal de komende dagen, weken zeker zo zijn – zullen we erbovenop zitten. Zodra dat consequenties heeft voor de Nederlandse aanpak, ook bijvoorbeeld omdat helder wordt dat de ernst meevalt, dan zullen we het niet nalaten om daar bij tijd en ontijd over te vergaderen om de regering daarover te adviseren.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Gündoğan.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Het Imperial College heeft 16 december een publicatie uitgebracht, en de WHO gisteren, waaruit blijkt dat omikron naar alle waarschijnlijkheid even ziekmakend is als delta. We zien op pagina 29 van de presentatie van de heer Van Dissel staan – ik stel de vraag dus ook aan hem – dat we bij alle maatregelen door de grens van 1.350 ic-bedden heen gaan. Ik zie daar niet het versnellen van de boostercampagne in. Dennis Mook sprak gisteren bij Nieuwsuur over alle grootschalige initiatieven en het registreren van de artsen en de verpleegkundigen die zich aanmelden. Maar ondanks wat de heer Eikelboom zegt, heb ik minstens een dozijn voorbeelden waaruit blijkt dat het echt serieus anders gaat. Ik vraag me af of in dit model nog een versnelling van de boostercampagne kan worden meegenomen, om te zien of we dan ook door de 1.350 bedden gaan en of een versnelling van de boostercampagne toch een serieuze verkenning verdient.

De heer **Van Dissel**:

Ik kan over de modellering praten. In de modellering ziet u duidelijk aangegeven dat naarmate maatregelen meer naar voren worden gehaald, dit scheelt op de piek. Dat we nu weer een week eerder dan in de modellering in lockdown zijn gegaan, om de contacten en de overdracht zo veel mogelijk te beperken, helpt daar ook weer bij. Ook helpt het als de boostercampagne niet 80% maar 100% opname kent. Ook helpt het als alle ongevaccineerden zich zo snel mogelijk laten vaccineren. Dat zijn toch nog significante aantallen. U vraagt naar wat er gebeurt als de booster nog meer wordt versneld. Ik denk dat dit nu al maximaal gebeurt, maar dat laat ik graag aan mijn collegae over. Dat zal ongetwijfeld de piek weer wat verder doen dalen en enigszins verder doen uitsmeren. De voorspellingen die u heeft zijn weliswaar van pessimistische aard, maar u noemde net al een aantal indicaties dat niet iedereen daar heel positief over denkt. Maar het moge duidelijk zijn dat alles wat versnelt, daarbij helpt.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Den Haan.

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

Ik zag iets in de presentatie van mevrouw Van Blankers, maar ik denk dat ik de vraag aan de heer Van Dissel moet stellen. Ik weet het niet helemaal zeker. U geeft aan dat er een aantal boostervaccins beschikbaar zijn, maar dat is exclusief Janssen. Maar als je vervolgens kijkt naar de werking van Janssen, vraag ik me af of het toch niet verstandiger zou zijn om te gaan boosteren met Janssen.

De heer **Van Dissel**:

Janssen heeft blijkbaar een aantal eigenschappen die maakt dat het langduriger prikkelt en dat het echt moet opbouwen. Dat is althans het geval bij delta. We hebben van Janssen nog heel weinig gegevens ten aanzien van omikron. Dat soort gegevens zijn voor de beantwoording wel heel belangrijk. We hebben immers al geconstateerd dat omikron zo ver weg is van het oorspronkelijke virus, waarvoor Janssen ook gebruikt is, dat je niet zonder meer het reactiepatroon dat ik u nu laat zien voor Janssen ook voor omikron kan garanderen. Maar dat wordt ongetwijfeld onderzocht. Er zijn natuurlijk al wel publicaties – opnieuw voor delta – waaruit blijkt dat het boosteren met Janssen ook een goed resultaat geeft, net zo goed overigens als met Pfizer en Moderna, maar het staat echt allerminst vast of het beter is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Jansen.

De heer **Jansen** (FVD):

Dank u wel. Ik heb ook een vraag voor de heer Van Dissel. In de grafieken op de pagina's 25, 26, 28 en 29 lijkt het RIVM er sterk vanuit te gaan dat de genomen maatregelen sterk van invloed zijn op de ziekenhuisopnames. U had het er net ook over. Deze grafieken zijn een beetje moeilijk leesbaar, maar op het dashboard van het RIVM, het coronadashboard, kan je een beetje inzoomen. Daar zie je dat de afvlakking van de ziekenhuisopnames al begint rond 20 november. De maatregelen worden iets meer dan een week later ingevoerd. Dus alles lijkt erop te wijzen, ook echt tal van wetenschappelijke papers, dat die lockdowns en die mondkapjes eigenlijk helemaal geen invloed hebben op de verspreiding van het virus en de ziekte, maar dat het voornamelijk een seizoeneffect is. Waarom neemt u dan toch die maatregelen als basis voor uw model?

De heer **Van Dissel**:

Uw vraag is in wezen: gaat de lockdown geen effect hebben op het beloop? Begrijp ik dat van u?

De heer **Jansen** (FVD):

Dat zou de implicatie zijn. Mijn vraag is de volgende. De afvlakking van de curve begint al voor het nemen van maatregelen en in de modellen wordt uitgegaan van het nemen van maatregelen. Dus hoe zit dat dan? Hoe kan dan die maatregel als basis dienen voor het verdere model?

De heer **Van Dissel**:

Ik begrijp uw vraag niet, denk ik. We hebben een model, een transmissie-model, dat uitgaat van contacten. Die contacten hebben een duur, een intensiteit en een frequentie, dus hoe vaak, en daar kan je op modelleren. Bovendien weten we in dat model waar die contacten plaatsvinden en hoe lang ze duren, dus in welke leeftijdsgroep men bijvoorbeeld wel of niet naar een café gaat normaliter. Op al die contacten kan je dus aan een soort potentiometer draaien om het aantal, de duur of de intensiteit terug te brengen. Als je die veranderingen in het model aanbrengt, zie je, ook met betrekking tot de voorspellingen, als je teruggaat naar eerdere voorspellingen, eigenlijk hoe goed dat het hele beloop heeft kunnen verklaren, met uitzondering van een periode in de deltaxwave. Daarbij hebben we gezegd dat het feit dat men in Nederland niet homogeen gevaccineerd is en dat er clusteringen van gevallen zijn, maakt dat dat model minder goed werkt omdat het natuurlijk van een homogene mix uitgaat. Dat model heeft tot voor kort eigenlijk heel goed voorspeld hoe het beloop is, en dan letterlijk naar voren toe.

Wat het nu voorspelt, is dat we een daling zien die gevolgd gaat worden door een stijging. Daarbij is de stijging, zeker wat betreft consequenties voor ziekenhuizen en ic's, nog onzeker, omdat we onvoldoende kennis hebben over het ziekmakend vermogen, over wat het percentage is dat wel of niet naar het ziekenhuis gaat en dergelijke getallen. Ik denk dus dat de modellering heel valide is. Op dit moment moeten we echter uitgaan van een aantal aannames, want we weten gewoon nog niet wat daar exact de invulling van is: hoeveel procent naar het ziekenhuis moet en hoeveel mensen in het ziekenhuis naar de ic gaan als ze omikron hebben. Daarbij moeten we uitgaan van de getallen die we tot nu toe hebben over delta, en dat is wat er gebeurd is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan heeft mevrouw Pouw-Verweij nog recht om een vraag te stellen en de heer Paternotte ook.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een vraag over de vaccinportfolio. Ik ontvang vrij veel berichten van mensen die geïnteresseerd zouden zijn in

een eerste prik dan wel een boosterprik met die nieuwe eiwitvaccins, Novavax en Valneva. Nou is er een positief bericht vanuit het EMA over Novavax. Ik vroeg me af hoe dat proces vanaf hier kan lopen. Kan dat eventueel nog toegepast worden in de vaccinatiecampagne of gaan we dan naar de iets langere termijn kijken? Wat kunnen mensen verwachten daarvan?

Mevrouw **Van Blankers**:

Daar kan ik wel op ingaan. Er is inderdaad nu goed bericht over de goedkeuring van Novavax. Als het goed is, heeft de Minister gisteren een advies aangevraagd aan de Gezondheidsraad om dit te beoordelen voor de Nederlandse bevolking. De eerste berichten die ik vanmorgen kreeg, waren dat de Novavaxvaccins op zijn vroegst eind februari geleverd kunnen worden aan Nederland. Dat is echt op zijn vroegst, dus die zullen voor deze boostercampagne niet ingezet kunnen worden. Sowieso niet voor de booster, want ik denk dat het belangrijker is voor de eerste en tweede prikken. Die komen daarna.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Paternotte.

De heer **Paternotte** (D66):

Ik heb een vraag aan de heer Eikelboom. Hij is ingegaan op dingen die ik en velen horen over mensen die zich aanbieden en meteen aan de slag willen. Er werd een cursus van drie weken genoemd, maar dat klopt blijkbaar niet. Er zijn mensen die zeggen: ik wil zestien uur werken tot eind januari. Er zijn ook veel huisartsen die graag willen helpen en die soms al afspraken hebben gemaakt met de GGD-regio. Mijn vraag is: waarom is dat nu lastig? Komt dat omdat er voor de registratie altijd een GGD'er bij moet zijn? Zo ja, waarom is dat? Dat hoefde in het voorjaar ook niet. En die huisartsen hebben toegang tot het systeem om zelf de registratie in te kunnen voeren. Als huisartsen in de GGD-regio's zeggen «wij kunnen helpen, zodat er weer versneld kan worden», dan lijkt mij dat in principe alleen maar welkom.

De heer **Eikelboom**:

Mevrouw Van Blankers kan mij straks wel even aanvullen. De hulp van huisartsen en ziekenhuizen in de vaccinatiestraten is hartstikke fijn. In de regio's worden op zich goede afspraken gemaakt. Ik heb aangegeven dat we de meeste massa maken door alles te organiseren in de vaccinatiestraten. Daarnaast doen we op de huisartsen die dat willen en kunnen een beroep om ons te helpen met de versnelling van de vaccinatie van mensen die niet mobiel zijn en thuiswonen. Zij kennen die mensen goed. Wij vragen hen ook om te helpen bij de versnelling van de vaccinatie van mensen die in instellingen wonen zonder medische dienst. Daarnaast ligt er nog een vraag aan de huisartsen om mensen te helpen die nog niet gevaccineerd zijn. Er ligt een programma van aanpak om mensen die 50 jaar en ouder zijn en dus in de meest risicovolle groep zitten, te vaccineren. Zij kennen die mensen. Daarnaast zijn er wat initiatieven geweest in de regio's om maximaal op te schalen. Daar zijn gisteren wat misverstanden over geweest. Die zijn grotendeels verholpen. De afspraken worden nagekomen. Er is één belangrijk element dat ik net ook noemde, namelijk het registreren. Niet alle HIS'en zijn aangepast aan de registratie van de booster. Dat is ook begrijpelijk, want de huisartsen zouden als collectief, als LHV, niet gaan prikken. Dat zouden wij gaan doen. Met deze ernstige versnelling is het fijn dat we elkaar allemaal helpen. Het meeste bereiken we door elkaar te helpen in de vaccinatiestraten door daar de maximale capaciteit te gebruiken. Ze kunnen daar eventueel ook met de mensen naartoe. Dat is een vorm die in de eerste campagne ook gebruikt

is in Leiden. Het is het beste als we dat zo goed mogelijk registreren. Daar helpen we elkaar het meeste mee.

Mevrouw Van Blankers:

Mag ik daar nog iets aan toevoegen over het registreren? Het klopt wat er gezegd wordt over de registratie. Het is inderdaad waar dat niet alle HIS'en de booster kunnen registreren in hun systeem. Dat betekent dat er een handmatige actie plaats moet vinden van heel veel huisartsen. Zij moeten het alsnog via de BRBA-app doorgeven aan het RIVM. Dat is precies wat in de eerste vaccinatiecampagne zo verschrikkelijk fout is gegaan. Wij zijn nu nog steeds bezig in ons systeem met het terughalen van registraties van eerste en tweede prikken die we niet hebben doorgekregen via de huisartsen. Dat is de reden waarom we in eerste instantie hebben gezegd dat dat niet onze voorkeur heeft. We gaan dan weer achter de feiten aanlopen met het registreren. Zeker gezien de internationale afspraken over het DCC vinden we die registratie heel belangrijk. We hebben nu met de LHV afgesproken dat de huisartsen kunnen gaan prikken, maar dat er wel echt goede afspraken gemaakt moeten worden over de registratie, want anders hebben we begin volgend jaar weer een probleem en dat willen we niet.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van deze technische briefing. Ik dank allereerst de heer Van Dissel, mevrouw Van Blankers en meneer Eikelboom. We hebben heel veel informatie gehad. Ik wil de collega's die al vertrokken zijn, excuseren, want zij zijn zich aan het voorbereiden op het debat dat over een halfuurtje begint in de plenaire zaal. Ik dank de kijkers thuis en de mensen van de ondersteuning, die ons helpen bij het netjes neerzetten van de presentatie. Tot ziens, al hoop ik dat dat niet snel is.

Sluiting 11.33 uur.