

Vergaderjaar 2021–2022

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1814

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 2 maart 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 16 februari 2022 gesprekken gevoerd over **Update coronavirus**.

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

De voorzitter van de commissie,
Smals

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Smals
Griffier: Heller

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Van Baarle, Van den Berg, Van Esch, Hijink, Van Meijeren, Omtzigt, Paulusma, Van der Plas en Smals,

alsmede de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM.

Aanvang 9.30 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen, collega's en goedemorgen mensen thuis. Hartelijk welkom aan de heer Van Dissel. We zijn hier weer bij elkaar voor de technische briefing over de update van het coronavirus. Van verschillende leden van de Kamer heb ik begrepen dat zij hier niet aanwezig kunnen zijn, omdat er over een halfuur ook de aanbieding van deel 1 van het rapport Aanpak Coronacrisis van de Onderzoeksraad voor Veiligheid. Dat gebeurt parallel aan deze briefing, maar ik heb mij door verschillende leden laten verzekeren dat ze deze briefing digitaal volgen, samen met ongetwijfeld heel veel mensen die dat thuis ook doen. We hebben tot 12.00 uur, dus ik denk dat ik snel begin. Aan u het woord, meneer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Dank u wel. Goedemorgen. Ik wil u vandaag weer meenemen naar de huidige situatie met betrekking tot het coronavirus, wat epidemiologische achtergronden geven, laten zien dat we toch wel op een kantelpunt staan wat betreft de aantallen besmettingen en de gevolgen daarvan voor het ziekenhuis, wat over de vaccineffectiviteit en ten slotte waren er ook een aantal vragen waar ik nog kort op inga.

Waar staan we momenteel? Allereerst zien we dat de meldingen die we krijgen vanuit de GGD'en eventueel ziekenhuizen net over de piek lijken heen te zijn. Daar zijn wel een aantal op- en aanmerkingen bij te maken. Dat zal ik zo doen. Maar als je naar de getallen kijkt, dan zie je dat we na een afvlakking inmiddels in een vermindering zitten. Het percentage positieven blijft echter heel erg hoog, boven de 50%. Dat maakt dat je dan toch altijd onzeker bent in hoeverre die meldingen compleet zijn, in hoeverre je meldingen mist en hoe goed het beeld een echte representatie is van wat er gebeurt.

In de ziekenhuizen en op de ic's hebben we een stabilisatie gezien. De afgelopen dagen was er weer enige toename, maar ten opzichte van de deltagolf zitten we een stuk lager. Dat betekent dat de meeste ziekenhuizen ook weer de reguliere zorg hebben kunnen opschalen.

Dan is er opnieuw een verandering van de dominante variant. We hadden tot voor kort de BA.1.1-omikronvariant. Die is vandaag of gister verdrongen door de omikron BA.2-variant. Dat wordt een omikronvariant genoemd, ook niet ten onrechte, maar in feite is die behoorlijk verschillend van de BA.1.1-variant. Dat maakt dat je die nieuwe variant misschien ook wel een andere naam had kunnen geven dan «omikron», maar hij wordt in ieder geval nog zo aangeduid. Ik denk dat het belangrijkste voor nu is dat die BA.2-variant zich weliswaar wat sneller lijkt te verspreiden, maar dat die qua biologische eigenschappen in de zin van hoe ziek je erdoor wordt, reageert op de afweer opgeroepen met vaccinatie. Daarmee is die eigenlijk gelijk aan de BA1.1-variant. Wat dat betreft maakt het dus niet zoveel uit.

Daarnaast hebben we behoorlijk meer kennis opgedaan, ook door de continue surveillance in Nederland. Dat zal ik u laten zien. Kennis met betrekking tot het effect van vaccinaties en boosters valt in Nederland positiever uit dan wat we tot nu toe vanuit het buitenland hadden

overgenomen. Daarnaast zien we de duur van de opname en ook het aantal opnames verschillen. Zoals ik u eerder heb aangegeven, is dat belangrijke input in de modellen. Als daar veranderingen in zijn, zeker op Nederlandse data, dan worden die nieuwe getallen natuurlijk meteen meegenomen. Dat kan erin resulteren dat uiteindelijk de scenario's en de modelleringen daarvan er bijvoorbeeld gunstiger uitzien. Dat zal ik u ook tonen.

Ten slotte is er nog data dat de booster, die in Nederland natuurlijk relatief laat gegeven is ten opzichte van een aantal andere landen, toch een duidelijk beschermend effect blijkt te hebben tegen infectie, en met name ziekenhuis- en ic-opnames door de omikronvariant.

Ik ga even in op het aantal meldingen en het aantal ziekenhuis- en ic-opnames. U ziet links het aantal meldingen weergegeven, met in de rode lijn het voortschrijdend zevendaags gemiddelde, zoals dat heet. Dat geeft dus een goede, wat meer vloeiende lijn omhoog, maar de laatste dagen ziet u hem hier ook omlaaggaan. Het ziet er hier nog heel gepunt uit, omdat we het op deze grafiek per publicatiedag van het RIVM neerzetten en niet per dag van afname van de test. Dat zal ik u zo laten zien, want dan ziet het omhoog- en omlaag schieten van die lijn er minder aberrant uit. Dat middelt natuurlijk meer uit. Al met al is het aantal testen natuurlijk nog steeds hoog, maar het is wel met zo'n 15% afgenomen. Het percentage positieve testen is nog steeds heel erg hoog, meer dan 50%. Dat betekent dat een van de twee personen in de rij voor een test bij de GGD positief is. Dat is natuurlijk heel erg hoog. Dat doet vermoeden dat je ook lang niet iedereen test, ook al lijkt de testbereidheid wel toegenomen. Daaronder ziet u het aantal meldingen. Dat is zo'n 22% omlaaggegaan. Dat komt uit op zo'n 2.762 per 100.000 als incidentiemaat. Dat is nog steeds hoog, maar een week eerder hadden we natuurlijk nog aanzienlijk hogere getallen.

Dan de bezetting in de ziekenhuizen, met de verpleegafdelingen en met de ic apart. Ook daar ziet u een misschien nog wat bescheiden daling.

Daaraan moet ik toevoegen dat we bij de ziekenhuizen de laatste dagen weer een geringe toename hebben gezien. Dat is dus gewoon een aantal dat waarschijnlijk wat schokkerig toch nog wel wat zal toenemen. Het aantal ic-opnames is laag en eigenlijk nog dalende.

Dan de spreiding over Nederland. Aan de rechterzijde bovenin ziet u opnieuw het aantal meldingen. De pieken zijn er nu uit. Dit is dus op testdatum. U kunt zich voorstellen dat je dan geen last hebt van het feit dat er soms geen doorgave van testen mogelijk is. Dit is dus het aantal testen. U ziet dat het wat daalt, met zo'n 22%.

Aan de linkerzijde ziet u de verdeling over Nederland. Daarin valt eigenlijk één ding op. Misschien kunt u zich van de vorige keer herinneren dat het veel meer Randstedelijk was. Toen waren de wat meer rurale gebieden, zoals Friesland, Groningen en Drenthe, wat minder ingekleurd. Je ziet nu eigenlijk in het Westen lichtere kleuren. Dan lijkt het erop dat er in het Westen wat meer daling is, terwijl het in de rurale gebieden momenteel nog toeneemt. Dat vinden we ook terug in de rioolwatersurveillance, zoals ik u straks zal laten zien, en in de regiosurveillance.

Dan kijken we naar de verschillende regio's. Je ziet hier per veiligheidsregio het aantal meldingen weergegeven. Dan zie je bijvoorbeeld het aantal meldingen in Groningen, en in mindere mate in Friesland en Drenthe, toenemen, ook al is het misschien niet veel. Maar het is nog wel een stijgende lijn. Maar in de grote steden in het Randstedelijk gebied, zoals Utrecht, Amsterdam, Rotterdam en de regio Haaglanden, zie je dat er een dalende lijn lijkt ingezet, waar ze eerder de grootste aanvoerder waren van de nieuwe gevallen. In de veiligheidsregio's zie je dus terug dat het Westen, de grote steden, eigenlijk in een dalende lijn lijkt te zitten, en een aantal rurale gebieden nog in een bescheiden stijgende maar wel stijgende lijn.

Nogmaals, de disclaimer hierbij is dat we er bij het totale aantal meldingen rekening mee moeten houden dat we afhankelijk zijn van wie zich laat testen. Dat verschilt. Met 50% positief is dat natuurlijk altijd een veel te hoog percentage. Dat doet vermoeden dat lang niet iedereen komt. Ik geef even een voorbeeld uit het buitenland. Denemarken heeft momenteel ongeveer net zoveel officiële meldingen als Nederland, maar ik hoorde eergister van mijn collegae dat zij vermoeden dat twee derde zich niet laat testen. Het uiteindelijke getal zou dan dus veel hoger zijn, maar voor het schetsen van de trend is dat misschien minder belangrijk. Ik heb u de meldingen per regio laten zien.

Een tweede belangrijke indeling zijn de meldingen naar leeftijd. Dat ziet u hier weergegeven voor de verschillende leeftijdscohorten. Daarbij valt op, zoals ook met de twee groene pijlen aangeduid, dat er met name in de leeftijd tot 18 jaar al gedurende een week of twee een dalende lijn in zit. Tegelijkertijd ziet u dat er in het tussengebied, dus tot ongeveer 60 jaar, een relatief stabiel beeld is, met misschien ietsje daling. In de hoogste leeftijdsgroepen zie je enige toename, zij het dat de toename absoluut gezien natuurlijk nog bescheiden is. Ook hier geldt weer dat je jezelf moet realiseren dat voor die jongeren het testbeleid relatief kort geleden gewijzigd is. Dat is overigens wel meer dan een week geleden. We denken dus dat er wel degelijk een daling gaande is, maar of die zo groot is als ik u hier laat zien, is een beetje de vraag. Die testen worden minder frequent uitgevoerd bij de jongeren. Dat betekent dus ook dat je, zeker in het bron- en contactonderzoek, veel minder positieven zult vinden die er uiteindelijk bij optellen. Maar overall is het beeld een afname bij de jeugd en een geringe toename bij de alleroudsten. Die laatste groep is natuurlijk voor een belangrijk deel beschermd door de boostervaccinatie. En daartussenin zit een groep die een beeld vertoont dat wat wisselend is. Als deze week opnieuw zou blijken dat het belangrijk daalt, denk ik dat je echt zeker weet dat je over die piek heen bent.

Op sheet 7 ziet u aan de linkerzijde de uitkomst van testen bij de GGD en rechts testen voor toegang, Stichting Open Nederland. Ik begin met het laatste. U ziet dat daar in de afgelopen drie weken weer wat meer testen zijn verricht. De rode lijn geeft het percentage positieve testen weer. U kunt zich misschien herinneren dat ik hier kort geleden nog een percentage van ver boven de 3 liet zien. Inmiddels is dat gedaald naar 2,8. Ook dat past weer bij een interpretatie dat er wat afname is van het aantal besmettingen onder de bevolking. Als je naar Stichting Open Nederland gaat, heb je natuurlijk op zich geen klachten, want als je klachten had, zou je je niet laten testen bij de SON. Dit is dus waarschijnlijk het aantal personen dat het virus op dat moment dan in de keel draagt. Deze mensen laten zich testen omdat ze ergens naartoe willen. Daar zien we dus een afname. En dat is natuurlijk gunstig als dat een goede representatie zou zijn van de verspreiding in de bevolking.

Aan de linkerzijde ziet u een grafiek van de testen bij de GGD. Daarbij is er altijd sprake van verschillende redenen waarom mensen zich daar laten testen. In paars ziet u het aantal testen weergegeven dat wordt uitgevoerd nadat iemand thuis een zelftest heeft gedaan die positief is bevonden. Dat is tegen de 40%. Als iemand zo'n zelftest heeft gedaan die positief is bevonden, gaat hij naar de GGD om die uitslag te laten bevestigen of ontkrachten. U ziet dat dat een redelijk percentage van het totaal aantal testen is, en dat uiteindelijk bij meer dan 90% die positieve test bevestigd wordt bij de GGD. Dat is die bovenste paarse lijn weer. Verder staat blauw voor de mensen met klachten, en staat geel voor «onbekend». Daar ziet u ook de percentages positieve testen van. Tezamen kom je dan bij dat percentage van meer dan 55%. U ziet ook hier weer dat het aantal testen iets is afgenomen. Ik zei net al: dat is ongeveer 15% in de laatste weken. Dan hebben we ook nog een meer onafhankelijke maat, die niet afhankelijk is van gedrag. Die wordt natuurlijk nu toch wel belangrijker. Ik doel op de rioolwatersurveillance (sheet 8). Ik heb u de laatste keer dat ik hier

was, laten zien dat die eigenlijk tot een piek omhoogkwam. U ziet dat inmiddels, in de laatste week, daar een daling lijkt te zijn opgetreden. Dat is dan weer consistent met wat ik u net vertelde over meldingen. Maar de rioolwatersurveillance is wat dat betreft natuurlijk een heel onafhankelijke maat.

U ziet in sheet 8 ook dat het landelijk cijfer nog hoog is. Dat ziet u in die paarse grafiek. Dat zijn domweg de hoogten van de meldingen in de tijd. Eigenlijk zijn die heel egaal in Nederland. Maar we kunnen ook kijken naar de verandering ten opzichte van de voorafgaande week. Die staat weergegeven in de kleurengrafiek met groen en rood en geel erin. Daarin ziet u bij de rioolwatersurveillance eigenlijk hetzelfde terug als ik u net liet zien bij de meldingen in Nederland. Het lijkt er een beetje op alsof het Randstedelijk gebied wat meer geel en groen kleurt. Met andere woorden: daar is een daling van de virusvracht ten opzichte van een week eerder. En meer in het oosten van het land, in Gelderland, maar ook wel in de noordelijke provincies, zijn meer rode kleuren. Daar is dus nog een toename. Al met al maakt het dat het overall daalt, net zoals dat voor de meldingen in Nederland geldt. Dus de rioolwatersurveillance is een mooie, onafhankelijke bevestiging van de suggestie die we vanuit de meldingen krijgen.

Ik kom op de verpleeghuizen en woonzorgcentra, en eigenlijk ook de ouderen die nog thuis wonen. In sheet 9 ziet u weer een lichte afname van het aantal locaties en ook een geringe afname van het aantal bewoners, die ten opzichte van de locaties dit keer ook wat leek achter te blijven. Nou worden we daar enerzijds wel gehinderd door het feit dat, omdat de BCO's niet meer volledig worden uitgevoerd, we geen goede doorgifte krijgen van wie wel of niet in een verpleeghuis woont. Dat moeten we afleiden aan de postcodes. Maar dat hebben we ook met terugwerkende kracht gedaan en dan weten we dat dit toch een behoorlijk betrouwbare maat is. In verpleeghuizen is momenteel ook weer een geringe afname van de gevallen.

Op deze sheet (sheet 10) hebben we de ziekenhuis- en ic-opnames weergegeven. Ook daar is sprake van een toename en daarna een wat wisselend beeld voor de ziekenhuizen. Daar was een gemiddelde afname op weekbasis. Hetzelfde ziet u aan de rechterzijde weergegeven voor de ic's. Wat ik hier ook nog bij vermeld is dat we inmiddels – dat is de afgelopen drie weken begonnen – ook documenteren of iemand vanwege of met covid wordt opgenomen. «Vanwege covid» betekent dat iemand ofwel longproblemen heeft en als het ware primair covid het probleem is. Daarnaast hebben we een categorie waarbij personen worden opgenomen, bijvoorbeeld met een ontregeling van een suikerziekte, waarbij de covid een uitlokkende rol speelt. Met andere woorden: zonder covid was die persoon ook niet naar het ziekenhuis gekomen. Dat wordt inmiddels genoteerd en dan ziet u dat dat er momenteel in ongeveer 80% van de gevallen toe leidt dat we zeggen: die persoon wordt vanwege covid of vanwege een belangrijke secundaire reden door covid opgenomen. Daarnaast heb je dus nog een groep van ongeveer 20% die wordt opgenomen en dan blijken ze covid in de keel te dragen, zonder dat ze daarvan op dat moment klachten hadden.

In Nederland is dat dus nog 80%. Op deze sheet staat opnieuw een vergelijking met Denemarken. Daar zie je dat dat ongeveer naar de helft gedaald is. Het zou ons ook niet verbazen dat, als er nog wat meer toename van het SARS-CoV-2-virus in de bevolking is, dat voor willekeurige opnames ook vaker iemand gewoon, niet per toeval natuurlijk, positief wordt getest zonder dat dat aanleiding geeft tot klachten. Maar u ziet momenteel dat dat nog behoorlijk hoog is in Nederland.

De voorzitter:

Een korte verduidelijkende vraag van mevrouw Van der Plas.

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

Ja, een verduidelijkende vraag. De heer Van Dissel zegt: 80% vanwege covid of vanwege een secundaire reden vanwege covid. Kunt u dat dan toelichten? Want dat snap ik niet helemaal.

De heer **Van Dissel**:

Sorry, misschien drukte ik me wat ongelukkig uit. Ik bedoelde met «vanwege covid» over het algemeen een longbeeld of een beeld dat covid primair oproept. Daarnaast kan covid ook een rol spelen bij een ontregeling van een onderliggend lijden. Dat valt ook onder die 80%. Dan geef ik covid als secundair aan, omdat bijvoorbeeld de suikerziekte dan primair is. In die zin bedoelde ik het, maar uiteindelijk kun je de simpelste onderverdeling maken door te zeggen: zou deze patiënt er zijn geweest als er geen covid was? Dan krijg je die verdeling van 80%-20%, waarbij 80% komt doordat de covid ofwel direct ofwel indirect het onderliggend lijden ontregelt.

Op sheet 10 ziet u in de inzet rechtsboven weer de opnames. U ziet aan de paarse lijn onderaan dat het aantal ic-opnames na de piek met delta eigenlijk alleen maar gedaald is. In de rode lijn ziet u het aantal verpleegafdelingopnames, dat na een hoge piek met delta natuurlijk gedaald is door de maatregelen, vervolgens weer wat opkomt en inmiddels een beetje heen en weer gaat. Afhankelijk van de opnameduur vind je dat ook terug in het aantal bezette bedden. Voor die verpleegafdeling verwachten we dat dat misschien nog wel wat kan toenemen, maar dat zal ik u straks laten zien.

Op deze sheet (sheet 11) ziet u de leeftijdsverdeling van zowel de patiënten in het ziekenhuis als de patiënten op de ic's. Ook hier is aangegeven of men vanwege covid komt of niet. Dan ziet u dat de ouderen relatief vaker vanwege covid komen. Die hebben dus echt een door covid getriggerd ziektebeeld of een ontregeling van een onderliggend lijden. Voor de jongeren is dat wat minder. Die komen vaker waarna ook covid wordt gevonden, maar u ziet eigenlijk dat er bij alle leeftijden een knik zit in het aantal opnames van de laatste week. Ik moet wel toevoegen dat de laatste gegevens nog niet compleet zijn. Dat zou dus ietsje kunnen toenemen, maar u ziet in ieder geval dat die veranderingen eigenlijk optreden voor alle leeftijden.

De **voorzitter**:

Een korte verduidelijkende vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Helemaal rechts op die sheet, helemaal onderin, staat geen percentage voor de jongste leeftijdsgroepen. Zijn die dan altijd niet mét, maar altijd toevallig?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat klopt. Dat hebben we nog niet ingevuld omdat de aantallen zo klein zijn, en dan zijn de percentages natuurlijk onbetrouwbaar. Maar ik heb u net genoemd: voor de ic 80% overall. En als u ziet dat het eigenlijk voor al die andere ook 80 is, dan kunt u dat ook naar die laagste aantallen doortrekken. Het is, denk ik, iets van 80, want als ik het zo lees, dan staat er «83», «76», «65». Tezamen moet dat 80 maken, dus dat betekent dat ook die onderste twee lijnen ongeveer rond de 80 uitkomen. En dan geldt datzelfde, maar is het inderdaad wel allemaal ingevuld. Nogmaals, hier ziet u het voor de hele groep weergegeven. Dus als de hele groep 80 is, en u ziet dat de onderverdeling van hetgeen ik wel heb aangeduid, ook steeds 80 is, dan kan het niet anders dan dat die kleine ook steeds 80 zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat snap ik, maar in uw vorige brief stond: hoe jonger de patiënt, hoe groter de kans dat het toevallig is met de coronasituaties. Vandaar dat ik dacht ...

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat klopt, daar heeft u gelijk in. Maar dat geldt dan dus meer voor de verpleegafdelingen; daar zie je dat vaker. Dat komt natuurlijk ook doordat jongeren veel minder vaak naar de ic doorgaan. Dus daar zit weer die selectie in, die maakt dat dit optreedt.

Dan wilde ik u nog wat over vaccinaties tonen. Allereerst: degenen die de basisserie hebben afgerond en degenen die de boosters hebben afgerond. Voor de duidelijkheid: de tijd is natuurlijk anders, want die booster speelt pas veel korter, dus dat kunt u aan de onderzijde weergegeven zien. Nou ja, het is duidelijk dat in de basisserie niet zo veel beweging zit, in de zin dat daar nog veel meer personen voorkomen. Hetzelfde geldt eigenlijk voor de booster. En dat is toch wel jammer, als je kijkt naar de werkzaamheid van met name de booster. Daar hebben we ook wat Nederlandse data over, waar u hier een eerste slide van ziet. Allereerst geef ik weer aan de linker onderzijde, met dat blokdiagram: dat is de toename van het aantal patiënten dat bij ziekenhuisopname een omikron-variant blijkt te hebben. U ziet, en dat is natuurlijk ook wel logisch, dat het merendeel in december nog delta was, en dat sedert 1 januari het aandeel omikron steeds verder is toegenomen, en dat dat inmiddels het grootste deel van de opnames, ongeveer 94% ervan, veroorzaakt. U ziet aan de rechterzijde weergegeven de vaccineffectiviteit, afgekort als «VE», ten opzichte van, boven, ziekenhuis, en, onder, ic-opnames. Daarbij moet u zich realiseren dat we aanvankelijk vooral delta hadden, vervolgens een mengsel van omikron en delta, en inmiddels alleen maar omikron. Dat ziet u terug in de effectiviteit van de afname van de basisserie, die tegen omikron nu eenmaal minder effectief is; dat ziet u gebeuren omdat dat langzaam omlaaggaat. U ziet dat de booster ook wat omlaaggaat, maar toch wat langer stabiel blijft. Die afname komt omdat het aandeel omikron toeneemt, en tegen omikron is die booster minder effectief. Maar u ziet dat er al met al toch nog een behoorlijke werkzaamheid van uitgaat, terwijl van de basisserie die werkzaamheid duidelijk afneemt. Voor de ic eigenlijk hetzelfde beeld, alleen ziet u daar dat de booster eigenlijk ook tegen ic-opname door omikron nog heel goed beschermt. Dit zijn Nederlandse getallen. En misschien nog even ter verduidelijking: de vaccineffectiviteit wordt uitgerekend tegen de opname van personen vanwege covid. Dus de groep die daar komt en die bij toeval covid blijkt te hebben, wordt hierbuiten gelaten, want dat is natuurlijk niet relevant voor deze berekening.

Als u het omzet in misschien wat eenvoudiger te interpreteren blokjes met betrekking tot opnames, dan ziet u hier, sheet 15, het aantal opnames, linksboven in kleur. Die kleurtjes geven weer of iemand niet gevaccineerd is, of hij een basisserie heeft gehad en of hij een booster heeft gehad. U ziet dan dat in die periode van eind januari tot de eerste week van februari 780 patiënten zijn opgenomen in het ziekenhuis die geen vaccinatie hadden, dat ongeveer een even groot aantal alleen maar de basisreeks had, en dat er zo'n 340 ook geboosterd waren. Daarboven ziet u in percentages weergegeven wat ongeveer het totale aandeel van die groep in de bevolking boven de 18 is. Dat is namelijk de groep die naar het ziekenhuis komt. U ziet bijvoorbeeld dat waar de niet-gevaccineerden zo'n 15% van die hele bevolking uitmaken, ze uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor 780 opnames; die zijn daaruit terug te leiden. Maar de groep die alleen maar de basisvaccinatie heeft – dat is inmiddels zo'n 25% – zorgt voor ongeveer evenveel opnames. U ziet dat de ongevaccineerden dus, relatief gezien, vaker worden opgenomen. De mensen met een booster maken 61% van die hele bevolkingsgroep uit. Die leiden maar tot

ongeveer de helft van de opnames. Dat betekent dat u hier ook kunt terugzien dat de booster wat dat betreft heel redelijk werkt, ook tegen de omikronvariant. Aan de onderzijde is nog even teruggerekend hoeveel ziekenhuisopnames we zouden hebben als we de booster niet gegeven hadden. U ziet dat je dan grofweg op het dubbele aantal uitkomt. Dit is dus opnieuw een illustratie van dat de boostervaccinatie helpt. Ten slotte nog de vraag: hoe verhoudt zich dat nou tot een natuurlijk doorgemaakte infectie? Dat was ook een vraag vanuit uw Kamer. Er zijn allerlei combinaties mogelijk: infectie met vaccinatie, infectie met vaccinatie en booster, of alleen maar een infectie. U ziet hier de relatieve reductie van het deltavirus ten opzichte van het omikronvirus weergegeven. «Relatieve reductie» kunt u ongeveer interpreteren als «beschermende werking». U ziet dat een primaire vaccinatie 76% van de infecties van delta voorkwam en dat de booster dat naar 93% bracht. U ziet dat dat voor omikron 33% en 68% is. Voor omikron is die relatieve reductie dus duidelijk minder, maar er is wel nog steeds een werkzaamheid. U ziet ook dat de percentages stijgen als de booster gecombineerd is met een doorgemaakte infectie. Helemaal bovenaan ziet u dat ten aanzien van omikron een eerdere infectie zonder vaccinaties een bescherming biedt die een beetje lijkt op een basisvaccinatie. U ziet hier dus alle combinaties die je kunt maken terug. Daaruit ontstaat domweg het beeld dat een basisvaccinatie tegen delta werkt, maar bij omikron een veel mindere werkzaamheid heeft. De booster plust dat in beide gevallen duidelijk op. Dat is iets meer het geval bij delta, maar de booster biedt ook nog steeds een relatieve werkzaamheid tegen de omikronvariant. Ten slotte is er de vraag of omikron ...

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

Ik zat even te kijken. Begrijp ik het goed dat het onderste betekent dat als je eerst een infectie en uiteindelijk een vaccinatie met een booster hebt gehad, dat de beste bescherming is die je kunt hebben?

De heer **Van Dissel**:

Dat klopt. U moet zich daarbij realiseren dat we natuurlijk alleen maar over een «booster» spreken als je ook de basisserie hebt gehad. Anders heb je geen booster, maar de eerste van de basis. De alleronderste regel geldt bijvoorbeeld voor iemand die vorig jaar een basisvaccinatie heeft gehad, een delta-infectie heeft doorgemaakt en inmiddels een booster heeft gekregen, of vorig jaar een booster heeft gekregen en toch een omikroninfectie heeft doorgemaakt; dat laatste komt natuurlijk ook weleens voor. Maar het zal met name de deltavariant betreffen, want anders kan je het niet meten ten opzichte van de omikronvariant. Is het helder, of had u nog andere vragen?

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

Dit is tegen ziekenhuisopname of tegen ziek worden?

De heer **Van Dissel**:

Dit is tegen een symptomatische infectie.

Ik moet u ook nog laten zien dat de werkzaamheid tegen BA.1 of BA.1.1 gelijk is aan die tegen BA.2. Dat kunnen we in Nederland nog niet onderzoeken. Dat gebeurt wel, maar wij hebben die getallen nog niet. In Engeland heeft men dat al wel kunnen doen, omdat men daar verder is. U ziet dat een basisreeks of een basisreeks met een boostervaccinatie op verschillende tijdstippen na de booster een gelijke werkzaamheid geeft tegen een symptomatische infectie. Dat is dus een infectie met klachten door beide varianten. Er is geen verschil tussen de twee varianten met betrekking tot de werkzaamheid van de vaccinatie.

Als u naar de dosis 3 kijkt – dat is een basis plus een booster – ziet u dat die, als het kort geleden geweest is, voor 74% werkt tegen die BA.2. Maar

als het vijf tot negen weken geleden is, is het wat gedaald, naar 67%. Als het meer dan drie maanden geleden is, daalt het naar ongeveer 50%. Daar ziet u dat dalende effect van de werkzaamheid van de booster in de tijd. Samenvattend levert dat het volgende beeld op. Wat betreft besmettingen lijken we net over de piek heen. Dat zien we aan de afname in het aantal meldingen. Er blijft natuurlijk de nodige onzekerheid, maar we zien dezelfde trend terug in de rioolwatersurveillance. Dat is denk wel een belangrijke combinatie. Daarnaast kunnen er een heleboel dingen doorheen spelen, bijvoorbeeld of je je wel of niet laat testen. Het verschilt per regio. Ik heb u laten zien dat het Randstedelijke gebied inmiddels wat meer omlaag lijkt te gaan dan het gebied in het oosten. Dat vinden we terug in zowel de meldingen als in de rioolwatersurveillance.

Dan zien we een stabilisatie tot misschien een lichte toename in de ziekenhuisopnames. Ik heb u laten zien dat dat de afgelopen weken eigenlijk in alle leeftijdsgroepen speelt, in gelijke mate. Althans, relatief gezien, want ouderen worden natuurlijk toch vaker opgenomen. We zien nog niet dat er een snelle toename is, zoals in Denemarken bijvoorbeeld wel evident is, van het aantal mensen dat weliswaar covid blijkt te hebben, maar om een heel andere reden is opgenomen. In Nederland is dat vooralsnog toch 80% vanwege covid, maar dat kan natuurlijk volgende week veranderen.

Dan hebben we momenteel geen oversterfte meer. Het zat zelfs wat aan de lage kant, waardoor het weer iets is toegenomen, maar nog steeds binnen de bandbreedte van wat je verwacht. Ik heb u laten zien hoe het zit met de vaccineffectiviteit tegen een infectie met klachten, de zogenaamde symptomatische infectie. Die lijkt gelijk voor de beide varianten van omikron. Wat dat betreft hoeven we geen belangrijke invloed te verwachten van het feit dat die BA.2 in Nederland nu het dominante type is, behalve dat die zich nog wat makkelijker verspreidt. Dat boostervaccinaties in staat zijn om veel ziektes te voorkomen, heb ik u ook laten zien in die blokjesgrafiek.

Dan door naar de modellering en de prognoses, allereerst dat de laatste schatting van het reproductiegetal onder de 1 is. Dat is in lijn met wat we zeiden over de meldingen, dat die inmiddels wat blijken te dalen. Onder de 1 betekent dat het in ieder geval stabiel blijft en niet verder stijgt. We zullen natuurlijk moeten zien of dat standhoudt, maar momenteel is het in ieder geval net onder de 1. In de ziekenhuizen is het, ook wat betreft de prognoses, gestabiliseerd, tot nog wat toename op de langere termijn. We zullen laten zien dat we een aantal dingen weer geleerd hebben van de omikronvariant. Dat maakt dat de modellering er net weer iets gunstiger uitziet.

Dan over het reproductiegetal van de varianten, in verschillende kleuren weergegeven, beginnende met het wildtype, vervolgens de alfa uit Engeland, de bèta, de gamma, de delta uit India en vervolgens de omikron uit Zuid-Afrika. U ziet de toenames en aan de onderzijde het verloop van het reproductiegetal. In die geelbruinige kleur ziet u omikron weergegeven. Die ziet u van ruim boven 1 inmiddels dalen naar tot op de 1. Dan kun je je afvragen of dat niet raar is, want in feite laten we de maatregelen los en zien we dat het reproductiegetal daalt. Dat is dus het gevolg van de verspreiding van die infecties, die gelukkig over het algemeen weinig ernstig verlopen, maar natuurlijk wel in belangrijke mate afweer geven. Op een gegeven moment zie je natuurlijk een omslag, als de afweer die omikron ontmoet dusdanig is dat die zich veel minder makkelijk kan verspreiden. Dat moment lijken we dus ongeveer genaderd te zijn. Op de kaartjes is opnieuw de berekening van het R-getal per regio te zien. Ook daar is weer hetzelfde beeld te zien. U ziet inmiddels een aantal groene vlekken in het Randstedelijk gebied. Dat betekent dat het reproductiegetal in die regio's significant, beduidend, onder de 1 is geraakt, terwijl u ziet dat het in het Oosten nog daarboven zit. We kunnen dat berekenen op grond van meldingen, maar ook op grond van ziekenhuis- en ic-opnames.

Dat ziet u rechtsonder weergegeven. Die liggen inmiddels ook net onder de 1. Dat is op zich natuurlijk een gunstig beeld. Dan de prognoses. De prognoses berekenen we altijd op twee wijzen. Dat kan op grond van het aantal meldingen dat we nu hebben, waarvan we, op grond van de data van een paar weken terug, weten in hoeveel ziekenhuisopnames die zich vertalen. Die kans op ziekenhuisopnames en het vervolgens doorgaan naar de ic, kun je op grond van die meldingen dus gewoon voor de komende zeven à acht dagen bepalen. Dat levert het volgende beeld op. Ik heb u dit al vaker laten zien. Per leeftijdscohort kun je dan in de tijd weergeven wat per melding de kans was om in het ziekenhuis te geraken. Dat staat linksboven aangegeven. Aan de rechterzijde staat wat de kans is om op de ic te komen, als je eenmaal in het ziekenhuis bent. Dat kun je ook uitrekenen. Dan ziet u dat dat tot voorkort rond de 0,2 lag. Dat was dus ongeveer een op de vijf. Maar tegelijkertijd ziet u dat het duidelijk naar beneden afbuigt, naarmate u meer naar rechts gaat. Dat zijn dus de recente getallen. Met andere woorden, de kans om na een ziekenhuisopname op de ic te belanden, is inmiddels een stuk afgenomen. Waar dat eerder tussen de 18% en 21% lag, ligt dat nu zo rond de 6% à 7%. Dat is natuurlijk behoorlijk lager. Dat betekent ook dat elke ziekenhuisopname dus een gunstiger beeld geeft voor de ic-opname, omdat er gelukkig minder patiënten door moeten naar de ic. U ziet die afname ook wat bij de ziekenhuisopnames. De kans om in het ziekenhuis te komen, nadat u positief bent gemeld, is ook afgenomen. Beide kunnen we vertalen naar het aantal ziekenhuisopnames per leeftijdsgroep. Dat is hier weergegeven. Aan de rechterzijde ziet u degenen die dan eventueel naar de ic doorgaan. Die getallen zien er wat betreft percentages en aantallen ook gunstiger uit. Uiteindelijk levert dat dit overall beeld op. Daarbij is met de harde, zwarte cirkeltjes aangegeven wat de daadwerkelijke getallen zijn geweest. Dat zijn dus domweg de metingen. U ziet ook weer dat de meest recente metingen nog helemaal buiten de lijn vallen, omdat die nog moeten worden aangevuld. Die moeten we dus eigenlijk buiten beschouwing laten. Daar moet nog een narapportage op plaatsvinden. Dat zijn de twee punten die er helemaal onder liggen. Maar u ziet verder dat de blauwe lijn – dat is de mediane verwachting – eigenlijk heel goed die dots volgt. In de toekomst spreidt die lijn zich ietsje uit qua onzekerheid. Voor ziekenhuisopnames is de indruk dat het de komende tijd nog wat zal toenemen. Maar u ziet ook dat de maximale onzekerheid ervan eigenlijk al valt onder het aantal dat we met de deltavariant hebben gehad. Dat is natuurlijk een gunstiger beeld dan we eerder hadden. Aan de rechterzijde ziet u hetzelfde voor de ic-opnames. Daar zie je dat het naar verwachting min of meer vlak blijft.

Wat bepaalt dan die onzekerheid met betrekking tot het aantal opnames? Dat laat ik op deze slide zien. Het gaat dan met name om het aantal personen boven de 60 dat positief wordt gemeld versus de groep onder de 60 die positief wordt gemeld. Dat weet u natuurlijk ook. Iemand die onder de 60 is, heeft een veel geringere kans om na positieve melding in het ziekenhuis te belanden. Voor iemand boven de 70 of 80, is die kans veel groter. Dat ziet u hier nog eens opgesplitst in onder de 60 en boven de 60. U ziet dat dat inderdaad zo is. Ik heb u net laten zien dat het aantal meldingen onder jongeren gelukkig afneemt, maar dat het onder de alleroudsten nog wat toeneemt, zij het dat die toename absoluut gezien nog beperkt is. Het is wel belangrijk hoe dat zich de komende tijd gaat ontwikkelen. Stel dat het onder jongeren verder afneemt en dat de ouderen vooral door een soort overflow vanuit de jongeren worden besmet. Dan verwacht je dat het bij de ouderen ook snel weer gaat dalen. Dan wordt het beeld van ziekenhuisopnames gunstig. Als je het omgekeerde verwacht, namelijk dat het, als het eenmaal in de ouderengroep is, daar dan rondcirkelt, dus als het met name intrinsiek binnen de ouderengroep rond zou gaan, zouden daar toch nog wel de nodige

ziekenhuisopnames uit kunnen voortkomen, met name van degenen die niet geboosterd zijn en niet gevaccineerd zijn. Dat is gewoon een onzekerheid. Dat weten we nog niet, dus dat zullen we moeten afwachten. Internationaal zie je opnieuw eigenlijk hetzelfde beeld. Neem bijvoorbeeld Denemarken. Daar is inmiddels een afname onder de jongeren en een afname in de stedelijke gebieden. Daar zien ze ook een toename onder de ouderen, maar ook daar is die gelukkig beperkt gebleven. Je hoopt natuurlijk dat dat in Nederland net zo is. Maar dat hangt er wel van af – daar komen we straks nog even op terug – dat kwetsbaren zich toch realiseren dat er veel infecties rondgaan en daar wel consequenties aan verbinden in de zin van: afstand houden, mond-neusmasker gebruiken, ventileren en dergelijke.

Dan naar de voorspelling vanuit het transmissiemodel. Daarbij gaan we uit van contacten en daarin nemen we alle verschillende onderdelen mee, bijvoorbeeld, zoals hier weergegeven, de opkomst van die tweede omikronvariant, de BA.2. Die ziet u hier, in geel, opkomen, terwijl de paarse lijn, de BA.1-variant, daalt. Maar de gele, de BA.2-variant, neemt toe. De datum waarop ze elkaar kruisen, dus wanneer de BA.2-variant dominant wordt, was gisteren of vandaag, bij wijze van spreken. Momenteel dus.

Dit soort veranderingen, ook het feit dat BA.2 zich net iets makkelijker lijkt te verspreiden, wordt ook weer in de modellering meegenomen, dus als daar veranderingen in zijn, neemt het model die mee. Het tweede dat het model meeneemt – natuurlijk belangrijk – is de invloed van vaccinatie, zowel de basisreeks als de booster. U ziet hier nog even een weergave van al die getallen die we daarvoor hebben aangehouden, ook de getallen die bijvoorbeeld in Engeland zijn gebruikt door het Imperial College en de London School of Hygiene. Het is hier belangrijk om ons straks te realiseren voor de resultaten dat, waar we eerder op grond van gegevens uit het buitenland een wat lagere vaccineffectiviteit aanhielden, we nu hebben gekozen om meer naar die hogere reeks te gaan. Dat heeft alles te maken met de getallen die ik u net heb laten zien, die we in Nederland hebben vergaard met betrekking tot die vaccineffectiviteit. Die blijkt in Nederland net iets gunstiger uit te vallen dan in een aantal andere buitenlandse landen, misschien omdat de booster wat later gezet is in Nederland, zodat je nog wat minder die afname in de tijd hebt. Dat betekent dus dat voor de modellering ook weer een iets andere keuze gemaakt is.

Alle andere dingen die de modellering net iets anders heeft gedaan ziet u hier nog even het lijstje. Dat betreft de verminderde kans op ziekenhuisopname, de sterk verminderde kans om na ziekenhuisopname naar de ic te moeten, de kortere ligduur, die natuurlijk ook heel belangrijk is, want met de helft van de ligduur kun je de dubbele opnames voor dezelfde bezetting doen. Het feit dat die ligduur verkort is, is dus ook van belang, zowel op ic als op de verpleegafdeling. Verder noem ik een aanpassing van het serie-interval, zoals dat heet, het serieel interval tussen twee besmettingsrondes, dat weer invloed heeft op het reproductiegetal. Daarnaast de vaccineffectiviteit die is aangepast aan de Nederlandse gegevens, en het dominant worden van de BA.2-variant die ook is opgenomen.

Nog even in de grafiek weergegeven ziet u het percentage dat na ziekenhuisopname naar de ic moet worden verplaatst vanwege bijzondere zorg. U ziet dat dat ongeveer stabiel is geweest rond de 18–20%, maar dat dat inmiddels toch belangrijk gedaald is. Dan kom je op die 7%.

Als dat allemaal wordt doorgerekend, krijgt u de volgende grafieken met betrekking tot ziekenhuis- en misschien de volgende ic-opnames. Als ik even naar de ziekenhuizen terugga, ziet u een aantal dingen doorge-rekend, namelijk ten eerste doorgaan met een lockdown. Dat hebben we natuurlijk niet, maar dat is als referentiegetal weergegeven. Ten tweede het niet nemen van maatregelen en het volgen van de huidige maatregelen in rood. Dan ziet u dat er nog een piek te verwachten is in opnames,

maar die hangt wel heel erg af van hoe het zich gaat ontwikkelen onder de ouderen. U ziet uiteindelijk aan de rechterzijde dat we wat de bedbezetting betreft duidelijk onder de aantallen, mediaan gezien, van de deltagolf lijken te blijven, zij het dat er nog wel een behoorlijke spreiding is. Als je kijkt naar de effecten voor de ic's, is daar opnieuw nog een toename te verwachten, maar die is zowel qua opnames als ook zeker qua bedbezetting op korte termijn een stuk lager dan we in de deltagolf hebben gehad. Het feit dat dit er opnieuw wat gunstiger uitziet, heeft dus alles te maken met die gegevens uit Nederland met betrekking tot vaccineffectiviteit, kortere opnameduur, et cetera. Die hebben natuurlijk rechtstreeks invloed op deze modellering.

Dan hebben we vanwege de versoepelingen natuurlijk ook geprobeerd door te berekenen wat de effecten daarvan zijn. Die berekeningen nemen enige tijd, dus die versoepelingen hebben we niet letterlijk kunnen overnemen zoals die uiteindelijk door het kabinet genomen zijn, maar uiteindelijk is wel een pakket doorgerekend dat daar toch heel erg dicht in de buurt komt. Dat ziet u hier weergegeven. Opnieuw hebben we een aantal veranderde aannames daaronder genoemd, maar die heb ik net al met u doorgenomen.

Hoe zien die uitkomsten er dan uit? U ziet hier voor de ziekenhuisopnames en op de volgende slide voor de ic-opnames de verwachting met betrekking tot ziekenhuisopnames en ziekenhuisbezetting. Nogmaals, dit zijn scenarioberekeningen, dat wil ik toch nog wel een keer benadrukken. De scenarioberekening geeft een orde van grootte weer: wat kan je verwachten, waar moet ik me ongeveer op richten? Voor de duidelijkheid, het is niet zo dat we denken dat het precies die lijn gaat volgen. Wat je eigenlijk met scenarioberekeningen wil doen, is laten zien wat er in een bepaalde situatie kán gebeuren, zodat je uiteindelijk voorkomt dát het gebeurt. Dat nog even als uitleg.

U ziet hier wel – dat is interessant – dat wanneer je versoepelingen doet op het moment dat je eigenlijk over de piek van het aantal gevallen in de bevolking heen bent, het openen, het versoepelen dan eigenlijk maar een heel geringe invloed heeft op het verloop van het aantal infecties. Dat ziet u hier door het verschil tussen blauw en rood. Dat komt natuurlijk doordat je op een gegeven moment zo veel weerstand hebt opgebouwd onder de bevolking, hetzij door vaccinatie, en dan met name de boostervaccinatie, dan wel door de verspreiding van ziekte en het doormaken van – gelukkig over het algemeen niet zo ernstige – ziekte, dat het virus domweg te veel mensen tegenkomt die weerstand hebben en zich daardoor niet goed meer kan verspreiden. Dat uit zich in een vermindering van het aantal gevallen en uiteindelijk natuurlijk ook in een vermindering van het aantal ziekenhuis- en ic-opnames. De versoepelingen hebben natuurlijk invloed, afhankelijk van hoe trapsgewijs dat al of niet gebeurt. Uiteindelijk zullen ze niet meer tot een geweldige toename van ic- en ziekenhuisopname leiden. Hier op sheet 33 ziet u nog even de ic-opnames, zoals ingeschat. Het zijn er minder dan bij de deltagolf. Naar verwachting misschien nog minder, zeker als het meevalt, onder de ouderen. Aan de rechterzijde ziet u de vertaling naar de bedbezetting, die natuurlijk al veel gunstiger is, al was het maar omdat de opnameduur van de bedbezetting belangrijk is teruggelopen. U kunt zich voorstellen, als dat eerst achttien dagen is en nu nog maar zes dagen, dat het een derde is. Dan kun je dus drie keer zo veel opnames hebben voor dezelfde bedbezetting. Als het aantal opnames geringer is dan bij delta, zal de bedbezetting ook een stuk lager zijn. Dat heeft geleid tot het OMT-advies. Dat is publiek, dus dat heeft u kunnen lezen. We hebben al gezegd dat we kennis hebben genomen van de voorgestelde versoepelingen. We hebben geconstateerd dat de modellen die we die week al hadden ingezet, daar eigenlijk heel goed mee overeenkomen. We hebben aanpassingen gedaan in de aannames van de modellering op grond van Nederlandse data. Dat is natuurlijk ook belangrijk. We weten ook – en dat geldt voor elke uitbraak – dat, als je

versoepelingen doet nadat de piek in de infecties geweest is, het effect ervan geringer is, domweg omdat je weet dat er al een weg omlaag gaande is, omdat de immuniteit zo hoog is.

We hebben een aantal dingen nog specifiek aangemerkt. Er is natuurlijk nog het gebruik van het ctb. Er zijn opnieuw berekeningen uitgevoerd door de TU Delft en het UMCU. Ik denk dat ze daar binnenkort mee naar buiten zullen komen, maar wij hebben daarvan een rapportage vooraf gezien. Wanneer er wordt doorgerekend met de huidige Nederlandse situatie, dus een R-waarde rondom 1, en de effectiviteit van de vaccinaties zoals ik die u net heb laten zien, komt er eigenlijk uit dat de effectiviteit van een ctb waar de boostervaccinatie niet in geïncorporeerd is, gering is om infecties te voorkomen. Vandaar dat het OMT adviseert: maak je er gebruik van, zorg dan dat de boostervaccinatie daarin geïncorporeerd is, als die een groen vinkje geeft.

Het tweede is dat we adviseren om het thuiswerkadvies niet in één keer helemaal los te laten, maar om dat te faseren. We weten nou eenmaal dat, behalve de thuissituatie, het werken in de werksituatie bij de koffiecruiser toch nogal eens aanleiding kan geven tot infecties. Dat kan enerzijds leiden tot uitval, maar natuurlijk ook tot meer infecties en misschien net wat meer infectiedruk. Dus als er mogelijkheden zijn om dat te faseren, juichen we dat toe. Dat is ook in het advies zo weergegeven.

Tenslotte – en dat is denk ik heel belangrijk – moeten we ons realiseren dat wat betreft het aantal meldingen in de bevolking er nog een toename kan zijn als je meer versoepelt. Die toename kan voor kwetsbaren betekenen dat de kans dat ze in contact komen met iemand met het SARS-CoV-2-virus en eventueel besmet worden, groter is. Dus je wilt die groep enerzijds toch meer bescherming kunnen bieden. Dat doe je aan de ene kant door als bevolking daar toch respect voor te hebben, met betrekking tot afstand houden, het gebruik van het mond-neusmasker en met name het thuisblijven bij klachten en het testen. Het gaat erom dat je dat in acht neemt, zodat kwetsbaren weten dat, als ze in de supermarkt zijn, er niet iemand met klachten in de buurt is. Omgekeerd is het natuurlijk ook een verantwoordelijkheid van kwetsbaren zelf om die 1,5 meter afstand te houden en de mondneusmaskers te dragen en, zeker tot de aantallen verder gedaald zijn, drukte en bijeenkomsten te mijden. Ik denk dat dat een belangrijk deel is om aandacht aan te geven. Er ligt natuurlijk een aandeel bij de persoon zelf, maar er ligt ook een belangrijke rol voor de hele bevolking om daar respect voor te hebben en te weten dat er kwetsbaren zijn die misschien minder dan de persoon zelf risico lopen om ernstig ziek te worden. Daar zijn ook protocollen voor en daar wordt natuurlijk naar verwezen.

Dan hebben we verder nog een advisering gedaan ten aanzien van de duur van de isolatie. Dat heeft u kunnen zien. Die kon naar ons idee nog wat verder teruggebracht worden, naar vijf dagen, mits men één dag klachtenvrij is. Dat is ook belangrijk.

De voorzitter:

Een verduidelijkende vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik wil even terugkomen op de opmerking van de heer Van Dissel dat de TU Delft waarschijnlijk binnenkort met een nieuwe rapportage komt. Door mevrouw Agema is gevraagd dat we die rapporten zouden krijgen. Vanmorgen las ik in de brief dat u geen rapport hebt gezien, maar dat er een soort mondelinge toelichting is geweest. Daar wil ik graag nog even duidelijkheid over.

De heer Van Dissel:

Zeker. Dat hebben wij zeker. Dat is een heldere vraag. Dat rapport hebben we nog niet, maar we hebben een toelichting gekregen van de heer

Bonten, die ook in het OMT zit, en bij het UMCU natuurlijk betrokken is bij die berekeningen. Zij realiseerden zich naar aanleiding van het eerste rapport dat er dynamiek zit in de getallen. Er zit dynamiek in het reproductiegetal, maar natuurlijk ook in de vaccinatie-effectiviteit. Vandaar dat ze opnieuw die berekeningen gemaakt hebben. Daar zijn we natuurlijk dankbaar voor. Daar zijn getallen gepresenteerd. Die heb ik niet zelf. Die moeten zij gewoon met een rapport naar buiten brengen. Dat is de toelichting.

Dan wilde ik toch nog een aantal dingen heel kort benoemen. Ik heb u eerder de verschillende scenario's laten zien die door de WRR en de KNAW waren opgesteld. Daarin zagen we een aantal kwetsbaarheden die bij de verschillende scenario's spelen. Ik wil toch even in herinnering roepen dat we nog steeds in scenario 4, «continue strijd», zitten, maar wel met de opmerking dat we wat omikron betreft toch misschien in een soort einde lijken te komen. Er is in ieder geval een belangrijke afname van de verspreiding. Helaas hebben we geen garantie dat er geen nieuwe varianten opkomen. Dat benoem ik omdat we zien dat iedereen, terecht, heel blij is met de versoepelingen – daar moet iedereen ook gebruik van maken – maar tegelijkertijd moeten we ons realiseren dat we tot nu toe hebben gezien dat omikron steeds weer met een nieuwe streek terugkomt. Dat zullen we natuurlijk nauwkeurig moeten monitoren en daar opnieuw acties op verzinnen. We moeten niet het idee meegeven: we gaan terug naar normaal, alles is open en omikron komt nooit meer terug. Daar hebben we bepaald nog geen garantie van. Als je naar het beeld tot nu toe kijkt, hebben we eerder in het «continue strijd»-scenario gezeten dan het scenario van «terug naar normaal».

Een van de dingen die daar bijvoorbeeld in speelt is dat we inmiddels weten dat een aantal van die omikronvirussen ook dierpopulaties in zijn gegaan. In Amerika zit delta bijvoorbeeld bij herten en dergelijke. Ik laat u hier het voorbeeld zien van de hamsters. Dat is net gepubliceerd. Dat kunt u terugvinden. Er zijn hamsters geëxporteerd naar Hongkong. Die bleken daar besmet en hebben in Hongkong tot een vijftigtal besmettingen geleid, die u hier grafisch weergegeven ziet. Ook dat duidt op een potentieel risico waar we in ieder geval rekening mee moeten houden, waar we surveillance op moeten zetten om ons niet te laten verrassen, waardoor het virus niet de mogelijkheid krijgt om in een al dan niet andere variant terug te komen. Die hamsters kwamen uit Nederland, maar werden vanuit het Oostblokgebied via Nederland doorgevoerd naar Hongkong. Dan nog even de maatregelen en het verloop in de EU. Daar valt met name op dat Denemarken qua meldingen nog steeds hoog is, overigens ongeveer gelijk aan Nederland, zoals u inmiddels ziet. Mijn Deense collega zei maandag nog dat zij er eigenlijk op rekende dat die meldingen maar ongeveer een derde van het aantal gevallen bevestigen, dus dat er nog twee derde onder de bevolking zijn. Dat betekent dus dat het in Denemarken toch nog behoorlijk rondgaat. Dat kan daar meer rondgaan dan bij ons of in een aantal andere landen omdat bij hen de deltagolf weer anders verlopen is. Voorafgaande golven door het oproepen van afweer hebben altijd weer invloed op de golf daarna. In Denemarken is het ook wel opmerkelijk, dat ziet u aan de rechterzijde, dat zij wat ziekenhuisopnames betreft momenteel ongeveer zes keer zo hoog zitten als Nederland.

Overigens moet ik daar meteen aan toevoegen dat mijn verwachting is dat bij deze getallen van Our World in Data ook de personen die mét omikron worden opgenomen in Denemarken worden meegeteld, en dat ze dat subtiele maar toch wel belangrijke verschil niet maken. Desalniettemin zit Denemarken, waar u ziet dat landen als Frankrijk en België in een dalend been zijn, nog bijna in een stijgend been zit of bereikt het net een afvlakking. Het is toch wel opmerkelijk dat je binnen Europa nog belangrijke verschillen hebt die niet direct terug te voeren zijn op verschillen in vaccinatie en booster, want daarin verschillen die landen niet zoveel, maar

bijvoorbeeld wel te maken kunnen hebben met verspreiding in specifieke groepen of bijvoorbeeld ook met hoeveel alfa, bèta, gamma et cetera die andere virussen in een land inmiddels aan infecties hebben veroorzaakt en op welk tijdstip de boostervaccinatie is gegeven.

Dan was er ten slotte nog het verzoek om de maatregelen in verschillende Europese landen samen te vatten. Dat zijn nog twee tabellen die verder niet te lezen zijn omdat ze te klein zijn, dus die laat ik hier niet staan. Maar als iemand ze nog als aparte Word files wil ontvangen, dan kan ik ze doorsturen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik mis ook nog het advies van gisteren van het OMT om te stoppen met grootschalig testen bij de GGD.

De heer **Van Dissel**:

Dat is nog niet een definitief advies, voor de duidelijkheid. We hebben naar testen gekeken. We hebben bekeken wat de verschillende kwetsbaarheden zijn wanneer je verschillende maatregelen zou nemen. Dat is ook toegevoegd aan het OMT-advies, maar in het OMT-advies zelf kunt u lezen dat we dat nog echt helemaal willen doordenken en dat we daar binnenkort mee komen. Wat u daarover wel terecht opmerkt, is natuurlijk juist: moeten we nu met 1 miljoen testen per week doorgaan terwijl we zien dat het daalt? Daar kun je natuurlijk vraagtekens bij zetten, dus dat doen wij ook. Maar we willen dan wel weten wat ervoor in de plaats komt. Wat wil je nog wel in stand houden, hoe is de mogelijkheid om toch als een soort waakvlam die hele capaciteit bij de GGD te houden voor het geval er een volgende variant komt? Daar is gewoon meer aan door te denken dan kort op te merken dat we dat zouden willen stoppen. Dus daarover volgt nog een meer gedegen advies, maar de elementen zijn genoemd in de bijlage die u ontvangen heeft.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Van Dissel. Volgens mij zijn de sheets beschikbaar via de website van de Tweede Kamer, dus dan zijn ook de kleine lettertjes leesbaar. Ik wilde voorstellen aan de collega's om eerst een rondje met één vraag te houden en dan eventueel nog een tweede rondje. Mevrouw Agema, aan u het woord.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Een paar technische briefings geleden heb ik deze voorspelling omhooggehouden van de heer Van Dissel, waarin ook die lijn is aangebracht door de heer Van den Berg. Daarin zagen we dat de voorspelling zó ver uit het lood geslagen was dat we ver onder de onderste onzekerheid uitgekomen waren. Maar dat geldt eigenlijk ook voor die van de vorige keer. Daar kwam ook de modellering heel ver onder de voorspellingen uit, ver onder het onderste onzekerheidsinterval. Nou denk ik niet dat de heer Van Dissel en de mensen van het RIVM kwade bedoelingen hebben, hoor, of een modellering doen die niet helemaal klopt of deugt. Ik denk dat ze dat echt met de juiste intentie doen. Maar de uitkomst is wel een hele lastige. De uitkomst is namelijk dat we in december een lockdown hebben gehad en dat we in de afgelopen periode veel contactbeperkende maatregelen hebben gehad. Dat strookt niet met de situatie in de modellering. We moeten kunnen bedenken dat we al die contactbeperkende maatregelen wellicht onterecht hebben gehad, helemaal als de heer Van Dissel bij sheet 15 zegt dat de boostervaccinatie het aantal opnames bijna twee keer zo laag heeft gemaakt. Mijn vraag is dus of het nou wel zo verstandig is om dit soort modellen nog te maken. Zou het niet beter zijn om dit soort modellen niet meer te maken als er zo veel onzekerheden zijn, omdat ze zulke grote consequenties hebben voor de vrijheden die wij hebben?

De heer **Van Dissel**:

Ik begrijp uw vraag volkomen, maar ik wil er toch een paar kanttekeningen bij plaatsen. Allereerst gaat het er natuurlijk om of het op dat moment redelijk was, en niet of je nu met de retrospectoscoop zegt: toen waren de voorspellingen te hoog. We hebben gezien dat de voorspellingen in de loop van de tijd naar beneden zijn bijgesteld. De reden daarvoor heb ik u steeds gegeven. Dat doe ik ook nu weer: we hebben steeds moeten rekenen met de getallen die we in het model konden invoeren op grond van buitenlandse gegevens uit landen die op ons voorlopen. Voor zover we die niet hadden, hebben we rekening moeten houden met hoe het bij de eerdere varianten in Nederland was, zoals de deltavariant. In het begin hadden we natuurlijk helemaal geen gegevens over de omikronvariant. Dat de omikronvariant in de loop der tijd steeds gunstiger en minder ziekmakend blijkt dan eerder in de scenarioanalyses werd meegenomen, is natuurlijk prachtig. Maar dat kun je niet voorspellen op het moment dat je die omikronvariant opneemt.

Ik heb u ook de voorspellingen laten zien die op dat moment niet door het RIVM, maar door Imperial College, Neil Ferguson, het Robert Koch Instituut en Deense collegae zijn gedaan. Die tonen exact dezelfde modelleringen als wij hebben getoond. Ook dat beeld schat de problemen achteraf gezien misschien te groot in. Uitgaande van aannames die ze moesten doen op basis van de kennis van toen, waren dat ook daar de uitkomsten. Voor de duidelijkheid: die modellen berekenen dit allemaal op andere wijzen.

Is er dan een probleem? Dat weet ik niet. Wij geven altijd aan dat we met verschillende scenario's rekenen: worstcasescenario's en optimistische scenario's. Het is uiteindelijk aan de ontvanger van het advies of hij daar uit voorzorg maatregelen bij wil treffen of niet. Dat is niet aan de adviseurs zelf. Het enige wat wij kunnen zeggen, is dat we die verschillende scenario's steeds gepresenteerd hebben. Het feit dat ze veranderd zijn, heb ik denk ik goed verklaard door u steeds te laten zien dat die aannames in de loop van de tijd nou eenmaal veranderen. Dat is niet iets wat we op voorhand weten. Wij kunnen ook niet in een kristallen bol kijken.

Misschien nog even één opmerking met betrekking tot de maatregelen die destijds genomen zijn. Daarna geef ik het woord weer aan u terug. Natuurlijk hebben die maatregelen impact gehad. U moet zich ook realiseren dat we een heel forse deltapijk hebben gehad en dat de maatregelen die genomen zijn ertoe hebben geleid dat we momenteel op heel lage getallen zitten. Dat is anders dan in een aantal andere Europese landen, zoals Denemarken. Die getallen maken bijvoorbeeld eerder mogelijk dat de zorg weer de nodige inhaalzorg kan verlenen. Daar is een meer positieve uitgangspositie mee verworven.

Ten slotte. U kunt zich ook nog herinneren dat het destijds nodig was om in de boostervaccinatiecampagne de tijd te nemen om iedereen die dat wilde een booster te geven.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, een kort vervolgvraag op dit punt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat was niet de vraag die ik stelde. Ik begrijp dat er zo veel onzekerheden zijn. U heeft ook heel duidelijk toegelicht dat er heel veel variabelen zijn die in de loop van de tijd steeds veranderen. Mijn vraag was als volgt. Als de werkelijkheid zo ver onder de onderste onzekerheid zit, is het dan nog wel verstandig om dit soort modellen te maken? Is het dan niet beter om op enig moment te zeggen: we weten het eigenlijk gewoon niet? Ik vraag dat omdat de consequenties van de modellen in de afgelopen periode heel vergaand zijn geweest, met name als het gaat om de contactbeperkende maatregelen, terwijl u het met de boosters eigenlijk wel hebt gered.

De heer Van Dissel:

Een terechte vraag. Dit punt had ik inderdaad nog niet beantwoord. Ik ben daar heel duidelijk in: ik vind dat je absoluut die modellen moet tonen. Maar je moet daar wel het juiste gewicht aan geven. Als u dat in de OMT-brieven terugleest, dan leest u daar het woord «onzekerheid» ongeveer in elke derde regel. En zo is het natuurlijk ook. Zo worden die modellen ook gepresenteerd.

Een van de dingen die het OMT moet doen, is duiding van de huidige situatie en ook duiding van de mogelijke ontwikkelingen naar de toekomst toe. Dat betekent dat je scenarioanalyses maakt die van gunstige en minder gunstige aannames gebruikmaken. Die toonde ik u ook – u kunt zich dat wellicht herinneren – in de zogenaamde sensitiviteitsanalyses. Daarbij zet je acht blokjes naast elkaar, waarbij je verschillende aannames varieert en probeert te kijken wat nou de belangrijkste daarin zijn. Ik denk dat wij dat gewoon moeten doen. Het is uiteindelijk aan het beleid welke consequenties daaruit getrokken worden. Ofwel men zegt: nou ja, ik vind dat zo onwaarschijnlijk, we nemen geen enkele maatregel. Ofwel men zegt: we willen uit voorzorg toch ook rekening houden met een worstcase-scenario. Dat is uiteindelijk aan het beleid. Maar ik denk echt dat het onze taak als adviseur is om daar heel duidelijk in te zijn en al die scenario's te tonen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Voorzitter. Meneer Van Dissel, bedankt voor de presentatie. In de brief die we vannacht hebben gekregen, wordt gezegd dat er nog discussie is over nieuwe vaccins en of je die moet maken met een soort mix van coronavarianten. Dan komen we volgens mij bij een soort griepvaccin terecht. Volgens mij is het griepvaccin gemiddeld veel minder effectief dan de coronavaccins. Als je dus naar een mix toegaat qua bescherming, wat zijn daarvan dan de voor- en nadelen?

De heer Van Dissel:

Dat is natuurlijk een complexe vraag, omdat het zich nog helemaal in de toekomst bevindt. Maar even terug naar het griepvaccin. U heeft gelijk dat dat altijd een mengsel is van meerdere zogenaamde antigenen, die uiteindelijk bescherming kunnen bieden tegen verschillende griepvirussen. Het is echter ingewikkeld om te voorspellen welk virus exact dominant wordt in een bepaald griepseizoen. Daar kan je helemaal naast zitten. Dat betekent dan vaak dat het vaccin maar een heel beperkte werkzaamheid heeft, alleen misschien via wat kruisreactiviteit. Of je kan met het vaccin precies «top of the bill» zitten, waarbij de effectiviteit van het vaccin groter is.

Bij corona is men natuurlijk bezig om dat soort dingen te ontwerpen, maar er liggen nog wel een heleboel problemen. Er moeten nog veel hordes genomen worden. Bijvoorbeeld moet het mogelijk zijn om met een specifieke techniek RNA in te spuiten. Maar dat moet je nog maar kunnen mengen. Dat zijn allemaal dingen die nog onbekend zijn. Je zou kunnen denken: als er meerdere types gaan circuleren, globaal, zou je inderdaad naar een mengsel moeten gaan.

We weten bijvoorbeeld dat als je alleen maar tegen omikron vaccineert – dat vaccin is inmiddels in zeer beperkte mate experimenteel uitgetest – dat helemaal geen kruisreactiviteit geeft, bij dit specifieke voorbeeldvaccin, tegen delta en alfa. Dat is interessant, want alfa en delta geven waarschijnlijk wel wat kruisreactiviteit tegen omikron. Daar blijkt alleen maar uit hoe ingewikkeld dat is en dat er echt nog een heleboel moet worden onderzocht voordat dat tot zo'n vaccin kan leiden.

Het ligt natuurlijk wel voor de hand dat je op den duur, als omikron zich uiteindelijk toch meer tot een wintervirus zou ontpoppen, iets ontwikkelt, met name voor kwetsbaren. Het zou goed kunnen dat je die specifieke groep, die dan misschien deels gelijk is aan de griepgroep, apart zou

willen vaccineren. En het zou kunnen dat dat inderdaad met een combinatievaccin nodig zal blijken. Maar vooralsnog experimenteel.

De heer **Hijink** (SP):

Voorzitter. Mijn vraag gaat ook over de langere termijn. Ik hoor de heer Van Dissel eigenlijk zeggen: het is grotendeels aan het beleid – volgens mij bedoelt hij daarmee dat het aan de politiek is – om te bepalen hoe er gereageerd wordt en hoe wij ons voorbereiden op de verschillende scenario's. Maar mijn vraag is eigenlijk: hoe wordt nou voorkomen ... We hebben gezien hoe het afgelopen jaar is gegaan, dat je inderdaad na versoepelingen – het virus lijkt weg – heel snel in de valkuil trapt om te denken dat het testen niet meer nodig is, dat de mensen van de GGD naar huis kunnen, dat de regels weg kunnen, dat de mondkapjes in de prullenbak kunnen. Voor je het weet, heb je in mei of in september of later een nieuwe variant, waardoor het allemaal weer terug moet komen. Ik wil eigenlijk van de heer Van Dissel weten of het niet juist een taak van het RIVM is om te adviseren over wat nu wijsheid is en over in hoeverre we bepaalde structuren moeten houden, dat we bijvoorbeeld het testen, in welke vorm dan ook, overeind moeten houden. Hoe kijkt hij daarnaar? Is het een politieke kwestie of is het vooral een wetenschappelijke kwestie hoe we om moeten gaan met het virus dat we nog steeds hebben?

De heer **Van Dissel**:

Dit reken ik absoluut tot het domein van het RIVM, dus dat gaan we ook invullen, is het korte antwoord. Intermediair speelt al het volgende, vandaar mijn opmerking dat we dat testen nog wel even van alle kanten willen bekijken. Maar u heeft natuurlijk helemaal gelijk: wat je wilt, is een surveillancesysteem net zo goed als voor andere ziektebeelden, en wil je, met andere woorden, op tijd geïnformeerd worden over de mogelijke circulatie van een nieuw coronavirus. Daar hebben we de rioolwatersurveillance voor, maar we hebben natuurlijk ook weer meer thermometers in de maatschappij nodig in de zin van het Nivel bijvoorbeeld, wat we gaan uitbreiden bij de huisartsen.

Tenzij zo'n variant eerder zou komen, is het onwaarschijnlijk dat je op langere termijn de hele GGD-teststructuur in stand wilt houden, want dat is te veel voor te weinig opbrengst op dat moment. Maar je wilt dat vervangen door een verantwoord en informatief systeem. Daar zijn we al mee bezig. Je zou je overigens ook kunnen voorstellen dat je bijvoorbeeld aanvankelijk nog een aantal testlocaties open laat, zodat je die bredere indruk toch ook nog krijgt. Maar bijvoorbeeld rioolwatersurveillance is daar ook heel goed voor. Die gaat voorlopig nog door. De surveillance is één aspect.

Een heel ander aspect is hoe je infectieziekte bestrijdt. Dat is natuurlijk eigenlijk de corebusiness van het Centrum Infectieziektebestrijding bij het RIVM. Daar hebben we natuurlijk ook protocollen voor. Straks worden nieuwe protocollen ontwikkeld voor als er een herintroductie zou zijn, rekening houdend met wat er tot nu toe allemaal al gebeurd is, en met dat je misschien in korte tijd moet kunnen opschalen. Voor het opschalen heeft u natuurlijk ook gelezen dat er overleg is om te zien of daar een landelijke functionaliteit voor moet worden ingericht, die als het ware op waakvlamniveau een heleboel in stand houdt, maar als het moet, meteen de hoge gasvlam kan overnemen. De komende maanden zijn er een heleboel ontwikkelingen en die reken ik absoluut tot het werkterrein van het RIVM.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ook dank aan de heer Van Dissel, wederom, voor deze duidelijke uitleg. Ik heb één vraag en die hangt een beetje vast aan een aantal dingen, waaronder de testcapaciteit. Maar ik las ook: als we met de ctb zouden gaan werken, dan is die vooral heel effectief als je daar ook de booster

aan toevoegt. Nu heb ik gisteren net als een heleboel andere Nederlanders naar de persconferentie zitten luisteren, en daarin wordt nog wel 1G voor hele specifieke locaties geadviseerd. Ik was wel benieuwd of u wat meer kunt vertellen over het nut van 1G op deze specifieke locaties, want dat kan ik niet goed uit de presentatie halen.

De heer Van Dissel:

Die 1G kwam vooral om de hoek kijken voor locaties binnen, waarbij een bepaald aantal – ik dacht meer dan 500 – personen aanwezig is, waarbij niet langer sprake is van geplaceerd zijn. Dan is het zo dat – dat zal blijken als de update van het onderzoek van de TU Delft wordt gepubliceerd – 1G de grootste invloed kan uitoefenen op het voorkomen van de verspreiding van infecties tijdens zo'n evenement. Daarom wordt dat daar gebracht. U heeft ook gehoord dat daar dan mogelijk een einde komt aan de ctb. Dat kan wel terecht zijn. Ik denk wel dat we ons goed moeten afvragen – dat was eigenlijk ook de vraag van de heer Hijink net – of het niet toch zo zou kunnen zijn dat we daar in de toekomst op een of andere manier toch weer gebruik van zouden willen maken. Je wilt volgens mij niet iets stoppen of helemaal afschaffen, als het misschien in de toekomst toch weer een rol zou kunnen spelen. De TU Delft heeft namelijk ook teruggekeerd. We kunnen een bepaald moment in de deltagolf aanwijzen waarbij de toepassing van die ctb's misschien wel een behoorlijke invloed had gehad op de verspreiding. Wij denken dus: hou dat in het instrumentenpakket in ieder geval beschikbaar. Dat betekent niet dat je het geactiveerd houdt, maar ook niet dat het helemaal weg moet. Gebruik het op korte termijn voor evenementen waarbij veel personen mengen, met name in binnenruimten. Daarvan weten we dat 1G, dus iedereen testen, het meest effectief is om te voorkomen dat daar besmettingen plaatsvinden.

De heer Van Meijeren (FVD):

Nederland gaat nu al twee jaar lang gebukt onder vergaande grondrechtenbeperkingen, en om die te verdedigen verschuilt het kabinet zich steevast achter de adviezen van het RIVM. FVD waarschuwt er al twee jaar voor dat het OMT niet onafhankelijk is, al is het maar omdat de heer Van Dissel voorzitter is van het OMT, en hij krijgt zijn salaris van de Minister van Volksgezondheid. Alle leden van het OMT ontvangen ook royale vergoedingen van de Minister. Op 11 augustus 2020 heeft de heer Hiddema namens Forum voor Democratie expliciet de vraag aan de heer Van Dissel gesteld of hij kon uitsluiten dat er op enig moment politieke beïnvloeding heeft plaatsgevonden op de totstandkoming van de adviezen van het OMT. De heer Van Dissel antwoordde toen heel stellig: nee, op geen enkele wijze. Inmiddels is onomstotelijk bewezen dat die politieke beïnvloeding wel degelijk plaatsvond en toen ook al maandenlang volop gaande was. Kortom, de heer Van Dissel heeft de Kamer voorgelogen, met alle gevolgen van dien. Dat brengt mij tot de vraag: waarom heeft de heer Van Dissel niet de waarheid verteld? En hoe verwacht hij nu nog geloofwaardig zijn functie te kunnen uitoefenen?

De voorzitter:

Meneer Van Dissel is als deskundige welkom in onze zaal, dus ik zou u willen vragen om zo veel mogelijk feitelijke vragen te stellen, meneer Van Meijeren. Maar gaat uw gang, meneer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Het enige antwoord dat ik daarop kan geven, is dat als u mij die vraag nu opnieuw zou stellen, ik opnieuw zou zeggen: nee, ik heb geen kennis van beïnvloeding van de uitkomsten van OMT-overleggen. Als u in detail analyseert waarnaar u hier verwijst, ziet u gewoon dat dat een verduidelijking is en helemaal geen beïnvloeding van het advies. Wij achten het als

OMT belangrijk dat er in de brieven die we schrijven geen onzekerheden zijn over hoe die moeten worden geïnterpreteerd. Een verduidelijking is in mijn ogen iets totaal anders dan beïnvloeding.

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

Mag ik hier even kort op reageren, meneer de voorzitter?

De **voorzitter**:

Gaat uw gang.

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

OMT-leden geven zelf aan dat dit totaal niet om tekstuele verduidelijking gaat maar wel degelijk om inhoudelijke politieke beïnvloeding. Neem bijvoorbeeld het advies om die niet-werkende zelfgemaakte mondkapjes te dragen. Het OMT zag daar het nut niet van in, maar onder druk van het ministerie heeft het OMT vervolgens geadviseerd dat die wel overwogen konden worden. En daar heeft het kabinet zich vervolgens achter verscholen. Er is hier wel degelijk sprake van politieke beïnvloeding. Dat zeg niet alleen ik. We kunnen het namelijk allemaal lezen in de stukken die boven water zijn gekomen. Leden van het OMT zeggen het zelf ook.

De **voorzitter**:

Uw vraag?

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

Mijn vraag is of de heer Van Dissel erkent dat de Kamer niet meer kan vertrouwen op de onafhankelijkheid van de adviezen van het OMT. En ziet hij niet in dat hij zijn functie moet neerleggen?

De heer **Van Dissel**:

Ik ga alleen in op het feitelijke onderdeel, want de rest is volgens mij helemaal niet van toepassing.

U noemde de mondneusmaskers als voorbeeld. Als er nou iets is waarin het OMT niet beïnvloed is ... U kunt dat gewoon nalezen in de verschillende OMT-adviezen over die mondneusmaskers. Daarbij hebben wij uiteindelijk gezegd: politiek, neem daar een besluit over. Gaat u terug naar de relevante OMT-brieven. Ik weet niet uit mijn hoofd welke brief het is, hoor; ik dacht die van augustus of september 2020. In die brief staat dat letterlijk. Dat staat er letterlijk. Er staat dat, omdat er buiten zo veel ophef is over die mond-neusmaskers, dus in de media en in talkshows, wij als het ware stellen dat wij een overzicht geven van alle pro's en contra's van die mond-neusmaskers, en zeggen: politiek, neem daar een besluit over.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Van Dissel.

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

Het gaat om stukken uit mei 2020 waarin wel degelijk ...

De **voorzitter**:

Meneer Van Meijeren, mag ik u erop wijzen dat meneer Van Dissel hier in onze Kamer is als gast en als deskundige. Als u iemand verantwoordelijk wilt houden, dan heeft u daar straks om 13.00 uur de gelegenheid voor in het debat over corona. Dan is de Minister politiek verantwoordelijk. Daar kunt u dat soort vragen stellen. Ik wil nu naar mevrouw Van Esch gaan, en haar ook de gelegenheid geven om een vraag te stellen.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik wil een vraag stellen over sheet 36, die gaat over de handel in levende dieren. Dit betreft die hamsters. Nederland is een van de grootste spelers,

een van de grootste jongens bij die handel in levende dieren en bij het gesleep met dieren wereldwijd. Ik ben wel benieuwd in hoeverre het OMT of het RIVM betrokken is bij de controle. Wat ons betreft is er geen handel over de wereld in levende dieren, ook om dit soort risico's te voorkomen. We weten nu dat dit soort export van dieren nauwelijks wordt gecontroleerd. Wordt dat wel geadviseerd door het OMT, door het RIVM? Komen er meer controles? Hoe zit het OMT of het OMT-Z daarin?

De heer **Van Dissel**:

Ik heb al aangegeven dat als het coronavirus zich naar dierpopulaties zou verspreiden en die dierpopulaties weer een potentieel risico zouden kunnen vormen voor de mens, het dan belangrijk is om daarover geïnformeerd te zijn. Dat risico speelt overigens denk ik nu nog zeer beperkt. Voor de duidelijkheid zeg ik: dit is natuurlijk niet iets dat alleen bij het OMT, of überhaupt bij de VWS-poot is. Daar zijn natuurlijk ook LNV en in belangrijke mate de NVWA bij betrokken. Daar hebben we natuurlijk intensief overleg mee. We hebben over die hamsters natuurlijk ook gesproken met de NVWA. Als daar een toenemend probleem is, dan kijken we hoe we de risico's daarvan kunnen beperken. Maar voor de duidelijkheid: wij zitten natuurlijk aan de humane zijde van die medaille. Dat betekent dat we dat samen met de collegae van LNV moeten doen.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik heb nog een korte verduidelijkende vraag. Ik snap die scheiding, maar het probleem is dat er op dit moment nauwelijks controles plaatsvinden. Dus de risico's zien we niet en hebben we niet in beeld. We weten dat het wel degelijk van de dieren naar de mens kan overspringen. Ik ben wel benieuwd in hoeverre er daarom niet alsnog adviezen komen vanuit die humane kant, bijvoorbeeld om die controles te versterken. We weten gewoon dat er niet of nauwelijks controles zijn. Er is geen mankracht om die handel op enige manier te kunnen controleren.

De heer **Van Dissel**:

Tuurlijk. Dus voor de duidelijkheid: dat hebben we voor de nertsen ook gedaan; dat weet u ook. Er was natuurlijk zeer beperkte overdracht op personen die met die nertsen werkten. Dat was reden om daar alarm over te slaan. Dat heeft natuurlijk ook behoorlijke impact gehad in de nertsenhouderij in Nederland. We weten natuurlijk al langer dat dieren het met name van hun baasje kunnen krijgen. Dat is vooralsnog de meest waarschijnlijke verspreidingsroute. En er is ook het bron- en contactonderzoek, dat zeker weer gaat lopen naarmate de aantallen weer omlaag zullen gaan. Vragen naar dieren of diercontacten maken expliciet onderdeel uit van dat bron- en contactonderzoek. Als er aanwijzingen zijn dat daar een rodevlagsignaal komt, dan wordt er natuurlijk meteen achternagegaan. Ik begrijp van de NVWA dat de handel binnen Europa een weerbarstig iets is. Daar gaan het OMT of het Clb natuurlijk in ieder geval niet over. Als er signalen komen dat daar risico's uit voortkomen, dan is dat natuurlijk mede ons werkterrein, en dan zullen we daar ook bijvoorbeeld surveillancemaatregelen en dergelijke op adviseren. Ja.

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

Ik voel me er wat ongemakkelijk bij om deze vraag te stellen, maar ik hecht er toch aan om die vraag te stellen, want ook in onze gelederen heeft het vertrouwen in de advisering van het RIVM een enorme knauw gekregen. Ik zou aan de heer Van Dissel wensen te vragen hoe serieus wij de advisering van het OMT en het RIVM nog kunnen nemen, als we zien dat ambtenaren van VWS aangeven «het zou ons helpen als het OMT zou zeggen ...» en er vervolgens dingen worden aangepast? Of als er door een ambtenaar gezegd wordt «ik heb liever dat het OMT dit zo expliciet mogelijk zegt» en daarop dingen worden aangepast? Hoe kan ik er nou op

vertrouwen dat het RIVM zich niet heeft opgesteld als een soort communicatiemedewerker van Minister De Jonge en van VWS, maar als een onafhankelijk adviseur? Daar heeft het nu niet meer de schijn van en dat raakt ons zeer.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Van Baarle. Ook hier maak ik de opmerking naar u en naar alle Kamerleden of u wel het verschil wil maken tussen het vragen stellen aan de deskundige die wij hier in onze Kamer als gast hebben, versus de vragen die u kunt stellen aan de Minister. Maar ik geef meneer Van Dissel natuurlijk graag de gelegenheid om te antwoorden.

De heer Van Dissel:

Ik sluit me aan bij de voorzitter. Ik ben hier om informatie te geven over het coronavirus. Daar kunt u wel of geen gebruik van maken. Maar de vragen die u stelt ... Ik heb net al geantwoord dat, met betrekking tot specifieke voorbeelden, dat domweg verduidelijkingen zijn. Daar is totaal geen verandering van beleid of het anders lopen van beleid uit voortgekomen. Dat is gewoon waar ik het bij wil laten. We hebben gewoon vaker, overigens ook heel recent nog, een OMT-brief gehad waarbij een onderdeel gewoon onduidelijk was. Daar zijn we in de volgende brief op teruggekomen; zo kan je het ook doen. Ik denk dat het onze taak is om geen wetenschappelijk abracadabra op te schrijven dat vervolgens niemand begrijpt. Er moet gewoon een duidelijk begrip zijn, enerzijds van de vraag vanuit de politiek aan ons, waarvan zij wil dat erover wordt nagedacht. Anderzijds moet ook wat de terugrapportage betreft gewoon domweg helder zijn wat het OMT bedoelt. De aanpassingen zoals die naar buiten zijn gekomen, zijn puur onder het beeld van verduidelijking.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Dit is misschien een rare, stomme vraag, maar dat weet ik niet; dat laat ik aan uw beoordeling over. Covid als A-status is volgens mij nog steeds niet bekrachtigd door de Eerste Kamer. In hoeverre is wat wij hier allemaal doen met al die wettelijke maatregelen en lockdowns dan eigenlijk wettelijk juist? Ik weet niet of de heer Van Dissel daar wat over kan zeggen en of dat ook in die overleggen met het OMT aan de orde komt.

De voorzitter:

Meneer Van Dissel, als u daar antwoord op weet.

De heer Van Dissel:

Nee.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Mag ik dan mijn andere vraag stellen?

De voorzitter:

Mevrouw Van der Plas, gaat uw gang, als u het kort houdt.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Deze vraag zal ik vanmiddag in het debat ook stellen. Het EMA en de WHO waarschuwen eigenlijk tegen het booster en noemen dat «geen duurzame langetermijnstrategie». Zij zeggen ook dat dat het immuunsysteem kan overbelasten. Waarom zetten wij dan nog steeds in op het booster? Ik zie het hier ook weer: «boosteren helpt». Waarom wordt er eigenlijk niet gesproken over de waarschuwing van de WHO en het EMA?

De heer Van Dissel:

Dan moet u even verduidelijken of u het over de ene booster heeft na een basisserie of over volgende boostercampagnes.

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

Nu is die booster geweest. Het gaat over het de volgende keren weer boosteren.

De heer **Van Dissel**:

Dat is helder. Daarvoor moet ik u verwijzen naar de Gezondheidsraad, want die gaat daarover. Ik weet dat het volgende overwogen wordt, zoals wij overigens ook in het OMT-advies zeggen. Er is een groep ouderen die nog geen booster heeft gehad; dan bedoel ik een eerste booster na een basisreeks, omdat ze nog niet in die driemaandenfase zijn na een doorgemaakte infectie. Daar zien wij enig nut in het wat naar voren halen daarvan, ook op grond van de Nederlandse getallen. Dat is de groep waarover het OMT zich heeft uitgesproken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan ga ik weer naar mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Om 10.00 uur was de presentatie van het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid over de coronapandemie, en vooral de beginsituatie. En ook de OVV stelt dat de rol van het OMT puur inhoudelijk en adviserend moet zijn, en dat dat niet het geval was. Waar ik hier toch wel een beetje mee zit, is die gevleugelde uitspraak van «we volgen het OMT», en dat Nieuwsuur de afgelopen week bewezen heeft dat er tekstueel wijzigingen zijn aangebracht die niet alleen tekstueel waren maar ook inhoudelijk grote consequenties hadden, wat inderdaad raakt aan het vertrouwen dat wij moeten kunnen hebben in onafhankelijke adviezen. Ik had nooit kunnen bedenken dat het OMT adviezen naar het ministerie zou sturen. Ik dacht gewoon «dat maken ze zelf op en dan krijgen wij het als Kamerleden toegestuurd», maar niet dat VWS de kans kreeg om het inhoudelijk te wijzigen. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is, denk ik, echt wel terecht, voorzitter: was hij een van de mensen die hiervan op de hoogte was? Want dit lijkt op de hoogste plank te liggen, omdat veel OMT-leden er geen weet van hebben.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Agema. Een zeer terechte vraag, denk ik, maar ik zeg hier nogmaals dat de heer Van Dissel hier te gast is in onze Kamer als deskundige, dus laten we de vragen zo feitelijk mogelijk houden. Maar nogmaals, ik geef de heer Van Dissel natuurlijk de ruimte om antwoord te geven.

De heer **Van Dissel**:

Het antwoord is niet anders dan ik net heb gegeven. Kijk, je wil gewoon dat er een duidelijke tekst ligt. Dat betekent dat aanpassing en verduidelijking een onderdeel is van onze taak. En het gebeurt zelden, maar als we een tekst hebben waarbij de talloze groepen die ermee aan de slag moeten onvoldoende helder hebben wat er moet gebeuren – en dat blijkt bijvoorbeeld vaak in het BAO – dan kan dat gewoon reden zijn om het tekstueel aan te passen, om het wat te verduidelijken. Dat is wat er zo nu en dan gebeurt. Voor de duidelijkheid: alle OMT-leden krijgen de OMT-brief. Als daar dingen in zouden staan die niet gezegd zijn, of die anders zijn, of waarvan ze denken «waar komt deze opmerking vandaan, want dat is niet besproken», dan hadden we dat zonder twijfel gehoord, want daar begint een OMT-vergadering mee. En dat is gewoon niet gebeurd.

Mevrouw **Agema** (PVV):

De vraag was of u ervan afwist. Of u het wist.

De heer **Van Dissel**:
Nee, dat is helemaal niet relevant ...

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dat is wél relevant.

De heer **Van Dissel**:
Nee, nee. Ik noemde u net die verduidelijkingen. Natuurlijk brengen we die aan als we inzien dat een brief onduidelijk is en een toevoeging die niks afdoet aan het OMT-overleg en het OMT-advies, verduidelijking brengt. Punt.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Maar wist u ervan af, dat OMT-adviezen naar VWS gingen alvorens ze werden gepubliceerd?

De **voorzitter**:
Wacht u even ...

De heer **Van Dissel**:
Nou ja, moet u luisteren: mijn handtekening staat eronder, dus ik ben hiervoor verantwoordelijk. Ik bedoel, wat maakt het uit?

Mevrouw **Agema** (PVV):
Maar wist u ervan?

De **voorzitter**:
Mevrouw Agema, ik vrees dat u het met dit antwoord ...

Mevrouw **Agema** (PVV):
Meneer Van Dissel weet toch nog wel of hij ervan afwist?

De **voorzitter**:
Ik vrees dat u het met dit antwoord van de heer Van Dissel moet doen. Voor de interpretatie daarvan en weging daarvan heeft u de gelegenheid om dat straks in het debat met de Minister verder te doen. Maar nogmaals, ik wil – denk ik – namens de commissie zeggen dat wij het waarderen dat wij een deskundige zoals de heer Van Dissel hier in de Kamer hebben, en daar moeten we – denk ik ook – voorzichtig mee omgaan. Hij is niet politiek verantwoordelijk daarvoor. Maar gaat u uw gang, straks om 13.00 uur, om dat punt nogmaals te brengen. Dit is het antwoord waar u het mee moet doen. Mevrouw Van den Berg.

De heer **Van Meijeren** (FVD):
Mag ik één punt van orde maken over dit aspect, over wie waarvoor verantwoordelijk is? Hier worden vragen gesteld over de totstandkoming van de adviezen van het OMT. Daar is de Minister niet voor verantwoordelijk. Daar is de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM voor verantwoordelijk. Wij hebben hier nu de gelegenheid om deze zogenaamd onafhankelijke deskundige te bevragen over de totstandkoming van de OMT-adviezen. Want als blijkt dat daar politieke beïnvloeding op plaatsvindt, dan hebben deze technische briefings geen zin meer. Hoe weten wij nou of alles wat wij hier te horen krijgen, wel daadwerkelijk onafhankelijk tot stand is gekomen? Dit is een fundamenteel punt, en ik vind dat dat hier ook besproken moet kunnen worden.

De **voorzitter**:
Meneer Van Meijeren, dank u wel voor uw opmerking. Uiteindelijk is de Minister verantwoordelijk, dus daar moet u uiteindelijk zijn. Ik wil deze discussie niet voeren ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar voorzitter, u zegt steeds hetzelfde. En ik weet dat de politieke eindverantwoordelijkheid ligt bij de Minister, maar de heer Van Dissel is voorzitter van het OMT, voorzitter van het RIVM. En als Kamerlid vraag ik: bent u ervan op de hoogte dat dit is gebeurd? Dan zegt de heer Van Dissel: het is hier geen rechtbank. Het is hier zeker geen rechtbank, maar wij mogen toch wel vragen of hij ervan afwist dat de OMT-adviezen eerst naar VWS gingen en werden aangepast alvorens ze naar de Tweede Kamer gingen? Wij mogen toch wel vragen hoe onze informatie tot stand komt? Het vertrouwen is aangetast.

De **voorzitter**:

Tegen mevrouw Agema en alle anderen zeg ik: natuurlijk mag u de vraag stellen. Ik geef de heer Van Dissel ook de gelegenheid tot antwoorden. Ik geef u ook de gelegenheid tot het stellen van de vragen en het maken van uw punten, maar meneer Van Dissel gaat over zijn eigen antwoorden. Ik vind dat als hij een antwoord heeft gegeven en heeft gezegd «daarmee is de kous» af, dat het dan ook klaar is. Ik geef nu het woord aan de volgende vragensteller. In dit geval is dat mevrouw Van den Berg.

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

Aan de ene kant begrijp ik de vragen, maar ik denk niet dat die voor vandaag op de agenda staan. We hebben nu een technische briefing over het coronavirus. Daar wil ik graag nog een vervolgvraag over stellen, namelijk ten aanzien van de richtlijn die de Federatie Medisch Specialisten heeft gemaakt, waarin staat dat besmette mensen toch door kunnen werken. Het OMT zegt daarvan dat dat absoluut niet in verpleeghuizen moet gebeuren. Kan meneer Van Dissel er toch nog even een reflectie op geven? Aan de ene kant gebeurt het dus wel in ziekenhuizen en aan de andere kant wordt ieder ander gevraagd om nog minimaal vijf dagen in isolatie te zitten, terwijl dat hele grote effecten heeft op bijvoorbeeld werkgevers die ook met personeelstekorten kampen.

De heer **Van Dissel**:

In ziekenhuizen geldt een speciale situatie. Daarom heeft de Federatie Medisch Specialisten een aparte groep die daarover adviseert. Ziekenhuizen vormen natuurlijk toch wel een speciale sector met het oog op het in stand houden van de continuïteit. Werken hoeft natuurlijk niet altijd te betekenen ... Dat gaat in overleg met de bedrijfsarts. Het zou dus heel goed kunnen dat zo iemand wel meehelpt aan de continuïteit van het ziekenhuis, maar niet direct patiëntencontact heeft. Er zijn natuurlijk gradaties mogelijk, waardoor je soms wel gebruik kan maken van het feit dat iemand kan werken, bijvoorbeeld op een niet-kritische afdeling. Of denk aan werkzaamheden die normaal iemand anders doet die wel aan het patiëntenbed kan staan. Daar wordt dus op gedifferentieerd. Dat maakt dat ziekenhuizen daar apart over oordelen. Overigens is het over het algemeen zo dat de meeste ziekenhuizen gewoon nog aanhouden dat iemand gewoon thuis is als die ziek en potentieel besmettelijk is. Dat moet dus bepaald niet overal. Maar je kan je voorstellen dat er problemen ontstaan en dat er dan in die zin een beroep wordt gedaan op de persoon. Dat is eigenlijk wat de FMS met die richtlijn beoogt.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):

In het rapport van de OVV staat de volgende zin. «Doordat de voorzitter van het OMT in vrijwel alle formele en informele crisisteams aanwezig was, verdween echter de nodige distantie die het team van adviseurs zou moeten hebben tot de besluitvorming waarbij geacht wordt breder te kijken dan het thema infectieziekten.» En dan gaat het verder: «In zijn adviezen over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen hield het OMT al rekening met de schaarste hiervan, zonder dat het OMT

expliciet maakte dat het de schaarste meewoog in het advies. Hiermee liep het OMT vooruit op de haalbaarheid van zijn adviezen over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.» Daar staat dus eigenlijk dat er rolvermenging plaatsvond. Het woord «rolvastheid» is een woord dat best wel vaak in het OVV-rapport voorkomt. Ik zou daar graag een soort nadere reflectie op willen hebben of een idee wanneer wij hier een nadere reflectie op zouden kunnen krijgen. Als iemand in alle overleggen zit, heeft dat namelijk wel degelijk gevolgen voor de capaciteit waarmee diegene hier zit. De OVV zegt hier eigenlijk: dat is niet helemaal goed gegaan.

De voorzitter:

Ik zeg het nog een keer: ik denk dat we goed helder moeten hebben welke rollen we hier allemaal hebben. Meneer Van Dissel zit hier om een update te geven over het coronavirus. U stelt een hele specifieke vraag. Ik denk overigens dat die terecht is; daar gaat het verder niet om. Ik geef meneer Van Dissel de gelegenheid om zelf te bepalen of hij hier wel of niet op wil antwoorden. Meneer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Het moge duidelijk zijn: ik heb de persconferentie niet kunnen volgen zoals de heer Omtzigt. Ik heb daar dus ook geen gedetailleerde weet van. Ik denk dat het goed is dat dat rapport uit is. We zullen er nauwkeurig naar kijken wat daarin wordt geadviseerd, voordat we met een reactie komen. Het enige dat ik wil zeggen met betrekking tot het specifieke punt dat u inbrengt, dus de aanwezigheid binnen verschillende gremia, is dat ik er altijd op nadrukkelijke uitnodiging was. Ik ben adviseur van de politiek, van het beleid. Als ik word uitgenodigd, zeker in de beginfase, om duiding te geven aan de situatie, ga ik daarop in. Als de OVV nu oordeelt dat dat te vaak was, of allerlei vragen oproept, dan vind ik dat prima. Maar op dat moment was die uitnodiging er gewoon. Ik denk dat dat initieel ook zeer belangrijk was. Er was überhaupt veel onbekendheid over infectieziekten, virussen, en noem maar op. Het enige wat ik in al die verschillende bijeenkomsten heb gedaan, is duiding geven van het beeld. Als je daartoe wordt uitgenodigd, wie ben ik dan om te zeggen: ik kom niet.

De voorzitter:

Dank u wel. Een korte, verduidelijkende vraag, technisch van aard, als dat lukt.

De heer Omtzigt (Lid Omtzigt):

Oké, dan kan ik alleen een technische vraag stellen. De regering heeft het rapport op 16 november gekregen, dus die heeft drie maanden kunnen broeden op de reactie. Ik hoop toch dat de heer Van Dissel ook voorinzage gehad heeft, omdat die best een belangrijke rol heeft gehad in het rapport. Daarom stel ik hem die vraag. Als ik ervan uit was gegaan dat hij geen voorinzage heeft gehad, had ik hem er hier niet binnen een halfuur een vraag over gesteld.

De heer Van Dissel:

Voorinzage van een halve dag, maar ik moet dit ook voorbereiden.

De heer Omtzigt (Lid Omtzigt):

Een halve dag maar? Maar dan snap ik de opmerking beter. Ik zag die 16 november staan en toen ging ik ervan uit, zeg ik in alle eerlijkheid, dat ook u, als best belangrijke speler, iets langer voorinzage dan een halve dag gehad zou hebben. Dan denk ik ook dat ik ...

De heer Van Dissel:

Het rapport is gistermiddag gekomen.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):
Bij u?

De heer **Van Dissel**:
Ja.

De **voorzitter**:
Is het voldoende zo? Dank u wel. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Nog even een vraag over de vaccinaties. We zagen in een aantal schema's de effectiviteit. Ik ben wel benieuwd of er al een prognose te maken is voor de interval, ook omdat ik de Minister volgens mij gisteren in de persconferentie hoorde zeggen dat men bezig is met de voorbereiding voor de volgende vaccinatiecampagnes. Dus ik ben wel benieuwd of u daar wat over kunt zeggen.

De heer **Van Dissel**:
Die intervallen zijn nu nog minimaal die drie maanden. Zoals ik de opmerking van de Minister gisteren heb opgepakt, is dat hij meer wil dat er in principe de mogelijkheid is om het te kunnen geven – er zijn tenslotte de nodige onzekerheden – dan dat hij het nu al wil inregelen. Er zijn natuurlijk een aantal vaccins, specifiek tegen omikron maar wellicht ook nog andere type vaccins, zoals de eiwitvaccins tegen de eerdere versies, die nog beschikbaar moeten komen. Dan kijk je op grond van de resultaten van de registratiestudies misschien ook weer anders aan tegen het gebruik van potentieel komende vaccinaties. Dus ik zie het meer als: bereid je erop voor en kijk wat de kwetsbaarheden zijn, zodat het in korte tijd gegeven kan worden als het nodig is.

De heer **Van Meijeren** (FVD):
Op grond van de Wet op het RIVM valt het RIVM onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Volksgezondheid, maar mag de Minister zich niet bemoeien met de totstandkoming van de adviezen. Ik heb nog één vraag over de totstandkoming van die adviezen. De stukken die naar buiten zijn gekomen, laten aan duidelijkheid niets te wensen over. Zinnen die door ambtenaren van VWS worden aangeleverd, worden gewoon in zijn geheel overgenomen. Dat gaat over adviezen waar het RIVM in eerste instantie het nut niet van inzag, maar die het toch heeft opgenomen. Er is zelfs gerommeld met notulen van OMT-vergaderingen die eerder hadden plaatsgevonden. De heer Van Dissel blijft hier zeggen dat het slechts ging om tekstuele verduidelijkingen.

De **voorzitter**:
En uw vraag?

De heer **Van Meijeren** (FVD):
Mijn vraag is: als Nieuwsuur aan de hand van al die stukken zegt dat hier sprake is van politieke beïnvloeding, als OMT-leden zeggen dat er sprake is van politieke beïnvloeding, als hoogleraren gezondheidsrecht zeggen dat hier sprake is van politieke beïnvloeding en dat de wet is overtreden, zegt de heer Van Dissel dan dat Nieuwsuur fake news verspreidt, dat die OMT-leden liegen en dat die hoogleraren gezondheidsrecht de wet niet goed interpreteren?

De **voorzitter**:
Dank u wel, meneer Van Meijeren. Nogmaals, dat is niet onderdeel van de update coronavirus, waar we het over hebben. Vanzelfsprekend geef ik meneer Van Dissel de gelegenheid om te antwoorden, maar ik zeg daarbij

dat dit wel heel erg buiten de vergadering valt. Meneer Van Dissel, gaat uw gang.

De heer **Van Dissel**:

Ik voel geen enkele behoefte om hierop te antwoorden. U legt me namelijk allemaal woorden in de mond, waar ik ja of nee op moet zeggen. Dat is gewoon niet zo.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Er is een kans dat ik het volgende gemist heb. Wij spreken vanmiddag ook over de versoepelingen die plaatsvinden na 25 februari. Dat zijn er een stuk meer en die zijn een stuk ruimer dan de versoepelingen die we vanaf aankomende vrijdag tegemoetzien. Ik had eigenlijk ook nog wel andere modellen willen zien, bijvoorbeeld inclusief carnaval, dat er het weekend daarna aankomt, met open kroegen en vele mensen. Dat wetende mis ik eigenlijk een beetje de modellering over hoe we het daarna zouden gaan zien, omdat de risico's die we dan tegemoetzien wel groot kunnen zijn. Daarover had ik dus graag info gehad. Ik zie die hier niet. Komt dat nog, of kunt u nu toch al iets zeggen over hoe het OMT daarnaar kijkt?

De heer **Van Dissel**:

Daarover kan ik wel iets zeggen. Ik denk dat het belangrijkste is – dat heb ik ook benadrukt – dat zodra een uitbraak duidelijk over de piek heen is ... Daar hebben we nu al aanwijzingen voor, maar over één à twee weken wordt dat wel zeer waarschijnlijk – of niet, en dan kan het misschien weer tot andere acties leiden. Als je duidelijk over de piek van de uitbraak heen bent en de R-waarde daalt, terwijl we de maatregelen versoepelen – want dat doen we – kan dat maar één ding betekenen. Enerzijds hebben de boostervaccinaties effect; ik heb laten zien wat daarvan precies het effect is. Anderzijds hebben inmiddels heel veel personen de virusziekte doorgemaakt; dat zijn er momenteel heel wat, zeker als je meerekent dat niet iedereen zich laat testen. Dit betekent dat er uiteindelijk zo veel afweer ontstaan is in de maatschappij dat de weerbaarheid groot is en de mogelijkheid om opnieuw een uitbraak te krijgen, heel erg beperkt wordt. Als ik dat vertaal naar uw vraag, dan zeggen we nu dat we over de piek heen lijken te zijn. Er komen een aantal versoepelingen aan, maar daarvan zijn de effecten – dat heb ik u laten zien in de modellering – eigenlijk ook zeer beperkt. Vervolgens heb je dan over één à anderhalve week nog een keer extra versoepelingen. Daarvan verwacht je ook dat ze een heel erg beperkt effect hebben. Nou zijn er voor carnaval en voor situaties waarbij veel mensen binnenkomen, extra maatregelen getroffen, namelijk de 1G-maatregel. Die zal daarbij zeker effect hebben. Verder hoop je – zo heeft de Minister dat gisteren ook gezegd bij de persconferentie die ik hoorde – dat mensen carnaval in een soort eigen bubbel proberen te vieren, voor zover dat allemaal kan, omdat je daar anders ook weer een verdere verspreiding zal zien. Ik zie mevrouw Van Esch lachen. Blijkbaar kan dat niet. Ik weet het niet. Ik ben niet direct een carnavalsganger. Dat is in ieder geval het advies. Je kan zo'n carnavalsfeest natuurlijk als het ware segmenteren, waardoor de risico's uiteindelijk ook minder zijn.

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

Het land is heel erg lang op slot geweest. Daarbij werd inderdaad altijd verwezen naar adviezen van het OMT. Die waren heilig. Het blijkt nu dat zinnen uit diezelfde adviezen van het OMT op bestelling kwamen van het ministerie. Die werden gewoon aangepast. Laat ik geen vraag aan de heer Van Dissel stellen over de verantwoording die ziet op het verleden, want hij wil daarop geen antwoord geven. Laat ik hem vragen of hij er wellicht gedachten over heeft hoe we het OMT in de nabije toekomst zo vorm zouden kunnen geven dat we die onafhankelijke positie beter gaan waarborgen. Heeft de heer Van Dissel daarover ideeën?

De heer **Van Dissel**:

Ik hoorde de heer Omtzigt net over het rapport dat uitgekomen is en waarin ongetwijfeld ook dingen over het OMT zijn opgenomen. We zullen dat nauwkeurig bestuderen en zien wat daaruit aan consequenties en gevolgtrekkingen moeten worden gehaald. We verwelkomen elke kritische beschouwing, maar dan wel een brede kritische beschouwing, zoals ongetwijfeld door de OVV gedaan.

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

Ik hoorde de heer Van Dissel zojuist zeggen: er was weinig bekend bij het RIVM over virussen en infectieziekten. Dat vind ik wel heel vreemd. Ik ga gewoon even verder met mijn vraag. Ik hoorde de heer Van Dissel eerder in de technische briefing ook zeggen: we kijken naar modellen in het buitenland en op basis daarvan maken wij modellen. Maar als wij naar het buitenland moeten kijken om modellen te maken en als er weinig kennis is van virussen en infectieziekten – ik roep de heer Van Dissel nog even in herinnering dat een van de allereerste tweets van het RIVM was: dit virus komt niet vanuit China naar Nederland, en als het komt zal het niet besmettelijk zijn – vraag ik me af waar we een RIVM voor hebben. Hoe kunnen wij erop vertrouwen dat Nederland niet nog een keer in zo'n drama terechtkomt?

De heer **Van Dissel**:

Ik heb net gezegd – dat ging niet over het RIVM, maar dat was naar aanleiding van de vraag over de aanwezigheid bij allerlei commissievergaderingen of vergaderingen van VWS – dat daar aanvankelijk behoefte was aan duiding van wat er gaande is. Dat doen we omdat er bij het RIVM natuurlijk juist wél kennis van virussen, bacteriën en parasieten is, want dat is onze corebusiness. De opmerking gold naar aanleiding van de opmerking van de heer Omtzigt dat er in het OVV-rapport naar wordt verwezen dat de OMT-voorzitter bij veel overlegsituaties aanwezig was. Ik heb aangegeven dat dat was om duiding te geven in een situatie waarin de leken of in ieder geval niet-medisch geschoolde personen behoefte hadden aan extra duiding. Dat is, denk ik, de correctie.

De **voorzitter**:

Een verduidelijkende vraag, mevrouw Van der Plas?

De heer **Van Dissel**:

Sorry, dan nog even de modellen, want daar vroeg mevrouw Van der Plas ook nog naar. De modellen heb ik niet aangehaald omdat wij de uitslagen van de modellen van Engeland onder de kopieermachine van het RIVM zouden leggen en die dan naar u zouden doorsturen. We hebben een eigen, zelfstandige modelleringsgroep, die uitkomsten heeft. Natuurlijk toetsen we die uitkomsten ook aan de modellering die elders gebeurt. Dat gebeurt helemaal onafhankelijk. Dat gebeurt in het Robert Koch Instituut in Duitsland, in het Franse instituut en ook in Engeland, waar twee grote modelleringsgroepen zijn. Waarom ik dat even aanhaalde, is omdat de uitkomsten van de modelleringen door die groepen – ik noem de verschillende scenario's die ze hadden doorgerekend – naar Nederland vertaald totaal gelijk waren aan die welke we vanuit het RIVM presenterden. Wij hebben hier helemaal geen bijzondere of afwijkende modelleringen gepresenteerd. We hebben alleen maar uitkomsten gepresenteerd op grond van de op dat moment geldende en meest waarschijnlijke aannames. Dat die aannames in de loop van de tijd aanpassing behoeven, is alleen maar iets wat je wilt. Je leert, en er is voortschrijdend inzicht. Dat leidt ertoe dat in dit geval de heftigheid van de verwachtingen met betrekking tot omikron naar beneden is bijgesteld. Zo wilt u dat ook, denk ik.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik kijk nog even naar de leden of er nog dringende technische vragen zijn. Meneer Omtzigt, u had nog maar één vraag gesteld. Gaat uw gang.

De heer Omtzigt (Lid Omtzigt):

Ik was ook te laat, dus mijn excuses daarvoor. Ik was inderdaad ook tegelijkertijd met een andere zaak bezig. Ik zou nu of op een later tijdstip graag een reactie willen hebben van het RIVM of van de heer Van Dissel op de hoofdconclusie, namelijk dat Nederland niet goed was voorbereid op een pandemie. Die conclusie van de OVV is nogal hard, zeker aangezien de heer Van Dissel onderdeel was van de commissie-Van Dijk inzake de Q-koorts. Daarbij werd in 2010 geconcludeerd dat Nederland voorbereid moest zijn op een pandemie. Hoe kijkt hij naar die conclusie?

De voorzitter:

Meneer Omtzigt, ik twijfel even of de vraag die u stelt, die ongetwijfeld terecht is, niet eigenlijk thuishoort in het debat van 13.00 uur. Dan kunt u de Minister vragen om een reactie van het RIVM. Desalniettemin geef ik natuurlijk de heer Van Dissel graag de gelegenheid om te reageren.

De heer Van Dissel:

Ik denk dat ook hier geldt wat ik net tegen de heer Omtzigt zei, namelijk dat ik het rapport persoonlijk nog niet heb kunnen doorlezen. Dat wil ik toch graag doen voordat ik inhoudelijk op het rapport reageer. Daar zal het ongetwijfeld nog van komen, maar voor nu moet ik daar toch naar verwijzen. Het is niet anders nu.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik zie geen beweging meer bij de leden. Meneer Van Dissel, hartelijk dank voor alle keren, en deze keer in het bijzonder, dat u gekomen bent om ons te informeren. Ik dank de leden voor hun aandacht. Ik dank de mensen thuis en de ondersteuning om dit mogelijk te maken.

Sluiting 11.23 uur.