

Vergaderjaar 2021–2022

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 1714**

**VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING**

Vastgesteld 18 januari 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 15 december 2021 gesprekken gevoerd over *Update coronavirus*.

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

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Kuiken

De griffier van de commissie,  
Esmeijer

**Voorzitter: Smals**  
**Griffier: Heller**

Aanwezig zijn zestien leden der Kamer, te weten: Agema, Van Baarle, Van den Berg, Gündoğan, Den Haan, Van Haga, Hijink, Van Houwelingen, Paternotte, Van der Plas, Pouw-Verweij, Smals, Stoffer, Aukje de Vries, Wassenberg en Westerveld,

alsmede de heer Van Dissel en de heer Kuipers.

Aanvang 9.30 uur.

**De voorzitter:**

Goedemorgen, collega's. Een huishoudelijke mededeling, als ik uw aandacht mag. We hebben minder tijd dan normaal. Zoals u weet, is het coronadebat straks om 12.30 uur. Ik wil u ook nog de gelegenheid geven om zich daarop voor te bereiden. Ik kan me voorstellen dat u daar behoefte aan heeft. Welkom bij deze technische briefing voor de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik heet de heer Kuipers van harte welkom. Straks zal de heer Van Dissel nog aanschuiven. Normaal gesproken zit mevrouw Kuiken hier, maar mevrouw Kuiken zal dit van een afstand volgen, samen met heel veel anderen, vermoed ik. Ook aan de kijkers thuis van harte welkom.

**Blok 1**

Gesprek met:

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

**De voorzitter:**

Ik wou direct maar beginnen en de heer Kuipers het woord geven. Ik vraag iedereen, zowel de sprekers als u, om het kort te houden. Er mag één vraag, alleen een technische, na elke presentatie worden gesteld. Ik hoop van harte dat we dan op tijd klaar zijn. Meneer Kuipers, gaat uw gang.

**De heer Kuipers:**

Dank u wel, meneer de voorzitter. Ik zal mijn best doen. Even een korte introductie. Dit is een ondertussen een bekend plaatje. Dat toont vanaf 16 oktober vorig jaar tot en met gisteren de instroom in de ziekenhuizen van covidpatiënten, zowel op de klinieken op als op de ic, met iedere dag weergegeven als een driedaags gemiddelde. Als u naar die lange curve kijkt, – ik heb daar eerder bij stilgestaan tijdens eerdere pieken – dan is het belangrijkste dat we in deze ondertussen zesde golf van het totaal vanaf 27 september een sterke, continue stijging hebben gezien tot een piek begin van deze maand, op 2 december. Daarna vertoont de curve een weliswaar wat grillige, op en neer gaande maar toch dalende trend. Precies datzelfde kun je ook weergeven in zevendaagse gemiddelden in plaats van driedaagse gemiddelden. Dan haal je iets van die onregelmatigheid eruit. U kunt zich voorstellen dat op de ene dag heel veel patiënten instromen. De volgende dag zijn het er opeens 50 minder en dan zijn het weer 30 meer. Als je dat middelt over een week, dan krijg je het figuurtje op sheet 3, dat vanaf 1 oktober van dit jaar tot en met gisteren voor iedere dag de opnames van die dag weergeeft plus die van de zes dagen daarvoor, gedeeld door zeven. Voor iedere dag neem je dus telkens het gemiddelde van de voorgaande zeven dagen. Dan krijg je een iets rustigere curve, omdat je al die pieken wat middelt. De rode curve zijn de klinische opnames op een gewoon ziekenhuisbed. De belangrijkste boodschap is dat we al geruime tijd boven de drempelwaarde zitten van 100 opnames per dag, al zeer lang. We bereikten de piek op 2 december.

Daarna is er sprake van een gestage daling, van alles bij elkaar nu ongeveer 10% daling ten opzichte van de piek. Het gaat heel langzaam, maar de daling is goed.

Datzelfde kun je doen voor de ic. Dat toon ik hier. Dat geeft een iets andere y-as, met een piek bovenaan tot 50 opnames per dag. U ziet twee keer het hoogste niveau van bijna 50, eind november en opnieuw op 2 december, en daarna enige stabilisatie en een lichte daling. Het gaat grillig, maar het gaat in ieder geval enigszins de goede kant uit.

Dat vertaalt zich dan natuurlijk ook in veranderingen in de ziekenhuisbezetting. Deze figuur heb ik eerder laten zien, maar geeft de continuïteit weer. Deze toont vanaf najaar 2020, dus het begin van de tweede golf, de wekelijkse toename in de bezetting van de ziekenhuizen, van kliniek en ic bij elkaar. Ik heb het vaker gezegd, maar ik herhaal het graag nog een keer: realiseert u zich dat we naar ziekenhuizen kijken omdat dat hele heldere, duidelijke getallen geeft, maar dat is echt alleen maar het topje van de ijsberg van wat er aan covidzorg gebeurt. Het overgrote deel zit in de wijkzorg, bij de huisartsen, in de vvt en cetera.

Als u helemaal naar het rechterdeel kijkt, ziet u de continue stijging in de weken vanaf 27 september, met stijgingen van wekelijks 20% of meer, met één uitschieter. Dat stabiliseert dan. Op 30 november was de bezetting het hoogst, met ruim 2.850 patiënten. Daarna was er een week een stabilisatie en in de afgelopen dagen een daling van 2,5%. Er is dus een snelle stijging geweest en nu, net als we eerder ook gezien hebben, een langzame daling.

Dat vertaalt zich dan in dit plaatje, ook welbekend. Daar ziet u alles vanaf de eerste golf: in blauw het aantal patiënten op een gewoon ziekenhuisbed en in oranje op een ic-bed. Kijkt u even naar de meest rechtergolf. Die lijkt heel sterk op de tweede golf in het vorige najaar, met nu een stabilisatie. De piek op 30 november noemde ik al. Daarna blijft het er lang tegenaan hangen. Ik noemde al de 2,5% daling. Daarbij valt ook op – dat heeft u ook eerder gezien – dat op het moment dat het stabiliseert, het oranje deel van de curve toeneemt, omdat de instroom op de ic nog langer doorgaat en mensen daar veel langer liggen. Dus als dat blauwe deel al iets begint te dalen, dan stijgt het oranje deel nog en daardoor wordt het als percentage van het totaal meer geprononceerd.

We kunnen dat even vertalen. U hebt me eerder ook gevraagd naar predicties. Ik heb sheet 7 al een keer laten zien. Deze sheet toont de driedaagse gemiddelde ic-instroom in de rode puntjes vanaf 2 december. Ik heb zonet aangegeven dat 2 december het hoogste moment was. In het beloop tot en met gisteren zien we inderdaad een daling. De lijn gaat naar beneden. Die horizontale stippeltjeslijn is de drempelwaarde van twintig ic-opnames per dag. Die lijn staat er niet voor niks, want die vertaalt zich bij een opnameduur van zo'n zestien dagen uiteindelijk in zestien keer twintig. Als je dat te allen tijde stabiel zou houden, kom je op ruim 300 opnames van covidgevallen. Dan zit je op een punt waarbij er ruim voldoende capaciteit is om alle overige reguliere, dus ook urgente en kritisch planbare zorg te doen. Dat is dus eigenlijk de norm waar je graag onder wilt blijven. Om die reden is die drempelwaarde ooit vastgesteld. U ziet dat we duidelijk dalen. We zaten bijna tegen de 50 patiënten en we gaan nu naar beneden richting de 37 patiënten. Als dat beloop zo doorgaat – u ziet die verschillende curves met R-waardes – dan kun je sowieso zien dat het echt nog wel enige tijd duurt voordat je op die drempelwaarde komt. Op het moment dat we dan op die drempelwaarde komen, moet je dat natuurlijk nog zestien dagen volhouden voordat die bezetting ook op die 300, of daar in de buurt komt. Dit zegt dus alleen qua instroom iets. Het is uiteraard alleen het beloop van nu. Hierbij is geen rekening gehouden met de eventuele impact van een omikronvariant. Tot slot een aantal plaatjes van de Nederlandse Zorgautoriteit. Sheet 8 toont per regio het gewogen percentage ziekenhuizen waar alle planbare zorg geannuleerd is. Vanwege de tijd ga ik er even snel doorheen, maar u

kent de plaatjes. Het toont iedere keer het beeld van een week geleden en de gegevens van afgelopen maandag, met dank aan de Nederlandse Zorgautoriteit.

Sheet 9 toont het gewogen percentage ziekenhuizen dat alle kritiek planbare zorg volledig binnen zes weken kan leveren. U ziet dus dat een lager percentage in dit geval een resultaat is dat men minder goed in staat is om dat te doen.

Op sheet 10 is de afschaling van de ok-capaciteit per regio te zien. Daar is het nieuws dat, als u kijkt naar 6 december en 13 december, we met de stabilisatie van de covid ook een stabilisatie zien van dit overallbeeld. Dat geldt ook voor de vorige sheet. Met andere woorden, ziekenhuizen schakelen continu en proberen iedere beschikbare capaciteit direct in te zetten voor iets anders.

Op sheet 11 ziet u dat verzuimpercentages in de ziekenhuizen gestabiliseerd zijn. Als je naar het tekstdiagram rechts kijkt, zou je kunnen zeggen dat je een hele lichte verbetering ziet, maar dat zit allemaal in de marge. Het is op dit moment even stabiel. Het gunstige daaraan is dat het in ieder geval niet een verdere stijging is. Dat was namelijk het beeld dat we de voorgaande maanden eigenlijk zagen.

Tot slot sheet 12 even als een illustratie. Je ziet vanaf eind mei vorig jaar tot en met gisteren in het zwart het aantal opnames van de reguliere patiënten op de ic. We geven dat ook wel aan als non-covid. In het rood zie je het aantal covidpatiënten op de ic. De onderste horizontale lijn is die lijn van 300 covidpatiënten. Daar zou je de rode lijn eigenlijk onder willen houden. In het zwart gaan we richting de 600; er zijn ongeveer 580 non-covidpatiënten. Dat is de capaciteit die je nodig hebt voor de kritiek planbare zorg. U ziet de lijn: op het moment dat die covid ver boven de onderste horizontale lijn uitkomt, drukt dat een deel van de non-covid naar beneden.

Ik heb even in de twee puntjes helemaal rechts aangegeven waar men gisteren stond. Toen was de totale ic-bezetting boven de 1.100 patiënten. U weet dat het normaal veel lager is. Het is ook ruim boven de überhaupt normaal beschikbare capaciteit. Als u even snel naar die curves kijkt, dan zat de non-covidzorg, in vergelijking met waar we ten aanzien van covid staan, gisteren op een hoog niveau. Met andere woorden, ondanks de nog altijd hoge druk aan covidzorg – ik liet net al zien dat de ic-bezetting wat dat betreft nog niet daalt – zie je weer een stijging aan non-covid. Dat is een teken dat ziekenhuizen ook met afschaling van U4-zorg en U5-zorg alle capaciteit maximaal inzetten op kritiek planbare zorg. Ze proberen het binnen die zeswekentermijn te houden. Dus er wordt ontzettend veel geschakeld.

De algemene gedachte daarbij die ik regelmatig hoor – en ik weet dat u er niet zo in zit – is dat de zorg met dezelfde capaciteit eigenlijk in alles hetzelfde blijft doen. Het tegendeel is het geval. Ik heb al een paar sheets laten zien en de sheets 13 tot en met 16 zijn wat uitgebreider. Ik ga niet alle bullets langs, maar ik heb daarin toch maar eens een aantal initiatieven opgesomd die in de huisartsenzorg, de ambulancezorg, de vvt-zorg, de wijkzorg en de ziekenhuizen zijn genomen om hun capaciteit op allerlei manieren te optimaliseren, dagelijks op elkaar af te stemmen en zodanig in te zetten dat een maximaal aantal patiënten kan worden opgevangen met een zo hoog mogelijke kwaliteit. Dit is slechts een deel van de dingen die daar gebeuren. Ik ga niet al die voorbeelden langs, want dat voert te ver. Maar als u er een bullet uit pikt, ben ik van harte bereid om iets toe te lichten.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank, meneer Kuipers. Ik geef het woord aan de heer Van Haga om namens de Groep Van Haga de eerste vraag te stellen

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

Dank u wel voor de presentatie. Het is mooi om al die initiatieven te zien die toch allemaal zijn genomen. Het is ook wel goed om ons dat te realiseren. Ik heb een vraag over de opschaling van de ic-capaciteit. In de Volkskrant van vandaag staat een artikel van Michiel van der Geest en Ton F. van Dijk. Daarin staat dat op 17 september een uitgewerkt opschalingsplan werd gepresenteerd door het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding en de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. Dat plan zou per 1 december 100 extra ic-bedden hebben opgeleverd. Dan had je minder planbare zorg hoeven afschalen, de economie langer open kunnen houden of de scholen niet hoeven sluiten. Kent u dat plan? Waarom is dat plan niet omarmd? Was dat niet een heel goed plan en hadden we dat niet gewoon moeten doen?

De heer **Kuipers**:

Ja, hoor. Ik ken het plan. In het artikel staat ook dat het plan afkomstig is van het Landelijk Netwerk Acute Zorg en het LCPS. Dus ik ken het plan uiteraard. Het illustreert dat we eigenlijk continu aan het schakelen zijn om dingen anders te doen en extra capaciteit te creëren. Dat laten de laatste sheets ook zien. Ik had echter geen tijd om al die bullets toe te lichten. Daar hebben we vorig jaar zomer naar gekeken, na de eerste golf, en daar hebben we in de afgelopen zomer naar gekeken. Een van de opties was om de zorg te concentreren. Mevrouw Van den Berg heeft daar onlangs in de Tweede Kamer ook een motie over ingediend. Een van de opties was om de zorg te concentreren, inclusief inzet van personeel uit het buitenland. Dat is niet eenvoudig. Dat vraagt om mensen hiernaartoe te halen, om teams te formeren en zo nodig mensen extra op te leiden. Dat is ook kostbaar.

We hebben eerder de voorbeelden gezien waarbij iets vergelijkbaars gedaan is op Curaçao en Aruba. Daarbij werd personeel uit met name Amerika gehaald. Ik meen dat er ook mensen uit Zuid-Amerika zijn gehaald, uit Colombia. Dat laatste weet ik niet helemaal zeker, maar er zijn in ieder geval mensen uit Amerika gehaald. Dat plan was eigenlijk klaar op het moment dat daar een golf als gevolg van vaccinatie grotendeels voorbij was. Dus wij hebben een plan ingediend. Wij hebben gezegd: dit is een van de opties; natuurlijk blijven we ook zoeken naar andere. Maar er is destijds door VWS eigenlijk gezegd: wij willen graag dat jullie andere opties exploreren. Dat heeft aansluitend geleid tot een brief van de Minister aan het Landelijk Netwerk Acute Zorg waarin werd gevraagd om te zoeken naar andere opties. Een deel van die andere opties ziet u ondertussen. Met onder andere inzet van studenten en ander personeel creëren we alsnog die capaciteit.

Het is een lang antwoord. Ik ken het plan. Het is een van de opties. Het is een van de vele plannen die we hebben laten passeren. Er zijn ondertussen andere oplossingen gezocht.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik bewaar mijn vraag voor de volgende ronde.

De **voorzitter**:

Prima. Dan de heer Stoffer van de SGP.

De heer **Stoffer** (SGP):

Ik doe hetzelfde als mijn buurvrouw.

De **voorzitter**:

Zo gaan we er snel doorheen. Ik geef het woord aan mevrouw Van der Plas namens BBB.

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

We weten, denk ik, allemaal dat de zorg niet op orde is, dat de wens om de druk op de zorg laag te houden eigenlijk de hoofdreden is van alle lockdownmaatregelen. Sorry, voorzitter, ik word even afgeleid.

De **voorzitter**:

Excuus. Ik zal het even uitleggen. Er was even een misverstand over het aantal vragen dat gesteld mag worden. U kunt zo opnieuw beginnen. Er mag één vraag per blok worden gesteld. Maar als u uw vraag bewaart tot het volgende blok, kunt u daarin twee vragen stellen. Ik was dat net even aan het uitleggen. Excuus daarvoor. Gaat uw gang.

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

Fijn, dank u wel. Ik hoor nu iemand zeggen dat ik al mijn tweede vraag stel.

De **voorzitter**:

Het is uw eerste vraag.

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

Bescherm de kwetsbaren en houd de druk op de zorg laag. Dat is de reden voor alle maatregelen die we nemen. Maar stel dat de zorg op orde is. Stel dat de handen aan het bed er zijn, dat er genoeg bedden zijn, dat ook de thuiszorg en de wijkverpleging op orde zijn. Stel dus dat alles op orde is. Zouden deze pieken, de covidcijfers die we nu hebben, dan acceptabel zijn? Wordt er dan gezegd: dit hoort nou eenmaal bij zo'n virus? Wordt er dan net zoals bij griep gezegd: we weten dat er elk jaar zoveel mensen in het ziekenhuis belanden? Of zijn die covidcijfers dan eigenlijk nog te hoog? Moeten we ons echt zorg maken over het virus an sich, dat dat heel veel mensen ziek maakt?

De heer **Kuipers**:

Met dank. Een uitstekende vraag. Het uitgangspunt voor nu is dat het verstandig is om zich nog steeds zorgen te maken over het virus. Als je alles vrijlaat – en dan heb ik het nog niet eens over de nieuwe omikronvariant --en het ongelimiteerd passeert bij mensen die onvoldoende beschermd zijn, dan kan dat tot ontzettend hoge besmettingsaantallen leiden. We rapporteren de afgelopen periode ruim 20.000 besmettingen per dag op een populatie van 17,5 miljoen. Ruim 20.000 per dag is heel veel, maar op 17,5 miljoen mensen is het heel erg weinig, met een zeer besmettelijk virus. Als je dat helemaal vrijlaat, dan kan het gemakkelijk 30.000 per dag worden of 35.000 per dag. Dan komt er op enig moment een limiet waarop de zorg vastloopt, of dat nou de wijkzorg is of de thuiszorg, de huisarts, het ziekenhuis of de spoedeisende hulp. Tenzij iedereen op een gegeven moment zodanig beschermd is dat het aantal mensen dat echt hulp nodig heeft, heel klein wordt. Die situatie hebben we op dit moment nog niet. Die heeft niemand wereldwijd. Hoe de toekomst eruitziet ten aanzien van nieuwe varianten en de impact van hetzij het herhaald doormaken van de infectie dan wel van het herhaald booster, dat moeten we leren.

Dus voor nu, en dat geldt overigens ook voor het plan om nog eens 100 ic-bedden of 300 klinische bedden erbij te zetten, of een apart covidziekenhuis in vijf regio's: aan het eind van de dag geeft het je misschien voor twee dagen of voor vijf dagen extra ruimte, maar dan ben je gedwongen om dezelfde maatregelen toch te nemen. Een goede illustratie daarvan zijn onze oosterburen. Die hebben aanzienlijk meer capaciteit, maar die

zitten met dezelfde discussies over de noodzaak tot vaccinatie, de noodzaak tot lockdownmaatregelen et cetera. Het is helaas een wat somber antwoord, maar ja, het is wat het is.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Kuipers. Mevrouw Van den Berg, CDA.

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

Dank u wel, voorzitter. Meneer Kuipers, dank voor de presentatie weer. De vorige keer had u het erover dat de uitstroom van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorg soms een probleem was. Kunt u ons vertellen wat daar de stand van zaken is?

**De heer Kuipers:**

Ja, dat kan. Dat is in veel regio's duidelijk verbeterd op dit moment. Daar zijn een aantal redenen voor. Uitbreiding van capaciteit in de wijkzorg en de vvt, met ontzettend veel dank aan de collega's die zich daar heel erg hard voor maken. De inzet van spoedcoördinatieteams in regio's, waardoor mensen versneld beoordeeld worden en optimaal een plek wordt gezocht. Het afschalen in de ziekenhuizen van de U4- en de U5-zorg, wat met name de druk op de geriatrische revalidatiezorg vermindert. Daarmee creëer je extra capaciteit en speel je bedden en personeel vrij. Tot slot in sommige regio's – ook dat staat in die bullets – de inzet van zorgcoördinatie bij de meldkamer, waardoor ook daar geholpen wordt om een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek te krijgen, in plaats van bijvoorbeeld via de bypass van eerst een spoedeisende hulp en een ziekenhuisopname. Er zijn dus heel veel initiatieven parallel die allemaal helpen om die doorstroom te verbeteren.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Meneer Van Baarle namens DENK.

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

Voorzitter, dank u wel. Ik zou graag een vraag willen stellen over de scenario's voor de ic-instroom. We zitten nu op een R-waarde van 0,93, als ik even naar de volgende presentatie kijk. Als we uitgaan van de scenario's, dan zitten we begin februari op de grenswaarde van 20 opnames. Het meest realistisch scenario, denk ik. We gaan natuurlijk ook versneld booster. Zo'n 33% van de mensen die zijn opgenomen, zijn gevaccineerd op dit moment. 67% zijn niet gevaccineerd. Kunt u wat zeggen over uw verwachting hoe die versnelde boostercampagne wellicht die scenario's, waarbij we al in januari op die grens van 20 zitten, realistischer maken? Zijn daar schattingen over?

**De heer Kuipers:**

Dank. Om te beginnen: ik heb hier eerder laten zien dat enige tijd geleden – recentere gegevens heb ik helaas nog niet – de helft van de instroom van de patiënten in de ziekenhuizen mensen waren die volledig gevaccineerd waren. 80% van hen had een onderliggende aandoening en driekwart van hen was 70 jaar of ouder. Dat waren de ziekenhuisopnames. Als je naar de ic-opnames kijkt, dan lag dat nog wat anders. Slechts 25% was volledig gevaccineerd. Laten we ons even sec op de ziekenhuisopnames concentreren. Gegevens uit het buitenland, met name als eerste uit Israël, hebben aangetoond dat booster binnen twee weken na de booster de kans op ziekenhuisopname bij deze populatie sterk vermindert. Dus met de huidige variant is de verwachting dat – zeker als je de 60-plussers, degenen die dat willen, allemaal geboosterd hebt – de instroom in de ziekenhuizen significant naar beneden gaat. Van de huidige helft van de patiënten zal dan een heel groot deel afvallen, in de zin dat ze niet meer opgenomen hoeven te worden.

Hoe dat straks zit met de omikronvariant, moeten we nog leren. Daar kan de heer Van Dissel ook van alles over vertellen. Maar de boostering heeft dus twee belangrijke effecten. Met de huidige variant zal die vrijwel zeker de ziekenhuisinstroom sterk naar beneden brengen. We hopen dat hetzelfde preventieve effect voor omikron gaat gelden.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Meneer Wassenberg namens de Partij voor de Dieren.

**De heer Wassenberg (PvdD):**

Op dat laatste, op omikron, wil ik even doorgaan. De heer Kuipers – dank voor zijn presentatie – zegt: we zijn voortdurend aan het schakelen in de zorg. Je moet natuurlijk voortdurend vooruitzien. Je moet rekening houden met alles. De heer Kuipers zei ook bij zijn presentatie dat daarin nog geen rekening is gehouden met de omikronvariant. Maar wat we zeker weten, is dat de omikronvariant dadelijk de boel echt gaat bepalen. Die neemt razendsnel toe. We weten nog niet hoe. We weten ook nog niet hoe besmettelijk hij is. We weten wel dat hij besmettelijker is dan de deltavariant. Hoe realistisch zijn die scenario's? Had je niet nu al veel meer rekening moeten houden met scenario's waarin die omikronvariant expliciet is opgenomen? Want dat wordt dadelijk de realiteit. Dat is het enige wat we zeker weten.

**De heer Kuipers:**

Dank. Dat doen we ook. Ik laat het hier in de dia's niet zien. Er zit natuurlijk nog veel onduidelijkheid aan de omikronvariant. Besmettelijker, maar hoeveel besmettelijker? Ziekmakender, ja of nee? Je hoort ook minder ziekmakend of even ziekmakend. Het gaat dus verschillende kanten uit. In hoeverre beschermt vaccinatie ook na booster? Voor nu is het verstandig om zo snel mogelijk te booster. Wat dat betreft hebben we vanuit de ziekenhuizen hulp aangeboden aan de GGD's, om overal per regio te kijken wat er sneller kan. Want het oorspronkelijke schema had toch nog een lange doorlooptijd. Die doorlooptijd interfereert met het tempo waarmee je verwacht dat de omikronvariant het overneemt. Dus hoe meer we nu kunnen doen, hoe beter het is.

In de modellen die er nu zijn – dan moet ik als eerste even kijken naar de modellen van het RIVM – wordt rekening gehouden met mogelijkerwijs een zeer hoge stijging van aantallen patiënten in het eerste kwartaal van het komende jaar. Ik heb daar input voor nodig ten aanzien van besmettelijkheid en ziekmakendheid. Op het moment dat we dat weten, kunnen we ook berekenen wanneer we een volgende stijging verwachten in die ziekenhuizen. Voor nu is het echt alleen maar korte termijn. Er werd net al gezegd: o, dan gaat het dus tot februari duren. Als ik die lijn zo doortrek, ja. Maar er is een reële kans dat de omikronvariant dat op een gegeven moment weer een upswing geeft die tot grote hoogte zou kunnen leiden, afhankelijk van waar we op dat moment staan, ook met betrekking tot het booster en de andere factoren die ik al noemde.

Dat is reden temeer voor de zorg om zich daar op alle manieren op voor te bereiden. Dat betekent dat we nu weer een dubbelcheck doen: hebben we voldoende zuurstof? Hebben we voldoende materialen? Is de zorgcoördinatie overal optimaal op orde? Het is een beetje, in slecht Nederlands: prepare for the worst and hope for the best. Dat is wat we nu dus ook doen. Tegelijkertijd doen we het volgende. Dat liet ik u even zien op dat ene plaatje, alleen maar als een soort reflectie van de ic. Iedere patiënt die een ander aandoening heeft en op een wachtlijst staat, die we nu kunnen helpen, hebben we dan geholpen, terwijl we weten dat we straks misschien weer minder capaciteit hebben. Daarom ben ik ook zo blij dat ik een compliment kan uitdelen aan alle collega's. Ik mag dat wel even doen. Dat schakelen doen ze namelijk ook continu. Als je er even van een afstand door je ooghaars naar kijkt, zie je dat ook in de getallen van



bijvoorbeeld de ic-bezetting. Mag ik nog één aanvulling doen? Wat je zou kunnen doen, is zeggen: «We gaan richting de kerst. De getallen gaan naar beneden. Laten we maar even rustig wachten. Die patiënten gaan we wel in de eerste en tweede week van januari helpen.» Maar dat is met deze dingen niet verstandig, en ik zie ook dat het niet gebeurt. Dat is heel gunstig. Daarom ook dat compliment, want men zet alles op alles om nog weer te helpen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Meneer Paternotte, D66.

**De heer Paternotte (D66):**

Nee, dank u. Dank voor de presentatie. Ik ben heel blij dat de ziekenhuizen gaan helpen met booster. Ik bewaar mijn vraag tot de volgende ronde.

**De voorzitter:**

Mevrouw Gündoğan namens Volt.

**Mevrouw Gündoğan (Volt):**

Ik bewaar ook nog even mijn vraag. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Meneer Van Houwelingen.

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

Dank u wel, voorzitter. Dank voor de presentatie. Wij maken ons heel veel zorgen over de oversterfte. Die is volgens het CBS drie keer zo hoog als vorig jaar rond dit tijdstip. Mijn vraag aan u, ook als voorzitter van het Landelijk Coördinatiecentrum en als voorzitter van de raad van bestuur van het ziekenhuis: wat merkt u daar eventueel van in het ziekenhuis? Wij hebben bijvoorbeeld de recherche gesproken, die zegt dat ze heel veel ongelukken hebben, zoveel dodelijke ongelukken dat ze het niet kunnen bijhouden met het onderzoek. Merkt u in de ziekenhuizen iets van de oversterfte? Komen er bijvoorbeeld meer patiënten binnen met hartklachten of andere soorten symptomen? Merkt u er iets van en zo ja, wat?

**De heer Kuipers:**

Ik kan u op dit moment niet een maat en getal geven. Ik heb al eerder gezegd, en dat herhaal ik, dat we er rekening mee moeten houden dat op enig moment de oversterfte aan andere oorzaken dan covid groter is dan de winst in levensjaren door covidzorg. Dat heeft te maken met het feit dat we telkens kritiek planbare zorg voor ons uitschuiven – ik heb daar zonet al het een en ander van laten zien en bij eerdere gelegenheden ook – terwijl we acute patiënten opvangen. Voordat we die maat en getal hebben, als u gewoon luistert naar de geluiden die we in de zorg horen, dan hoor je inderdaad patiënten die om allerlei moverende redenen toch later binnenkomen, met een meer voortgeschreden stadium van een aandoening. We hebben in het najaar, of in de zomer en het najaar eigenlijk, een piek gehad, een hogere belasting, ook van traumazorg. U en ik moeten dan gaan zoeken waarom dat gebeurt, maar dat is wat er gebeurde.

Dus we zien het ook in de ziekenhuizen: meer mensen die binnenkomen voor acute zorg, anders dan covid. Het is te vroeg om er nu iets over te zeggen wat dat aan oversterfte oplevert. Het enige wat we in maat en getal hebben, bijvoorbeeld net ten aanzien van de traumazorg, is dat er tijdens de eerste golf voor mensen met ernstig letsel een oversterfte was ten opzichte van de jaren daarvoor. Dat gaat om hele kleine aantallen, maar als je puur de vergelijking maakt van de eerste piek, de eerste golf 2020, mensen die toen binnenkwamen met ongevalsletsel dat niks met

covid te maken had, ernstig ongevalsletsel en hun sterfte versus de sterfte onder patiënten met vergelijkbaar letsel in 2018 en 2019, dan was er in 2020 een hoger sterftepercentage.

Dat heeft ongetwijfeld op dat moment te maken gehad met grote tekorten aan capaciteit. En dus moest je patiënten toch op een wat andere manier opvangen dan je normaal deed. Vandaar dat ik ook namens het Landelijk Netwerk Acute Zorg en alle regio's – de vraag was hoever we met alle capaciteit weer kunnen opschalen – gezegd heb dat we kunnen kijken naar aantallen. Vaak wordt het bijvoorbeeld verwoord in aantallen ic-bedden, want dat is zo'n makkelijk getal. Maar daar zitten enorm veel andere dingen achter; het is het topje van de ijsberg. Dus hebben we gezegd: probeer nou te sturen op die normwaarden die we hebben, want een veel hogere belasting dan dat moet je niet willen. Ik weet wel dat het niet altijd te voorkomen is, maar probeer te sturen op iets lagere in plaats van alleen maar te zeggen: gooi het maar vrij.

**De voorzitter:**

Meneer Hijink, SP.

**De heer Hijink (SP):**

Mijn vraag gaat ook hierover, over de gezondheidsschade die we zien buiten de covidzorg. Het aantal operaties dat wordt afgezegd is nog steeds enorm hoog. De druk op de zorg is nog enorm hoog. Als we zien dat er nu al meer dan 600 mensen nog op de ic liggen met corona en dat er een nieuwe variant onze kant op komt, wat is dan het perspectief voor de mensen die nu al meerdere keren een operatie afgezegd hebben zien worden? We zitten nu op een heel hoog niveau. De kans dat het heel snel gaat dalen is klein. De kans dat het gaat stijgen is heel reëel. Wat is dan de boodschap voor mensen die al een paar keer die operatie afgezegd hebben zien worden als de verwachting is dat het misschien nog wel erger wordt?

**De heer Kuipers:**

Acute zorg gaat door, iedere vorm van acute zorg waar we het zonet over hadden.

**De heer Hijink (SP):**

Sorry, ik bedoelde kritiek planbare zorg.

**De heer Kuipers:**

Op kritiek planbare zorg wordt zo gestuurd dat er met man en macht wordt geprobeerd om dat binnen die zes weken te houden, zo nodig ook door covid anders te verdelen, bijvoorbeeld in of tussen regio's. Het perspectief voor nu is dat men er echt maximaal op inzet om dat binnen die termijnen te doen.

Wat die omikronvariant uiteindelijk gaat doen? We hebben net even iets over mogelijke predicties gehad. Laten we even wachten wat daar nou straks uit komt. Voor de U4/U5-zorg, dus de planbare, niet-kritieke zorg, is het perspectief dat als mensen op een wachtlijst staan de kans groot is dat de meesten van hen ook nog voor het hele eerste kwartaal op de wachtlijst blijven. Dat klinkt als «het is niet kritiek maar gewoon planbaar», maar ik neem even het bekende voorbeeld dat altijd wordt gebruikt: een heup is niet urgent. U en ik weten dat drie maanden extra wachten buitengewoon lang is voor iemand die een versleten heup heeft en dan moet wachten, maar daar veel last van heeft en daardoor immobiel is. Dan heeft dat toch ook potentieel gezondheidsschade. Dit is dus wel degelijk iets wat grote impact heeft.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw de Vries, VVD.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik heb er de vorige keer ook al naar gevraagd; ik word eigenlijk steeds narriger over de sheets 8 en 9. Want ik zie daar dat bijvoorbeeld bij de planbare zorg in Noord-Nederland 93% is afgeschaald en in Limburg zelfs 100%, en dat dat voor de kritiek planbare zorg daar 46% en 58% is. Maar ik zie dan ook dat bijvoorbeeld in de naastliggende provincie Brabant de planbare zorg maar voor 23% is afgeschaald. Dan vraag ik me echt af wat er dan niet goed gaat in de verdeling van de patiënten. Wordt er dan alleen naar de ic gekeken en niet naar deze factoren? Ik vind dit best raar. Dan kijk ik nog niet eens naar de besmettingsaantallen, die ik nu maar even achterwege laat. Hoe neemt u dat mee in de patiëntenspreiding?

De heer **Kuipers**:

Dank. Ik snap heel goed uw narrigheid. U kunt ervan op aan, en dat gelooft u direct, dat het ook een onderwerp is van veelvuldig gesprek op het landelijk platform waar afspraken worden gemaakt over verdeling et cetera.

Wat wij doen is dat we om te beginnen afgesproken hebben dat we over de tien acute zorgregio's covidpatiënten spreiden, met als enige uitzondering patiënten non-covid. Dat is een bijzondere term, want we snappen dat dat om een hele grote groep met zeer veel diversen gaat.

Non-covidpatiënten worden gewoon behandeld in hun eigen regio en bij voorkeur door hun eigen behandelteam, et cetera, zo nodig wel met verschuiving tussen ziekenhuizen. Maar covidpatiënten verdelen we per regio en iedere regio maakt zijn eigen verdelingsplan. Die verdeling maken we naar rato van het aantal beschikbare bedden. Dus heeft de ene regio 1.000 klinische bedden en de andere 2.000, dan sturen we erop dat de andere regio twee keer zoveel covidpatiënten neemt als de een.

Dat doen we op een dagelijkse basis, met een bandbreedte tussen de 90 en de 110%. Dus daar sturen we op. Dat doen we voor de klinieken apart en voor de ic ook apart. Dus het is niet alleen de ic-sleutel, we doen het voor allebei de groepen apart, met de gedachte daarachter dat als je dat doet, iedere regio voldoende mogelijkheden houdt om zowel binnen de regio zelf te verdelen als binnen de regio ook de maatregelen te nemen en de keuzes te maken die daar nodig zijn.

Het is een wat technisch antwoord, maar stel dat van het totale aantal beschikbare bedden 20% nodig is voor covid. In het voorbeeld dat ik zonet gaf, blijven dan dus in de ene regio 800 bedden over voor non-covid en in de andere regio 1.600. Daar moeten de regio's zelf op sturen. Als wij ook anders zouden gaan sturen, ook overige patiënten, dan wordt het buitengewoon complex. Dan vraagt dat ook verschillen van opschaling tussen regio's. Tot nu toe, terwijl het onderwerp iedere keer terugkomt, houden we nog steeds vast aan verplaatsing naar rato van beschikbare bedden van alleen covidpatiënten, met uitzondering van die groepen die echt maar in een paar centra behandeld worden. Dan moet u zich voorstellen: patiënten voor hartchirurgie. Daar kun je binnen een regio niet zoveel hulp aan bieden, maar over de regio's heen wel.

De **voorzitter**:

We hadden afgesproken één vraag.

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

Als er geschoven mag worden, dan gebruik ik graag hier mijn tweede vraag voor, als het mag. Dan is er volgens mij ook te veel covidzorg naar een aantal regio's overgeheveld, waardoor die kritiek planbare zorg uiteindelijk afgeschaald moet worden. Dan moet je dat toch ook meewegen bij de hoeveelheid covidpatiënten die je eventueel dan verplaatst naar bijvoorbeeld regio's als het noorden of in dit geval ook het oosten of Utrecht?

De heer **Kuipers**:

Zonder de verdeling erachter te laten zien, kan ik zeggen dat het noorden naar rato van het aantal beschikbare bedden een lager aantal covidpatiënten heeft dan de rest. We kunnen dat nog verder afschalen – dat kan; het is regelmatig onderwerp van gesprek – maar tot nu toe doen we dat niet, omdat men binnen de eigen regio zoekt naar de meest optimale indeling daarvan. Als we andere criteria gaan toevoegen, dan geeft dat ook vreemde incentives. Het wordt dan buitengewoon complex. Het betekent sowieso dat patiënten losgemaakt moeten worden van hun behandelteam, waarmee ze veelal een langdurige relatie hebben, ook voor operatieve zorg, en regio's hun eigen keuze maken in hoe ze dat vervolgens verdelen. Ik liet zonet even een landelijk plaatje zien van de verhouding covidpatiënten/non-covidpatiënten op een ic. Als ik die verhouding per regio zou laten zien, verschilt dat. Sommige regio's maken bijvoorbeeld de keuze om hun ic iets minder op te schalen maar daarvan proportioneel iets meer voor covid te gebruiken. Dat is een eigen keuze. Daar kan ik niet in sturen en daar wil ik ook niet in sturen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Den Haan van de Fractie Den Haan.

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

Nee, voorzitter. Dank aan de heer Kuipers, maar ik bewaar mijn vraag.

De **voorzitter**:

Mevrouw Westerveld, GroenLinks.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik bewaar mijn vraag ook. Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Oké, dank u wel. Meneer Van Dissel is al aanwezig. Ik schors de vergadering dus even om te wisselen van plek. Hartelijk dank, meneer Kuipers, voor uw tijd.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

De heer Van Dissel is aangeschoven. Van harte welkom.

## **Blok 2**

Gesprek met:

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

De **voorzitter**:

Ik geef u direct het woord. Gaat uw gang.

De heer **Van Dissel**:

Dank u wel. Ik wil vanochtend twee dingen met u bespreken. Allereerst de situatie zoals die zich ten opzichte van de deltavariant ontwikkelt. Ik wil ook redelijk uitgebreid ingaan op de omikronvariant, wat daar de mogelijke gevolgen van zijn en wat voor maatregelen we daar momenteel al tegen nemen en misschien nog moeten gaan nemen. Het is meer een update van het laatste en een overzicht van de deltavariant.

Allereerst: waar staan we nu? Ik zou hier bijzonder graag met u de klok luiden en zeggen: we zijn de brand meester, met delta gaat het beter en we zijn ervan af. Want iedereen heeft natuurlijk helemaal genoeg van dit virus. Maar ook omdat het een globale uitbraak is, zien we nu helaas toch

weer de opkomst van de omikronvariant. Dat kan zeker gevolgen hebben. Ik wil u in het tweede deel updaten over wat daar de potentiële consequenties van zijn. Met betrekking tot de deltavariant is de korte samenvatting dat we een daling zien van het aantal meldingen. U heeft net ook gehoord dat dat zich inmiddels vertaalt naar een lichte daling van het aantal ziekenhuisopnames. Dat is gunstig. Als dat was doorgelopen, dan waren we ergens begin januari weer over de afgesproken drempels gegaan.

Maar omikron is geïntroduceerd. Ik zal u straks laten zien in welke mate. In Nederland is dat momenteel nog beperkt. Maar ik kreeg gisteren bijvoorbeeld het bericht dat het in Londen bijna de helft van het aantal gevallen betreft, voor de duidelijkheid. Het gaat daar dus echt heel erg snel. Daar zullen we ons helaas opnieuw toe moeten verhouden. Het tweede – dat heeft u ook in het eerste uur gehoord – is dat we nu een daling zien. Die daling moet nog wel voortzetten om de afschaling van de reguliere zorg die er is, uiteindelijk weer te kunnen omdraaien. Dat betekent dat er momenteel nog maatregelen nodig blijven. U heeft als consequentie van de omikronvariant in ieder geval al gezien dat er de afgelopen dagen een heleboel acties zijn ondernomen om het boosterprogramma te versnellen. Ik zal u straks laten zien wat daar de achterliggende gedachten van zijn, hoezeer die ook nog in ontwikkeling zijn, voor de duidelijkheid.

Wat is en blijft belangrijk? Dat zijn toch deze vijf regels: thuisblijven bij klachten en je laten testen – tegenwoordig: doe een zelftest als je niet tot de kwetsbare groepen behoort of daarmee een werkrelatie hebt –, het houden van afstand, het gebruik van het mond-neusmasker waar dat niet kan, handen wassen, contacten beperken, ook door thuis te werken, en ventileren.

Nog even de basis. Momenteel is het nog steeds zo dat de meeste personen die geïnfecteerd worden weinig ziek worden. Slechts een klein percentage – maar dat is al met al op de totale populatie, in absoluut aantal, te groot – belandt in het ziekenhuis en op de ic. Ten slotte is er ook nog een tussengroep van ongeveer 0,5% – het wisselt wat per regio – die met intensieve begeleiding van de huisarts thuis wordt behandeld met zuurstof. U ziet aan de linkerkant een overzicht van de gevallen in Nederland. In sommige gebieden is het wat heftiger, zoals nu in Zeeland en in een deel van Limburg en Brabant. In het noorden van Nederland is het wat minder. Maar eigenlijk ziet u toch dat het redelijk egaal over het hele land verdeeld is.

Met betrekking tot de meldingen hebben we de vorige keer al uitvoerig stilgestaan bij de complexiteit in de zin van wat je allemaal optelt om tot deze grafiek te komen. U ziet desalniettemin dat we wat dat betreft over een piek heen zijn. Het aantal meldingen is de afgelopen week met zo'n 20% afgenomen. Het aantal testen is ook lager. Een groter deel van de testen wordt tegenwoordig verricht als bevestiging van een positieve thuistest. Het feit dat er sprake is van selectie bij die testen, maakt dat het percentage positieve testen hoger is. Dat was vorige week rond de 21% en 22%. Nu is het weer een procent hoger.

De spreiding met betrekking tot de regio's. Ofschoon er nog een verschil tussen regio's aan te merken is, ziet u dat alle regio's eigenlijk min of meer hetzelfde beeld tonen. We zijn inmiddels van een incidentie van rond de 800 naar zo'n 650 gedaald.

Dan hebben we de spreiding ten aanzien van de leeftijden. Ook dat is eigenlijk een herhaling van het beeld dat ik u eerder heb getoond. Het zijn met name de jongeren waaronder momenteel veel infecties rondgaan. Ik zal u zo laten zien – dat plaatje heeft u de vorige keer ook gezien; dat is wat geüpdatet – dat het vooral om de bovenbouw van de basisscholen gaat. Verder ziet u dat er bij de meeste leeftijden een daling gaande is. Dat is natuurlijk ook de reden dat het overall met zo'n 20% is afgenomen.

De groep waarin het aantal meldingen momenteel nog het hoogst is, is de groep van 0 tot 12. Als je daarop inzoomt, dan zien we daar duidelijk een cesuur bij de leeftijd waarbij we begonnen zijn met vaccineren, namelijk 12 jaar. Daarvoor – dat is dan de bovenbouw van de basisschool – ziet u dat de verspreiding toch behoorlijk hoog is. Dit is natuurlijk ook de belangrijkste achtergrond van het advies dat het OMT een aantal keer heeft gegeven. Dat was het advies om te kijken of je de basisscholen niet in de week voor kerstmis zou willen sluiten, om te voorkomen dat men tot en met vrijdag op school is, met potentiële verspreidingsrisico's, en dan de dag later al in kerstcontacten treedt. Dat zijn dingen die een aantal keren zijn genoemd door het OMT. Die hebben zich voor de duidelijkheid natuurlijk met name gericht op het deltavirus. Inmiddels hebben we ook het omikronvirus erbij gekregen. Zoals ik u straks zal laten zien, is er alle reden om daarbij ook te zorgen dat je potentiële brandhaarden niet te lang aan laat. Dat geldt dus ook voor de bovenbouw van de basisscholen. Dan ga ik met u door naar de verhouding gevaccineerd-ongevaccineerd binnen de meldingen. U ziet dat we dat van ongeveer 70% van de personen weten. Dat is ongeveer fiftyfifty verdeeld over wel of niet gevaccineerd. Maar bij die ongeveer gelijke verhouding moet u zich natuurlijk realiseren dat de verhouding voor alle leeftijden – want daar heb je het hier over – 25 staat tot 75 is, wat betreft ongevaccineerd ten opzichte van gevaccineerd. Uiteindelijk is de bijdrage van de niet-gevaccineerden aan de meldingen natuurlijk onevenredig groot ten opzichte van de bijdrage vanuit de gevaccineerde groep. Even kort iets over testen. Ook dit plaatje heb ik u eerder laten zien. Dit is ook weer geüpdatet. Ook dit geeft aan de linkerzijde degenen die komen ter bevestiging van een positieve zelftest thuis weer. Dat zijn de rozige, of misschien meer paarsige blokken. Dat aandeel is zo rond de 10 of waarschijnlijk iets hoger, omdat het niet voor alle gevallen wordt geregistreerd momenteel. Een deel zit dus verborgen in die blauwe bars. Maar dat heeft een aandeel in het totale aantal testen. U ziet dat de uitkomst daarvan – dat is de bovenste paarse lijn – in ongeveer 85% van de gevallen wordt bevestigd bij de GGD. Daarnaast hebben we natuurlijk de personen die direct naar de GGD gaan. Dat zijn in deze grafiek de overige personen, in blauw weergegeven. U ziet dat het aantal positieven, dat met de blauwe lijn is weergegeven, zo om en nabij de 10% ligt. Daar zit dus een belangrijk verschil tussen. Dat komt natuurlijk vanwege de voorselectie, omdat men thuis die zelftesten doet. Aan de rechterzijde ziet u dan het aantal testen uitgevoerd in het kader van de Stichting Open Nederland. Dat zijn dus testen die worden gedaan om een bepaalde activiteit te kunnen ondernemen. U ziet dat het na een stijging – de vorige keer dat ik hier was, was het dacht ik 1,7 – weer wat is gedaald naar 1,2. Dat is dus het percentage waarvan je eigenlijk verwacht dat het personen zijn zonder klachten. We denken momenteel dat dat deels verrijkt is met personen die bijvoorbeeld te lang moeten wachten bij de GGD en zich dan wenden tot de Stichting Open Nederland om die test te verrichten. Het zou dus kunnen dat dit een getal is dat in wezen ietsje lager zou moeten zijn, omdat ook daar een aantal bevestigingen van zelftesten bij zitten. Ik ga door naar de ziekenhuizen en de ic-bezetting, te zien op sheet 11. U heeft dat net ook bij de heer Kuipers gezien. We zien daar een afname. Allereerst zie je natuurlijk altijd een afname van meldingen. Dat vertaalt zich dan na een week naar de ziekenhuisopnames en weer enige tijd later naar de ic-opnames. U ziet dat we afgelopen week op weekbasis ongeveer 10% lager zaten en ongeveer 5% lager wat betreft de ic-getallen. Daar lijkt dus een piek genomen. Ik laat u straks zien dat de verwachting is dat dit verder afneemt. Dan ziet u op sheet 12 de invulling van de leeftijden in het ziekenhuis en op de ic's. Ook dat is een beeld dat ik u eerder zo getoond heb. Het is opnieuw geüpdatet. In de ziekenhuizen zie je toch vooral oudere kwets-

baren; je ziet 70-jarigen, 80-jarigen en zelfs 90-jarigen. Op de ic-afdelingen is het een cohort dat net zo'n 10 tot 20 jaar jonger is.

Dan gaan we naar sheet 13. Als je binnen deze getallen kijkt naar hoe de verhouding gevaccineerd-ongevaccineerd is, dan ziet u dat hier bijgewerkt tot 7 december. Dat is de laatste ijkdatum. Dat komt dus na volgende week weer. U ziet hier allereerst het beeld dat het in de ziekenhuizen opnieuw ongeveer 50–50 is. Dat is eigenlijk een getal dat we de afgelopen weken al hebben gezien. Op de ic is ongeveer 70% niet gevaccineerd. Als u naar de absolute aantallen kijkt, dan ziet u dat bij de groep 70-plussers het aandeel van de gevaccineerden absoluut gezien hoger is dan het aandeel van de ongevaccineerden. U moet zich er natuurlijk meteen bij realiseren dat bijna iedereen van de groep 70-plussers gevaccineerd is, althans een heel erg hoog percentage. Ik zal u zo laten zien dat het, als je het normaliseert op de groep waaruit deze personen komen, heel duidelijk is dat de ongevaccineerde personen sterk overgerepresenteerd zijn, zowel in het ziekenhuis als op de ic.

U ziet dat op het plaatje op sheet 14. Ik neem u daar even in mee. Laten we eerst kijken naar de linkerzijde, die betrekking heeft op het ziekenhuis. U ziet eigenlijk twee soorten grafieken. Allereerst ziet u aan de linkerzijde een viertal grafieken met een grijs vlak erdoorheen. Dat grijze vlak laat in de loop van de tijd de personen zien die gevaccineerd zijn. De lijnen geven dan in wezen aan, genormaliseerd op dat aantal gevaccineerden, uit welke groep die groep die naar het ziekenhuis gaat, wordt getrokken. U ziet dan dat de rode lijn nu heel duidelijk ook bij de 70-plussers boven de groene lijn uitkomt. Dat betekent dat het percentage dat van de ongevaccineerden wordt opgenomen, vele malen hoger is dan het percentage van de gevaccineerden.

De vier grafiekjes die daarnaast staan, zijn eigenlijk een uitvergroting van de grafiek aan de linkerzijde. Dat is domweg omdat de groep tot 20 jaar en de groep van 20 tot 40 jaar zo tegen de x-as aanligt, dat u het dan niet zou kunnen zien. Dat is dus wat uitvergroot. U ziet dan eigenlijk dat het beeld voor alle leeftijdscohorten gelijk is. De rode lijn komt namelijk ver boven de groene lijn uit. Dat betekent dat, wanneer je kijkt naar het aantal ongevaccineerde en gevaccineerde personen onder de bevolking, de groep die niet gevaccineerd is veel meer aan de ziekenhuisopnames bijdraagt dan de groep die gevaccineerd is. Aan de rechterzijde ziet u eigenlijk exact hetzelfde beeld, maar dan voor de ic-opnames.

Dan de verpleeghuizen en de wooncentra, te zien op sheet 15. Ook daar zien we de afgelopen tijd een afname. U moet zich ook realiseren dat we dat steeds op vier weken rapporteren. Die 1.075 is dus weer van de laatste vier weken. Ik denk dat in de trend een duidelijke afname te zien is. Dat lijken we ook te zien in het aantal bewoners met een COVID-19 diagnose. Dan de oversterfte, te zien op sheet 16. U heeft natuurlijk ook gerapporteerd gezien dat die momenteel verhoogd is. De oversterfte wordt geanalyseerd door het CBS. Het CBS heeft daar natuurlijk altijd een belangrijke vertraging in om dat goed te doen. Ik kan nu dus verder niet invullen wat hier precies de achterliggende getallen zijn. We weten wel dat het met name voor de ouderen geldt, ook voor degenen die gebruikmaken van de Wet langdurige zorg. Dat maakt dat de oversterfte minder wordt naarmate de cohorten jonger worden.

Dan even kort over de vaccinaties. De figuren die u op sheet 18 ziet zijn bijgewerkt tot en met 12 december. Voor de alleroudsten hebben we natuurlijk een hoog percentage bereikt. U ziet dat daar weinig meer in verandert. Voor de leeftijdsgroepen daaronder, met name bij de jongste groep, zien we nog steeds een toename van het aantal personen dat gevaccineerd wordt. Wanneer je het berekent op 18-plus, dan komen we op ruim 85%, zoals u ziet. Wanneer je uitgaat van iedereen boven de 12, kom je op zo'n 84%. Wanneer je 0 tot 12 jaar ook meerekent, zoals ik net even deed, dan kom je op iets van 75%, 76% uit.

Dan ziet u hier de berekende effectiviteit van de vaccinatie tegen opname. Voor de duidelijkheid: dit betreft natuurlijk de deltavariant. U ziet dat er een cesuur ligt. Bij de alleroudsten is de effectiviteit van het vaccin om te beschermen tegen ziekenhuisopname wat lager geworden, namelijk 82%. Tegen ic-opnames is die nog steeds heel hoog. Bij de groep onder de 70 jaar is dat 93% en 96%.

De **voorzitter**:

Meneer Van Dissel, er is een technische vraag van mevrouw Gündoğan.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb inderdaad een technische vraag. Ik zou behalve de percentages ook graag de aantallen willen weten van de mensen boven de 60 jaar die niet gevaccineerd zijn, want met name die komen in het ziekenhuis en op de ic terecht. Met alleen die percentages is het soms lastig een beeld te krijgen over hoeveel mensen het we nu hebben. Heeft u die ook, toevallig?

De heer **Van Dissel**:

Niet nu, maar die heb ik vorige week toegevoegd, dus die vindt u in de vorige presentatie. Die kunt u ook terugvinden in ... Dan moet u even een aantal sheets terug. Daar ziet u de link naar het hele rapport. Ik ga u even helpen. Op sheet 14 ziet u het rapport clickable aangegeven, maar goed, dat moet u dan natuurlijk even overnemen. Dat geeft inzicht per leeftijd en per vaccin. Ik denk dat u het meeste wat u wilt weten, terugvindt in die rapportages. Ook de tekst wordt elke twee weken geüpdatet, zoals we hadden afgesproken. Daar kunt u ook terugvinden hoe het in de leeftijds-categorieën zit die hier nu voor het gemak zijn samengenomen. Maar wij tonen het op deze wijze, omdat we uit de tabellen zien dat de belangrijkste verandering rond de 70 jaar zit, dus vandaar dat ik die hier apart heb genoemd.

Dan neem ik u mee naar de modellering en de prognoses. De prognoses die ik u toon, zijn de prognoses op de korte termijn. Daar komen we zo op terug. Dat heeft alles te maken met het feit dat omikron zich heeft voorgedaan. Allereerst: het reproductiegetal ligt rond de 0,93, dus dat is duidelijk onder de 1. Voor de ziekenhuis- en ic-opnames bevindt het zich nog rond de 1, maar omdat we het nu zien dalen, is de verwachting dat dat ook omlaag zal gaan. We verwachten op korte termijn een afname van het aantal opnames, zowel in de ziekenhuizen als op de ic. Op de lange termijn is dat onzeker. Dat heeft alles met omikron te maken, waar ik zo nog meer in detail bij u op terugkom.

Maar allereerst even de getallen op korte termijn. Dit is het reproductiegetal sedert de start van de uitbraak. U ziet dat we inmiddels in ieder geval onder de 1 zitten wat betreft de meldingen, en nog op de 1 van ziekenhuis- en ic-opnames. Maar omdat we daar de getallen nu ook zien dalen, zal het u natuurlijk niet verbazen dat we verwachten dat die binnenkort ook onder de 1 gaat vallen. We kijken altijd enige tijd terug, omdat we immers vanuit het verleden naar het heden moeten bezien hoeveel personen iemand besmet.

Dan toon ik u kort de regressieanalyse. De prognose is gebaseerd op het aantal meldingen binnen het OSIRIS-meldingssysteem die we bij wijze van spreken gisteren en vandaag binnenkregen. Die meldingen geven informatie die je kunt doortrekken naar de ziekenhuisopnames over een week. Het moge duidelijk zijn dat we veranderingen in gedrag, boosters et cetera in die periode niet mee kunnen nemen, maar we hebben natuurlijk wel de historische relatie tussen het aantal meldingen nu en het aantal ziekenhuisopnames over een week. Dat zal ik u zo laten zien. We zien dat die relatie verschilt per leeftijdsgroep. Die verandert ook wat in de tijd. Dat kan door testgedrag, door aanpassing van gedrag ten aanzien van basisregels of door vaccinatie komen. Dat laat ik u nu zien. Aan de



linkerzijde ziet u de relatie tussen de meldingen bij de GGD op dit moment en hoe die zich gaan vertalen in ziekenhuisopnames. Aan de rechterzijde ziet u hoe groot de kans is voor de verschillende leeftijdscohorten dat als iemand eenmaal in het ziekenhuis ligt, die naar de intensive care moet gaan. U ziet dat dat laatste eigenlijk redelijk stabiel is en rond de 20% ligt. Aan de andere kant ziet u ook dat wat betreft de vertaling van meldingen nu naar ziekenhuisopnames over een week, die al enige tijd in een dalend been zit. Zoals ik al aangaf, kan dat vele redenen hebben. Dat kan zijn omdat men meer opvolging geeft aan basisregels. Het kan in de allereerste groep ook deels komen door de boostervaccinatie. Het testgedrag heeft hier natuurlijk invloed op. Maar u ziet dat die trend in ieder geval duidelijk aanwezig is.

Als u dan kijkt naar hoe zich dat vertaalt naar ziekenhuisopnames per cohort, dan krijgt u deze grafiek. Aan de rechterzijde ziet u die voor de ic-opnames. Het is duidelijk dat de meeste personen die worden opgenomen zo boven de 50, 60 jaar zijn en dat in de ziekenhuizen ook de groep boven de 80 een belangrijk onderdeel is, terwijl je diezelfde groep eigenlijk niet meer terugziet op de ic, domweg omdat we weten dat de prognose van een ic-behandeling van een dermate oud iemand buitengewoon slecht is. Daar is dus een beoordeling op. Maar u ziet verder dat het zich allemaal redelijk naar elkaar voegt en dat de ic-opnames de ziekenhuisopnames volgen, zij het met een factor een vijfde.

Hoe vertalen de huidige meldingen zich dan naar de prognose voor de ziekenhuis- en ic-opnames de komende week? U ziet het beeld over enige maanden weergegeven. Duidelijk is dat de voorspelling aangeeft dat er een daling verwacht wordt; dat is de blauwe lijn met het onzekerheidsinterval in blauw daaromheen weergegeven. De actuele punten die we hebben – dat zijn de dagelijkse meldingen van personen naar het ziekenhuis en personen naar de ic – volgen inderdaad heel redelijk deze lijn. De verwachting is dus dat we de komende week een verdere daling zullen zien van het aantal ziekenhuis- en ic-opnames. Dat is natuurlijk belangrijk. Dat hadden we graag voortgezet.

Dan ga ik nu met u door over de omikronvariant, want dat is er één waar we in ieder geval niet zorgeloos naar kunnen kijken, ook al moet ik daar meteen aan toevoegen en zal ik u ook illustreren in de komende slides dat we ook een heleboel dingen nog niet weten. Er zijn een heleboel dingen die we wel willen weten, omdat die uiteindelijk voor de exacte modellering van de effecten binnen Nederland essentieel zijn. Dat begint al met de vraag: is de omikronvariant besmettelijker? Dan zult u zeggen: nou, dat is een open deur, want de verspreiding is veel sneller. Dat klopt ook, maar een snellere verspreiding kan ook het gevolg zijn van het tweede punt dat hier genoemd staat, namelijk dat de bescherming die we hebben opgebouwd door een natuurlijk doorgemaakte infectie c.q. vaccinatie tegen omikron minder actief is en minder bescherming biedt. Dat heeft uiteindelijk tot gevolg dat die zich sneller verspreidt. Dan hoeft de absolute besmettelijkheid in de zin van het basisreproductiegetal niet eens anders te zijn dan delta, want delta verspreidt zich ook snel, maar die wordt heel vaak afgeketst omdat iemand gevaccineerd is of omdat iemand de infectie al heeft doorgemaakt. Als omikron zich daaraan onttrekt, kunt u zich voorstellen dat het resultaat uiteindelijk is dat die zich sneller verspreidt. Daar is inmiddels enige informatie over uit Engeland. Daaruit denkt men te kunnen afleiden dat het vooral het tweede punt is, dus dat hij zich onttrekt aan die bescherming, en dat het niet zozeer is dat hij een nog hoger reproductiegetal heeft dan delta. Maar nogmaals, het resultaat is uiteindelijk hetzelfde, namelijk een hele snelle verspreiding van deze omikronvariant.

Dan het meest essentiële gegeven dat we nog missen, ook al komen daar inmiddels ook de eerste data; ik zal u laten zien wat Denemarken gisteren rapporteerde. Dat betreft het ziekmakend vermogen. Uit Zuid-Afrika komen nog wel berichten. Ik zag gisteren op CNN ook weer dat het daar

toch mee leek te vallen met ziekenhuisopnames. Daar moet ik wel een noot bij plaatsen. U kunt zich voorstellen dat als in Zuid-Afrika de verspreiding nog met name onder de jongere groepen is, en dat is zo, je daar dan natuurlijk überhaupt minder ziekenhuisopnames verwacht. Als je dat dan even gaat vergelijken – eerder zagen we 1% en nu is het een tiende procent – dan is dat geen enkele garantie dat wanneer het virus ook in Zuid-Afrika de oudere groepen bereikt, de ziekenhuisopnames niet alsnog op hetzelfde niveau komen, helaas. Ik had natuurlijk graag ander nieuws gebracht, maar dit is hoe je het moet analyseren, denk ik. Een laatste punt van groot belang betreft de boostervaccinatie. Dan neem ik u eerst mee naar de situatie in Zuid-Afrika. Hier kunt u de verschillende golven in de tijd zien. Dat is die inzet. In rood ziet u helemaal aan het eind de opkomst van de omikronvariant. In de grafiek linksonder is die dan als het ware uitgezet tegen de ontwikkeling van de delta en de andere varianten. Zij hebben vooral bèta gehad, niet zozeer alfa. Dan ziet u dat die omikronvariant zich blijkbaar met een nog grotere snelheid kan verspreiden.

Dan is er een tweede toevoeging. Ik doe die ook met tegenzin, maar u moet zich realiseren dat Zuid-Afrika aan de vooravond van de zomer staat. Dat is dus geheel anders dan bij ons, waar het virus de wind in de rug heeft van het seizoenseffect. Dat geldt voor Zuid-Afrika eigenlijk omgekeerd. Desalniettemin ziet Zuid-Afrika deze toename.

Dan het tweede. Dat is wat de grafiek toont aan de rechterzijde. Op de x-as ziet u weer de tijd, op de y-as het aantal mutaties ten opzichte van de moederstam. Dan ziet u dat de omikronvariant er eigenlijk helemaal buiten valt en als het ware veel hoger uitkomt. Het aantal mutaties ligt rond de 50. Dat zijn niet alleen mutaties, maar soms zijn het ook deleties. Dat wil zeggen dat een stukje RNA ontbreekt. Maar het gevolg is in ieder geval dat er zo'n dertigtal in dat spike-eiwit zit, dat bindt aan de receptor op de celmembraan. De zorg is dat dit door die mutaties misschien veel makkelijker bindt dan de eerdere varianten. Dat weten we nog niet. Ik heb u dit plaatje vorige week ook laten zien, dacht ik. De blauwe, rode en groene bolletjes in de verschillende mutanten geven de veranderingen weer. Het is duidelijk dat de omikronmutant aan de buitenbovenzijde, waar die bindt aan de zogenaamde ACE 2-receptor op de celmembraan, een heleboel mutaties, veranderingen van aminozuren, kent. Dat maakt driedimensionale structuren, waardoor de mogelijkheid van aanhechten mogelijk sterker is.

Wat ik nog heb toegevoegd, zijn data die daarna bekend zijn geworden. Wanneer gekeken wordt in het bloed, met name naar antistoffen, dus met serum, van personen die zijn gevaccineerd of die de infectie hebben doorgemaakt, kun je een relatief eenvoudig experiment doen. Je pakt een celweek. Als je daar dan virus bij doet, zal dat virus in die cellen gaan vermenigvuldigen. Dat leidt er bijvoorbeeld toe dat die cellen kapotgaan. Dat kun je onder de microscoop bepalen. Vervolgens doe je het serum erbij van een patiënt die net een infectie heeft gehad of die is gevaccineerd. Dan kijk je naar de mate waarin dat bloed remt dat die cellen kapotgaan. Je voorkomt dus als het ware met je antistoffen dat het virus naar binnen kan gaan. Dat noemen we een neutralisatietest. Daarmee kunnen we uitdrukken hoe goed de antistoffen beschermen tegen het naar binnengaan van het virus. Dat is eigenlijk waarom we die antistoffen hebben.

Wat in die reageerbuis, dus in vitro, wordt gezien – voor de duidelijkheid: dat is niet in mensen, maar in vitro – is dat de kracht van serum, van antistoffen, om dit virus te neutraliseren, dus om te voorkomen dat het die cellen binnengaat, zo'n factor 20 tot 40 lager ligt bij omikron dan wanneer je precies hetzelfde experiment doet bij alfa of delta. Het komt daarmee ook onder wat wij denken dat de neutraliserende titer, dus de concentratie van antistoffen in het bloed, is in de normale situatie. Dan begrijpt u meteen dat we, wanneer we kijken en zeggen dat dit virus zich onttrekt

aan de afweer, daar ook een biologisch substraat voor hebben. Ik wil benadrukken dat antistoffen maar één deel van het afweersysteem zijn. Gelukkig zijn we behept met vele onderdelen, waaronder ook de T-cellen. De T-cellen hebben een veel bredere manier van reageren tegen virusgeïnfecteerde cellen, dus dat is in een ander stadium van de infectie, maar desalniettemin. T-cellen zijn ook een belangrijk onderdeel van die afweer. We weten eigenlijk nog niet hoe die T-cellen al dan niet kruisreageren en of ze kunnen voorkomen dat omikron van de ene cel doorgaat naar de andere. Dus dat zijn dingen die we de komende week, weken nog moeten leren, maar die ook weer bepalen hoe we tegen de ontwikkeling van omikron aankijken.

Ten slotte op de inzet met de landen ziet u dat omikron eigenlijk overal al is. U heeft ook gelezen dat hij in een land als Noorwegen al 10%, 20% uitmaakt, terwijl de Noren altijd een uiterst strak beleid hebben gevoerd. Ik noemde u net al de getallen uit Engeland, Londen. Gisteren was de verwachting al tegen de 45%. Als u zich realiseert dat de toename per tweeënhalve, drie dagen een verdubbeling is, dan kun je verwachten dat Londen bij wijze van spreken in het weekend al bijna helemaal omikron is. Ik wil helemaal niet alarmistisch klinken, want dat is zeker niet mijn bedoeling, maar ik geef wel aan dat dit toch een serieus iets is. Hoe moedeloos we inmiddels ook zijn van dat hele coronavirusgedoe, is dit toch een waar we ons weer toe moeten verhouden.

Dan geef ik u de gegevens van Engeland. Ook voor Engeland geef ik u weer even weer de snelheid van toename ten opzichte van de eerdere varianten. Dat is de grafiek aan de linkerzijde. U ziet in groen weergegeven de omikronvariant. U ziet dat die in Engeland een verdubbeling kent van tweeënhalve tot drie dagen. Dat getal van tweeënhalve tot drie dagen is ook uit de getallen in Denemarken gekomen. Waarom kunnen Engeland en Denemarken dit bij uitstek berekenen? Dat komt omdat Denemarken alles sequencet wat langskomt. Die hebben gewoon een bredere sequentieanalyse, pakken daardoor de meeste monsters op en zien in feite eenzelfde soort toename. In Engeland is de gewoonte om tegen de 20% ruim te sequencen, wat ook veel is. Dat maakt dat men ook eerder bevestigen kan wie wel of niet omikron heeft. Overigens kunnen wij ook met een zogenaamde S-gene dropout PCR ... Dat is een bepaalde PCR die zich richt op het genetisch materiaal van het S-eiwit. Vanwege de mutaties toont die PCR of het al of niet een afwijkende en potentieel omikronmutant is. Dat doen we in Nederland, voor de duidelijkheid, ook. Dat geeft veel sneller een indruk. Vandaar dat we in Nederland ook wel degelijk een goede indruk hebben. Maar de Engelsen en de Denen hebben dat veel uitgebreider en hebben daar dus meer absoluut zicht op. U ziet aan de rechterzijde nog even weergegeven in verschillende kleuren hoeveel is binnengekomen via reizigers en hoeveel de verspreiding inmiddels is onder de bevolking. Rood is verspreiding onder de bevolking zonder een evidente link met iemand die bijvoorbeeld in Zuid-Afrika geweest is. U ziet dat rood het overneemt van het aandeel reizigersimport. Dat betekent dus dat het in Engeland onder de bevolking rondgaat, zonder dat je voor al die gevallen nog kan terugvinden of het inderdaad ook een introductie vanuit bijvoorbeeld Zuid-Afrika geweest is.

We hebben in ieder geval op grond van deze getallen voor Nederland doorgerekend wanneer we met de huidige snelheid in Nederland ongeveer kunnen verwachten dat die omikronvariant dominant is geworden. U ziet dat we... Nogmaals, dit betreft schattingen. Het kan dus best dat dit de komende tijd gaat veranderen. Maar we weten dat het rond 1 december in Nederland ongeveer 1 op de 1.000 gevallen betrof, dus 0,1%. Inmiddels zal dat zeker, bijvoorbeeld in een stad als Amsterdam, hoger liggen, maar dat is even het gemiddelde op dat moment. We kennen de groeisnelheid. Dan ziet u dat we rond begin januari op een punt komen dat we denken dat die omikron de meerderheid van de gevallen in Nederland zal bepalen. Dat is al relatief snel.

Dan nog een aantal slides met informatie uit Engeland en Denemarken over de eerste gegevens die zij gepubliceerd hebben – dat is allemaal van afgelopen weekend en gister – met betrekking tot de verspreiding van de omikronvariant. Allereerst heeft men in Engeland gekeken: is de verspreiding van omikron inderdaad sneller dan de niet-omikron, bijvoorbeeld delta of alfa? Wat u hier op drie manieren... Ik heb het uit het rapport gekopieerd. U ziet het rapport aan de rechterzijde. Dat staat gewoon op het net. U kunt het downloaden, als u dat wilt. Ik heb het op drie manieren even overgenomen. Wat in wezen elke wijze van analyse in Engeland toont, is dat het ergens tussen de twee tot drie keer sneller verspreidt dan de deltavariant. Misschien het meest inzichtelijk het tabelletje linksboven. U ziet daar voor delta weergegeven het percentage secundaire gevallen na introductie in een household- versus een niet-householdcontact. U ziet dat het rond de 11 en 3% ligt. Wanneer men hetzelfde nagaat voor de omikronvariant, dan ziet u dat dit rond de 22 en 4% ligt. Dan zijn er nog een aantal wijzen. Je kan ook kijken wat de kans is dat je een casus wordt na contact of naar andere manieren van berekenen, maar in wezen tonen die allemaal die twee tot drie keer snellere verspreiding van de omikronvariant.

Dan heeft men in Engeland, omdat ze daar meer getallen hebben, ook al gemodelleerd naar het aantal patiënten dat potentieel te verwachten is als men niks zou doen of als men bepaalde maatregelen treft. Dat ziet u op deze slide weergegeven. Dit is een rapport dat maandagmiddag op het net werd geplaatst. Het heeft nog geen peerreview gekregen, voor de duidelijkheid, maar het is een modelleringsrapport van een zeer respectabele groep in Londen. Die hebben verschillende scenario's gemodelleerd. Ik zal het u zo tonen, maar dit is even uit de samenvatting van het rapport gelicht. In een relatief gunstig scenario, waar overigens nog wel extra stappen op te zetten zijn, voor de duidelijkheid, verwacht Engeland – ik beschouw dat dan maar even als ongeveer vier, viereenhalf keer Nederland, qua populatie – rond de 2.400 ziekenhuisbedden in de piekperiode. Als je dat naar een bevolkingsgroep in Engeland vertaalt, dan ziet u dat je op potentiële ziekenhuisopnames en afgeleid daarvan misschien ic-opnames komt die echt buitengewoon hoog liggen. Dat overstijgt in ieder geval de eerste piek die we gehad hebben. Want we hebben toen een dag of vier tot zeven zo'n 125 ic-opnames per dag gehad. Het is modelleren, voor de duidelijkheid. Ik wil ook benadrukken: er ontbreken nog steeds data. Men gaat er in deze modellering van uit dat het ziekmakend vermogen van omikron gelijk is aan delta. Dat zullen we moeten afwachten, want als dat minder is, gaan de getallen er natuurlijk gunstiger uitzien. Maar ik geef het u toch mee als een modellering van potentiële scenario's.

Dan ziet u hier weergegeven vier verschillende scenario's waarin gevarieerd wordt de mate dat een boostervaccinatie helpt en de mate waarin omikron zich kan onttrekken aan de huidige afweer ten gevolge van natuurlijke infectie of vaccinatie met twee keer een vaccin, dus de huidige vaccinatierreeks. Dat ziet u hier voor vier verschillende situaties uitgerekend, waarbij de meest gunstige situatie aan de linkerkant staat. Dus die rode lijntjes met de onzekerheidsinterval geven dat getal dat ik u net toonde, namelijk die 2.400 voor Engeland. Maar u ziet dat wanneer je naar het meest pessimistische scenario gaat – nogmaals, dat hoeft helemaal niet te gebeuren, maar dit is scenario-denken, om toch een gevoel te krijgen waar je je eventueel op moet voorbereiden – ook in Engeland die getallen heel erg hoog zijn. U heeft waarschijnlijk ook de nieuwsberichten uit Engeland gevolgd. Neil Ferguson, degene die in Engeland alles modelleert en uitrekent, heeft er ook op gewezen dat je dan op aantallen komt die het aantal beschikbare bedden toch wel overstijgt. Nou kan je gelukkig een heleboel doen. Maar dit is ook om toch enigszins de urgentie van omikron aan te geven, terwijl de verspreiding op dit moment nog heel erg laag is.

Verder is het ook vertaald naar infecties en overlijdens. De ziekenhuisopnames is denk ik het getal dat we het meest helder allemaal voor ogen hebben. Deze modellering is in ieder geval niet geruststellend. Ook al zijn er, nogmaals, nog vele zaken onbekend, zoals hoe ziek maakt het nou eigenlijk en in welke mate kunnen de T-cellen ook bijdragen aan de afweer, waar die misschien door de antistoffen tekortschiet?

Dan een plaatje waar ik toch even rustig met u doorheen wil lopen, omdat het wel van belang is om dit goed te begrijpen. Dit is namelijk de achtergrond van de boosters zoals die nu worden opgeplust. U heeft waarschijnlijk gehoord dat tussen nu en de tweede, derde week van januari zo'n 8,8 miljoen boosters worden gezet, in de huidige planning. Dat zijn er een heleboel. Dat doe je natuurlijk niet zonder reden. Ik wil u aan de hand van deze twee grafieken even meenemen in wat daar precies de achterliggende gedachte van is. Laten we beginnen bij wat de linker grafiek weergeeft. Op de x-as ziet u de tijd, in dit geval het aantal weken na de tweede vaccinatie. En u ziet de effectiviteit van die vaccinatie tegen ziekte met klachten, dus echt ziek zijn door omikron, zonder dat dit ernstige ziekte is.

U ziet hier dat bij twee keer een vaccinatie met AstraZeneca de effectiviteit tussen twee en negen weken na die twee vaccinaties iets van 75%, 80% is. Dat is dat eerste blokje. U ziet dat dit in de loop van de tijd wat terugloopt. Dat klopt. Dat weten we. Dat ervaren we nu ook bij delta. Dit is de activiteit tegen delta. Voor ziekenhuisopnames is die minder groot dan voor infecties met klachten. Maar ook al is het minder groot; dit is wel de reden dat we nu booster.

U ziet dat het terugloopt. U ziet dat het vierkantje na de booster weer heel erg omhoog beweegt. Met andere woorden, die booster geeft een beschermend effect tegen klachten door een infectie met de deltavariant. Tegelijkertijd staat in dezelfde grafiek met de grijs ingevulde bolletjes weergegeven wat de activiteit tegen het omikronvirus is. Het is zelfs negatief. Dat komt natuurlijk door de grote onzekerheidsmarge en de geringe aantallen. Bij het laatste bolletje voor de booster ziet u dat de activiteit na twee keer AstraZeneca tegen de omikronvariant in feite afwezig is. Voor de duidelijkheid: dit zijn patiëntendata. Dit zijn niet meer reageerbuisdata.

Tegelijkertijd ziet u dat als je boostert tegen een AstraZeneca-achtergrond, het omhoog springt en er weer zo'n 75%, 80% activiteit ontstaat van de booster: een beschermende werking tegen het krijgen van een infectie met klachten. Dan verwachten we eigenlijk ook dat de activiteit tegen ernstige ziekte en ic-opnames nog hoger ligt, want dat is het beeld dat we al vanaf het begin hebben. Het is moeilijker om een gewone infectie te voorkomen dan een ziekenhuisopname.

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

Even een technische vraag. Hoor ik meneer Van Dissel nou goed zeggen dat er bij Astra geen enkele bescherming is tegen omikron? Of heb ik nu een paar woorden overgeslagen?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat heeft u niet. Voor klachten bij een infectie biedt het, zoals u hier ziet, in Engeland – want het zijn Engelse data – geen beschermende werking. Ik wil nogmaals benadrukken dat dit niet hoeft te betekenen dat het helemaal niks zou doen tegen ziekenhuisopnames, dus tegen ernstiger ziekte en tegen ic-opnames. Die getallen hebben we gewoon nog niet. Dit zijn de eerste getallen die van zo'n kleine 600 patiënten in Engeland naar boven zijn gekomen. Zoals ik u net al noemde, is de verspreiding in Engeland inmiddels zo groot, dat we verwachten dat we eind deze week misschien veel meer getallen hebben, en dan ook over ziekenhuis- en ic-opnames. Dan zou het best kunnen dat twee keer een vaccinatie met AstraZeneca daar wel enige activiteit tegen heeft. Maar de belangrijkste

reden dat ik u dit laat zien, is vanwege het effect van die booster. Premier Johnson zegt: twee keer het oude vaccin is onvoldoende, het gaat om die booster. Dan vertaalt hij in wezen in algemene taal de interpretatie van deze grafiek.

Hetzelfde ziet u aan de rechterzijde voor de Pfizervaccinaties. Ook daar ziet u dat de initiële activiteit hoog is, dat die in de loop van een halfjaar wat afneemt en na de booster weer omhoogschiet. Voor Pfizer ziet u dat het effect tegen een infectie met klachten niet nul is, maar wel terugloopt bij omikron, maar opnieuw na de booster geweldig opgepept wordt.

**De voorzitter:**

Meneer Van Dissel, nog een technische vraag van meneer Van Houwelingen.

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

Een heel korte technische vraag, zodat ik het goed begrijp. Wat betreft het plaatje dat u net uitlegde: begrijp ik goed dat je eigenlijk beter beschermd bent tegen de omikronvariant als je niet gevaccineerd bent met Astra-Zeneca dan wanneer je dat wel bent? Want het is toch een negatief getal.

**De heer Van Dissel:**

Nee, dat is volstrekt niet juist. Je bent gewoon niet beschermd. De getallen daarvoor zijn heel klein. U ziet dat de onzekerheidsmarge in dit geval door nul gaat. Je hebt geen negatieve werking. Nee, dat kunt u daar niet uit aflezen. Ik vermoed dat die schatting beter wordt als we een week verder zijn, omdat er dan meer getallen zijn. Dan zult u zien dat het zich allemaal naar nul begeeft.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**De heer Van Dissel:**

Ik maak nog even het verhaal over Pfizer af. Dat ziet u aan de rechterzijde. Twee vaccinaties geven een heel goede bescherming. U ziet dat dit ook voor delta wat terugloopt. Dat is ook wat we ervaren. Nogmaals, dat is een bescherming tegen klachten thuis bij een infectie en niet tegen ziekenhuisopnames, want daartegen is de beschermende werking domweg hoger. Ook hier ziet u het gunstige effect van de booster tegen een infectie met klachten door de deltavariant, maar ook wat betreft een infectie door de omikronvariant wordt het effect in belangrijke mate omhooggestuwd.

Hier wordt natuurlijk niet uit duidelijk hoelang dat effect dan aanhoudt. Dat zal opnieuw moeten blijken uit getallen. Maar het suggereert en toont in ieder geval wel dat het geven van een boostervaccinatie – misschien zelfs het liefst zo snel mogelijk, voordat die omikronvariant zich gaat verspreiden en mensen ziek gaat maken – momenteel de beste bescherming geeft tegen ziek worden bij infectie, en daarvan afgeleid een nog hogere bescherming tegen ziekenhuis- en ic-opnames. Dat is natuurlijk wat iedereen verwacht op grond van wat we tot nu toe bij de deltavariant hebben gezien.

Ik noem nogmaals de disclaimer dat dit de eerste getallen zijn. Maar het is op zich natuurlijk goed dat Public Health Engeland die wel meteen deelt met de rest van Europa en de wereld, want het zijn belangrijke getallen, omdat ze ook tonen hoe we potentieel die heel grote golf van ziekenhuisopnames toch kunnen verminderen. Als die golf zo groot is omdat deze virusvariant zich zo snel kan verspreiden, is dit natuurlijk een aangewezen wijze om dat te doen, wellicht naast andere maatregelen.

Ik heb u al genoemd – en dat wil ik echt benadrukken – hoeveel onzekerheden er nog zijn. We weten niet zeker hoe ziekmakend die omikronvariant is. U kunt zich voorstellen dat als die weinig ziekmakend zou zijn, het

verhaal over hoeveel ziekenhuisopnames er uiteindelijk te verwachten zijn natuurlijk anders is. Dat is logisch. We weten al helemaal niet hoe ziekmakend die is in de zin van ic-opnames. Kortom, we moeten daar nog een heleboel van leren. Maar dat die variant zich sneller verspreidt, staat met de getallen uit Engeland, maar ook uit Denemarken – die zal ik u nu laten zien – volgens mij buiten kijf.

Ik heb u ook al genoemd dat we ons erg op die antistoffen focussen. Die zijn natuurlijk makkelijk te meten. Daar hebben we gevalideerde testen voor. Maar ik wil wel benadrukken: antistoffen zijn maar één onderdeel van het hele afweersysteem. De evolutie heeft niet voor niks die T-cellen bedacht. Het zou dus best kunnen dat die T-cellen ook voor een belangrijk deel van de afweer zorgen en dat je toch nog meer kruisreactiviteit kan verwachten. Ook dat is iets wat we nu nog niet weten en wat echt nog bekend moet worden.

Dan wil ik eindigen met een plaatje uit een rapport van Denemarken, dat volgens mij pas half januari officieel uitkomt, maar goed. Dit is wat er in ieder geval gisteren al gedeeld werd. U ziet allereerst linksboven het oplopende aantal gevallen van besmettingen met de omikronvariant. Zij geven aan dat dit momenteel zo'n 11% van de gevallen in Denemarken is. Dat is toch al een behoorlijk aandeel. Voor de duidelijkheid: in Nederland hebben we inmiddels zo'n 100, 120 bevestigde gevallen en zitten we uitgerekend een stuk lager. Aan de andere kant zien wij in Nederland natuurlijk ook niet alles. Denemarken ziet dat beter, denk ik. Die zitten rond de 11%. Denemarken heeft ook het tabelletje aan de onderzijde gepubliceerd, waarin u het totale aantal virusvarianten ziet, behalve omikron. U ziet omikron apart. Ik kan het vanaf hier moeilijk lezen, maar ik dacht dat het bijna 90.000 tegen 4.500 is. U ziet ook de ziekenhuisopnames in de onderste rij. Dat zijn er zo'n 677 versus 29.

Waarom laat ik u dit zien? Allereerst om te laten zien dat er ook in Denemarken natuurlijk opnames zijn van personen die besmet zijn met de omikronvariant. We weten inmiddels dat dit in Engeland ook het geval is. Wanneer je in Denemarken het percentage opnames na een besmetting met de niet-omikronvariant versus de omikronvariant berekent, zie je dat dit percentage bijna gelijk is, namelijk rond de 4% tot 5% in deze groep. Dat betekent dus dat het percentage ziekenhuisopnames bij de omikronvariant niet nul is. Dat zou je misschien wel verwachten als het echt een heel mild ziektebeeld is. Opnieuw geef ik bij de interpretatie van deze getallen de waarschuwing dat die wel kritisch afhankelijk zijn van waar die infecties zich bevinden. Even heel gechargeerd gezegd: stel dat de omikron vooral bij de 70-plussers zou voorkomen en de andere bij de 20-jarigen, dan krijg je natuurlijk een heel ander beeld dan wanneer het net andersom is. Dat zijn allemaal getallen die de komende dagen en weken beschikbaar gaan komen, want ook in Denemarken zien we een hele snelle toename van omikron. Er is opnieuw een vermenigvuldiging per drie tot vier dagen. Dat betekent dat ze donderdag op 20 zitten en maandag op 40, en gaat u zo maar door. Dat levert uiteindelijk het juiste beeld op, maar dat is nu domweg nog te vroeg. De ziekenhuisopnames lopen natuurlijk toch zeven tot tien dagen achter.

Ik denk dat ik hier maar mee moet afsluiten. Nadat ik het gedeelte over omikron afsluit, zal ik nog heel even de adviezen noemen. Wat we weten stelt niet gerust. Dat is, denk ik, de hele korte samenvatting. Maar we weten een heleboel nog niet. Het kan nog relatief gunstig uitpakken, maar wanneer je de omikronvariant met de delta en de alfa vergelijkt en aanneemt dat het biologische gedrag van deze nieuwe variant ongeveer gelijk is, hebben we toch te maken met een virus dat zich potentieel zeer snel verspreidt. Alleen al door de snelle verspreiding maakt het een heleboel personen in een korte periode ziek en daardoor zal het dus ook de zorg belasten. Je wilt er toch nu al maximaal op inzetten dat dat wordt voorkomen. Dat is de reden geweest om in het weekend – dat heeft u gehoord – al een heleboel werk te verzetten voor het versnellen van die

boosterscampagne met ruim 8 miljoen boosters tot ergens medio januari. Dan worden ze enerzijds vroeg gezet, voor de golf van omikron, wat waarschijnlijk gunstig is. Als je ze veel eerder zet, dan is het effect ervan misschien minder. Tegelijkertijd moet je dat natuurlijk allemaal nog wel waar zien te maken.

Wat waren dan de adviezen van het OMT? Enerzijds zijn die tegen de delta gericht, maar anderzijds hadden we de omikron natuurlijk in gedachten, die zich aan de horizon bevindt en op ons afkomt. Het advies is om de huidige maatregelen voort te zetten, want we moeten de ziekenhuiszorg toch nog verder ontlasten. We kunnen nog niet alle reguliere zorg leveren. Dat heeft u net ook van collega Kuipers gehoord. Het advies is dus om daarmee door te gaan.

Ten tweede hebben we het advies ten aanzien van scholen herhaald. Daarbij was het probleem, om het nog even samen te vatten, dat de scholen de dag voor de kerstdagen stoppen en dat er op scholen – dat heb ik u ook laten zien – in de bovenbouw van de basisschool behoorlijke verspreiding van de deltavariant is. Dat brengt risico's met zich mee. We denken dat we die risico's kunnen verminderen door de kinderen eerder in een aparte bubbel te krijgen, waardoor de kans dat ze tijdens de kerstdagen nog geïnfecteerd zijn domweg kleiner is. Voor de duidelijkheid: dan moet je de zorg natuurlijk niet bij de grootouders onderbrengen. Dat moge ook helder zijn. Dat advies heeft wat ons betreft alleen maar meer waarde gekregen door de omikronvariant. Als u ziet hoe snel de omikron zich verspreidt, kunt u zich voorstellen dat het een behoorlijke verspreiding zou betekenen als de omikron zich ook in klassen zou vestigen, omdat daar nu zo veel infecties zijn. Dat wil je eigenlijk gewoon niet, dus ik denk dat dat het alleen maar onderstreept.

We kunnen met betrekking tot de omikron uiteraard ook voor Nederland de modelleringen maken. Die hopen we aanstaande vrijdag te hebben. We kunnen dan doorgeven naar hoeveel gevallen we in Nederland kijken en hoe snel het in Nederland zal gaan. Want de omikron werd in Nederland, anders dan in Engeland en Denemarken, geïntroduceerd op een moment dat wij al behoorlijk wat dingen gaande hadden, zoals de avondlockdown, en noemt u maar op. In Denemarken, en met name in Engeland, had men natuurlijk toch al freedom day gevierd. Daar waren de maatregelen eigenlijk verlaten. Die zijn nu overigens weer aangescherpt, maar toen de omikron kwam, kon het virus zich daar dus wat dat betreft nog sneller verspreiden. Bij ons is het dus nog lager, maar we verwachten dat het ook in Nederland toeneemt.

Op de volgende sheet staan dezelfde adviezen nog even in tekst. Dan beschouw ik de rest even als bonus. Ook worden nog de modelleringen vanuit het transmissiemodel genoemd. Die geven uiteindelijk dezelfde indruk als het model op basis van de meldingen. Ik heb een aantal dingen toegevoegd, zoals de Europese situatie en wat extra slides over de punten die u eerder ook wilde horen.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank, meneer Van Dissel. Meneer Wassenberg heeft mij gevraagd of hij de eerste vraag mag stellen, omdat hij heel snel weg moet. Als niemand daar bezwaar tegen heeft – ik kijk even om mij heen en zie dat dat niet het geval is – dan geef ik als eerste het woord aan de heer Wassenberg. Daarna gaan we het rijtje af.

**De heer Wassenberg (PvdD):**

Dat is fijn. Heel veel dank, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel. Ik zal proberen mijn vraag kort te houden. Omikron is het grote vraagteken. We weten dat het een verandering teweeg gaat brengen, maar we weten nog niet hoe groot die verandering is. We hebben bij de vorige presentatie allerlei voorspellingen gezien over ziekenhuisopnames en ic-opnames,



maar we weten dat die met de komst van omikron eigenlijk al achterhaald zijn. Omikron zal een gamechanger worden. Wanneer verwacht het OMT volgens de heer Van Dissel meer te weten over omikron en de te verwachten ziekenhuisopnames? Zijn we niet te laat met het nemen van maatregelen? Kijk bijvoorbeeld naar de verspreiding in Engeland. Dan zie je dat in november omikron vooral kwam van reizigers. Nu is dat niet meer het geval, want nu komt het van de bevolking. Als je nu het vliegverkeer zou sluiten, ben je te laat, omdat het al rondgaat in de bevolking. Ben je op tijd met het nemen van maatregelen als je alles eerst afwacht?

**De voorzitter:**

Meneer Van Dissel, een kort antwoord.

**De heer Van Dissel:**

Natuurlijk. Dit is een belangrijke vraag. Het punt is gewoon dat wij op grond van evidence maatregelen willen adviseren. Je wilt proportioneel reageren, maar een heleboel dingen zijn gewoon nog onbekend terwijl die wel in zeer belangrijke mate bepalen in welke richting u maatregelen zal willen nemen. De boosters vonden we eigenlijk een zo voor de hand liggend iets, dat het acuut is opgepakt. U heeft het programma gehoord. Ik denk dat het zeer ambitieus is en dat het zeer versnelt ten opzichte van wat er eerder lag. Ik doel op zo'n 8,5 miljoen vaccins voor de derde week van januari. In de eerste modelleringen, die gewoon nog te onrijp zijn, zie je het probleem van omikron op de zorg daarna ontstaan. Maar ook dat is gebaseerd op getallen, deels uit Engeland en deels uit Denemarken. Uiteindelijk wil je toch de getallen uit je eigen context hebben. Vandaar dat we daar gewoon nog deze week voor nodig hebben. Dat betekent dat we het vrijdag ook gaan hebben over of je nog meer moet doen behalve de boosters. Daar kan ik natuurlijk niet op vooruitlopen, maar dat ligt wel in de lijn der verwachtingen. Dat zal toch heel erg afhangen van wat volgens onze berekeningen de problemen voor Nederland gaan worden. Nogmaals, die moet je echt wel in de context van het land zelf plaatsen. Het is te makkelijk om vanuit het buitenland iets te roepen over wat te doen, want de aanpakken zijn gewoon verschillend.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Meneer Van Haga.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een vraag over de oversterfte – dat staat op pagina 16 – die ontzettend toeneemt en lastig te verklaren is. Ik las een onderzoek van de Universiteit van Londen. Dat toont aan dat door verkeerde registratie een groep vaccinatiedoden buiten zicht blijft. Dat komt doordat mensen pas twee weken na hun vaccinatie als gevaccineerd worden aangemerkt. Zodra dat gecorrigeerd wordt, is een duidelijke sterftepiek waarneembaar na de eerste dosis en ook na de tweede dosis. Kent u dat onderzoek? Speelt dit registratieprobleem ook in Nederland? Zou het mogelijk zijn dat die toegenomen oversterfte, te zien op pagina 16, in de laatste maanden in ieder geval gedeeltelijk hierdoor te verklaren is?

**De heer Van Dissel:**

Ik moet u voor oversterfte en een analyse daarvan echt verwijzen naar het CBS. Dat heb ik vorige week ook moeten antwoorden, maar het is niet anders. Wij hebben die getallen niet. Op grond van privacywetgeving hebben we daar geen toegang toe. De analyse van de sterftegetallen, in de diepte, ligt dus echt bij het CBS. Dat komt met die analyse, zoals u weet, maar daar zit altijd vertraging in. Daar kan ik geen invloed op uitoefenen.

**De voorzitter:**  
Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Naar aanleiding van het aannemen van de motie-Agema over aerogene transmissie is er onderzoek gedaan door het RIVM. Ik ben het RIVM heel erg dankbaar voor het rapport dat nu op tafel ligt. Ik vind het ook goed om te lezen dat uit de berekeningen blijkt dat meer ventileren leidt tot een kleinere kans op het krijgen van COVID-19 via aerogene transmissie, en dat ventileren het risico op aerogene transmissie niet helemaal voorkomt. Dat hebben we natuurlijk ook nooit gesteld. Maar ik vond het eigenlijk heel heftig om te lezen dat het aantal besmettingen in clubs wel 70% lager kan zijn bij de juiste ventilatie. Is de heer Van Dissel bereid om dit rapport niet in een la te laten verdwijnen maar mee te nemen in zijn adviezen richting het kabinet?

**De heer Van Dissel:**

Nee, zeker, er gaat niks in een la, want u heeft gezien dat het zelfs in een persbericht naar buiten is gebracht. Maar ik zeg wel dat je dit opnieuw in context moet plaatsen. Wat het rapport, denk ik, met name laat zien, want dat was een van de vragen, is het verschil tussen niet ventileren en ventileren volgens het Bouwbesluit. Dat is wat we altijd gepropageerd hebben, zoals u weet, en het rapport toont heel duidelijk dat dat de grootste stap geeft. Dan heb je een aantal hele specifieke situaties, waar u terecht naar verwijst, waarin je modelmatig kan tonen dat extra ventileren zin heeft. Dat volgt absoluut uit het rapport. Maar ik heb al eerder genoemd dat er helemaal niets te ventileren valt als je bij wijze van spreken een hossende massa boven op elkaar op een dansvloer hebt. Daar komt namelijk nauwelijks lucht doorheen. Hoe je dat het beste zou kunnen aanpakken, is echt iets wat je apart zou moeten onderzoeken. Maar ik denk dat dat ook de conclusie van het rapport is. Geef daar aandacht aan. Op uw vraag of we dat onder de aandacht brengen, is het antwoord: uiteraard.

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema, uw tweede vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, hartelijk dank. We weten natuurlijk allemaal dat de ontploffing van corona tijdens de carnavalsperiode is ontstaan in die hossende menigte. Mijn tweede vraag gaat toch over de kindervakantie, die een week naar voren is gehaald. Ik las vanmorgen op de site van Hart voor Nederland dat 27% van de ouders toch de kinderen naar opa en oma gaat brengen. Valt daarmee uw plannetje van die bubbel niet in het water? Werkende ouders worden zomaar geconfronteerd met een schoolsluiting en opa en oma maken een afweging van de risico's voor hen, en vangen toch de kinderen op.

**De heer Van Dissel:**

Wij hebben dit natuurlijk niet voor het eerst geadviseerd, zeg ik voor de duidelijkheid. Het antwoord is natuurlijk ja. Dit is namelijk een advies, en dat moet je niet alleen maar letterlijk lezen: we doen de school dicht en dat is het. We geven in het advies ook heel duidelijk aan dat het juist niet de bedoeling is dat de kinderen dan worden opgevangen. Het idee achter de schoolsluiting is helder, denk ik. Je wil voorkomen dat je de ene dag nog op school zit en de volgende dag kerst viert. Staat u mij toe om ook even een ander voorbeeld te noemen dat ik niet helemaal met het idee vind stroken. Als je om 17.00 uur het sporten stopt en de sporters nu om 07.00 uur afspreken – zo'n vraag had u ook kunnen stellen – past ook dat natuurlijk niet in het idee van het advies. Kijk, hoe het beleid ermee

omgaat, is niet aan mij. Maar als je dit adviseert gaat het erom dat je de contacten beperkt, zoals je nu ook de contacten tussen kinderen en grootouders wil beperken. Dat betekent dat je het probleem dus niet moet oplossen door meteen de grootouders in te schakelen of de sport te verplaatsen van 's avonds naar 's ochtends vroeg. Het gaat immers uiteindelijk om het reduceren van contacten die risico's met zich meebrengen. Vanuit de advisering moet dan dus het idee helder zijn: dat is niet de oplossing die wij zoeken; wij willen juist dat het gescheiden blijft. En nog even over die sporters: ook daarvoor geldt natuurlijk dat je nu niet alle avondactiviteiten in de vroege ochtend moet gaan proppen, waardoor het aantal contacten toch weer oploopt terwijl je dat juist wil reduceren.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Meneer Stoffer.

**De heer Stoffer (SGP):**

Mijn eerste vraag stel ik naar aanleiding van pagina 30 van de presentatie, over de verkenning van de omikronvariant. Bij de laatste bullet op die pagina geeft u aan dat de afname van de bescherming tegen infectie met omikron na een vaccinatie of een infectie met een andere variant 80% is. Wat betekent dat voor de effectiviteit van de coronapas? Zou u daar iets meer over kunnen zeggen?

**De heer Van Dissel:**

Dat is opnieuw een hele goede vraag. De coronapas is natuurlijk gebaseerd op immuniteit of afweer tegen met name de delta. De omikron zou dat zomaar allemaal kunnen veranderen. Dat betekent ook dat wij dat in het OMT opnieuw moeten analyseren. Want u heeft gelijk: als je ziet dat de afname van bescherming na een doorgemaakte infectie of na vaccinatie anders is tegen een nieuwe variant, moet je ook opnieuw naar alle huidige maatregelen kijken. Dat maakt het zo complex en ingewikkeld, maar dat betekent dat we ook moeten nagaan wat de potentieel beschermende werking van de coronapas is. U kunt begrijpen dat dat redelijk ingrijpend is, want we hebben het natuurlijk niet alleen over CTB 4 maar ook over het internationale personenverkeer en noemt u maar op. Dat is dus opnieuw iets waarvoor we echt even de tijd moeten hebben om helemaal door te denken wat daar de consequenties van zijn.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik wil u er even op wijzen dat het coronadebat is vervroegd en dus al om 12.00 uur begint. Dus wilt u het echt heel kort houden? Graag. Ik heb dat niet in de hand. Gaat uw gang, meneer Stoffer.

**De heer Stoffer (SGP):**

Ik zal mijn tweede vraag heel kort houden, voorzitter. Ik begrijp dat er tijd nodig is om het te analyseren, maar ondertussen loopt het natuurlijk wel door en wij gaan met z'n allen van alles doen met die coronapas, ik ook. Hoeveel tijd is er ongeveer voor nodig? Kan meneer Van Dissel iets zeggen over de planning van die analyse?

**De heer Van Dissel:**

Zeker. Ik heb u al genoemd dat we vrijdag een geüpdatete modellering hopen te hebben van wat we in Nederland kunnen verwachten. Ten tweede heb ik genoemd dat de omikron in Nederland momenteel gelukkig nog laag is en dat de hoofdmoot nog steeds delta is. Maar we zullen dit dus in korte tijd moeten evalueren. Dan heb ik het dus ook over een factor van een of twee weken, want daarna is de omikron dermate verspreid dat dit een relevant punt zou kunnen worden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van der Plas.

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

Dank u wel. Dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Als mensen die nog niet geboosterd zijn, positief worden getest op corona, worden zij dan als «ongevaccineerd» geregistreerd of als «gevaccineerd»?

De heer **Van Dissel**:

Bedoelt u dat ze nog niet zijn geboosterd en dat ze een infectie hebben gehad? En hebben ze wel eerder vaccins gekregen?

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

Ja, dus iemand is twee keer gevaccineerd en moet de booster nog krijgen, maar raakt besmet met corona. Wordt die dan in de statistieken als «ongevaccineerd» geregistreerd of als «gevaccineerd»?

De heer **Van Dissel**:

Ik begrijp van u dat hij al gevaccineerd is. Het gaat er dan om of aan de nu doorgemaakte infectie dezelfde waarde wordt toegekend als aan de boostervaccinatie. Ik denk dat dat eigenlijk is wat u bedoelt, want ze hebben de vaccins al gehad. Ze hebben de registratie dus al.

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

Ik hoorde een goede toevoeging van mevrouw Van den Berg. Ze worden besmet en komen in het ziekenhuis terecht; dat vergat ik erbij te zeggen. Ze worden daar geregistreerd als coronapatiënt.

De heer **Van Dissel**:

Dan worden ze als «gevaccineerd» geregistreerd, want ze zijn gevaccineerd en hebben twee vaccins gehad. Als je gevaccineerd bent en desalniettemin in het ziekenhuis wordt opgenomen, zitten die vaccins in de statistieken.

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

Even verduidelijkend: blijft dat ook zo?

De heer **Van Dissel**:

Dat zijn allemaal dingen die we voor omikron opnieuw moeten evalueren, want u verwijst natuurlijk eigenlijk naar het feit dat de vaccinaties zonder booster tegen omikron weer een andere activiteit hebben. Dat zal dus allemaal volgen. Ik denk dat de oproep nu vooral is: booster, booster, booster. We zien tot nu toe dat het helaas rond de 65% ligt. Ik denk echt dat 65% met deze urgentie niet genoeg is. Dus ik hoop dat u deelt dat we daartoe moeten oproepen, want die booster is waar het nu om gaat en gaat ook in belangrijke mate bepalen hoeveel extra maatregelen we straks nog moeten nemen. Die extra maatregelen zijn altijd weer beperkend en dat willen we niet. Dus nogmaals een oproep aan iedereen: maak gebruik van de mogelijkheid van die booster. Het gaat nu zo snel dat je bij wijze van spreken soms 's ochtends de uitnodiging kan hebben en 's middags de vaccinatie. Maak daarvan gebruik, want dat loopt allemaal voor op dit soort overwegingen. Dat gaat toch bepalen of we straks wel of niet veel meer in problemen komen. Over die delta komen we wel heen, maar op de omikron moeten we ons voorbereiden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik wil het hebben over de combinatie van sheet 26 en sheet 30. Ik heb bij sheet 26 genoteerd: hij is besmettelijker door een snellere verspreiding of door minder bescherming. Op sheet 30 geeft meneer Van Dissel aan dat het basisreproductiegetal ongeveer hetzelfde zou zijn als bij de deltavariant. Dat kan ik eigenlijk niet met elkaar rijmen.

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat begrijp ik. Ik heb het genoemd, maar misschien was het onvoldoende helder. Die sheet is bedoeld om een doorkijkje te geven naar de Nederlandse situatie. Daar hebben we aannames bij gemaakt. Die aannames zijn gebaseerd op bijvoorbeeld neutralisatietesten en dergelijke, maar dat zijn echt aannames. Dat betekent dat we die uiteindelijk moeten bevestigen, maar dat we nu wel al denken dat de afname van immuniteit belangrijker is dan een intrinsiek hoger reproductiegetal. Maar het zijn aannames.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Van Baarle.

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

Voorzitter, dank u wel. Op een aantal cruciale vragen over omikron hebben we nog geen antwoord. Ik hoor dat u vrijdag met een modellering komt. Wanneer denkt u een concreet antwoord te hebben op de cruciale vragen, bijvoorbeeld de vraag over het effect van omikron op het ziekteverloop en de ic-opnames? Wat gaat u vrijdag precies modelleren?

De heer **Van Dissel**:

Even voor de duidelijkheid: het modelleren duurt een week. We hebben er pas vrijdag inzicht in of we überhaupt voldoende gegevens hebben, want daar gaat het eigenlijk om. We kunnen best iets modelleren met allerlei aannames, maar daar neemt u geen genoegen mee. We willen op grond van data uit Europese landen, waarmee we al een vergelijking hebben gemaakt in het verleden, weten hoe ziekmakend het is en hoe snel het exact gaat. Wat ik u heb laten zien, is wat er tot en met gisteren is binnengedruppeld, en dat is natuurlijk heel beperkt. Om een robuuste modellering te maken hebben we echt meer data nodig. We zijn afhankelijk van wat er gepubliceerd wordt en van het beloop in Engeland en andere landen. Daar hebben we intensieve contacten mee – daar zit geen enkele vertraging in – maar ze moeten het wel hebben. Wat ik u nu getoond heb, is wat er beschikbaar is. We hopen dat dat vandaag en morgen nog meer wordt, zodat we uiteindelijk een robuuste modellering voor Nederland kunnen maken. Als dat nog steeds onvoldoende is, dan zullen we erbij zeggen dat we te veel aannames hebben moeten doen, waardoor het toch weer wat naar achteren moet. Het is niet anders. We kunnen niet rekenen met getallen die uit de lucht komen; dat zult u begrijpen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Paternotte.

De heer **Paternotte** (D66):

Dank u wel. Ik heb nog een vraag over het ziektebeeld bij omikron. Ik heb begrepen dat omikron een mutatie heeft opgepikt van een van de, naar ik meen, vier menselijke coronavirussen naast SARS-CoV-2, die over het algemeen als verkoudheidsvirussen gelden. Daar zou een mutatie van zijn opgepikt. Ik vraag de heer Van Dissel wat hij als infectioloog verwacht van de verdere ontwikkeling van het virus. Kan het zijn dat zo'n mutatie inderdaad leidt tot een milder ziektebeeld en is het ook de verwachting dat dit coronavirus zich ontwikkelt richting een ziektebeeld dat we van de andere menselijke coronavirussen kennen?

De heer **Van Dissel**:

Dat hoop je eigenlijk. Vier coronavirussen geven eigenlijk een hele milde verkoudheid, ook in Nederland. Ik denk wel dat deze daar nog zo ver van af staat dat ik niet verwacht dat dat nu al het geval is. Misschien is dat een ver toekomstperspectief, maar dat speelt zeker niet nu. We leren er vooral van hoe kwetsbaar we zijn in een geglobaliseerde wereld. In het Westen gaan we inmiddels voor de derde keer vaccineren, terwijl er nog gebieden zijn die naar verwachting pas in 2023 voor het eerst één vaccin kunnen krijgen. Misschien kunnen we ons dat gewoon niet veroorloven. Ik denk dat dat ook iets is waar we meer aandacht aan moeten geven: de equity op wereldniveau met betrekking tot vaccins en vaccinaties. Het huidige vaccin staat behoorlijk ver af van de omikronvariant, dus ik doe ook een oproep aan de farmaceutische industrie om zo snel mogelijk met een vaccin te komen dat wel passend is en om dat breder beschikbaar te maken dan alleen voor degenen die daar de gelden voor hebben. Het is gewoon heel complex; dat begrijpt u natuurlijk ook. Uiteindelijk hopen we dat u gelijk krijgt, maar ik denk het voor de omikronvariant nog te vroeg is om te zeggen dat dat een onschuldig verkoudheidsvirus wordt.

De **voorzitter**:

Meneer Paternotte, tweede vraag.

De heer **Paternotte** (D66):

Die gaat over pagina 3. De heer Van Dissel benoemt elke keer de basismaatregelen. Op zich is dat natuurlijk hartstikke goed. Er staan ook vier icoontjes bij die persconferentie. Een daarvan is handen wassen. Nu is handen wassen op zich natuurlijk hartstikke goed en gezond, maar na twee jaar pandemie kunnen we wel vaststellen dat handen wassen niets te maken heeft met de verspreiding van het virus. De heer Van Dissel heeft terecht benoemd hoe ongelofelijk belangrijk booster en vaccineren in het algemeen nu is om die ziekenhuizen leeg te houden. Zou vaccineren niet ook een van die basisregels moeten zijn, waarvan we ook bij de persconferentie zien dat dat als belangrijkste maatregel wordt benadrukt?

De heer **Van Dissel**:

Uitstekende suggestie.

De heer **Paternotte** (D66):

Dat we handen wassen inruilen voor het vaccineren?

De heer **Van Dissel**:

Het is natuurlijk wel zo dat die vijf icoontjes verwijzen naar meer gedragsgebonden aspecten. Vaccinatie is natuurlijk een combinatie van een keuze voor het vaccin en het vaccineren zelf.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Gündoğan.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Meneer Paternotte maakt een hele goede opmerking. Ik fluisterde hem net in z'n oor dat daar wat mij betreft eigenlijk ook nog het mondneusmasker bij hoort, want dat draagt er ook aan bij. Maar daar gaan mijn vragen niet over. Ik ben bang dat wij voorlopig nog wel zeer bezorgd moeten zijn. De boosters komen onvoldoende goed en snel van de grond, zeker als je die twee weken er nog bij optelt. Mijn 66-jarige moeder is pas 30 december aan de beurt en dan duurt het twee weken. Dus voor haar geldt dat zij half januari pas weer beschermd is. Van iets jongere vrienden, van begin 60, weet ik dat die pas half januari aan de beurt, dus pas eind januari beschermd zijn. Dat zou betekenen dat wij er serieus van uit moeten gaan

dat wij tot eind januari, afhankelijk van hoe de boostercampagne loopt, continu extreem alert moeten zijn. Ik krijg nog niet het gevoel dat dat de rekenmethode is van hoe we naar de huidige zaken kijken, zeker in acht nemend dat we nog zo weinig weten van omikron. Deelt u die zorg, meneer Van Dissel?

De heer **Van Dissel**:

Natuurlijk deel ik uw zorg, maar ik begrijp uw berekening niet helemaal. Die lijkt niet helemaal te kloppen met wat ik gisteren op de persconferentie gehoord heb en ook niet met wat ik in de kranten lees, namelijk dat de zestigers nu al zijn opgeroepen en dat die heel snel de vaccinaties krijgen. Dat moet u misschien zo dadelijk aan de Minister vragen, want dat is niet iets waar ik me vanuit de advisering mee bezighoud. Het advies is helder: doe het zo snel mogelijk. Wat ik daarover indirect – want ik ben daar niet verantwoordelijk voor – heb doorgekregen, is dat die acht komma zoveel miljoen vaccins voor de derde week van januari zijn gezet. Dat is dan tot en met 18 jaar, voor de duidelijkheid. Hoe dat strookt met wat u aan data noemt, weet ik niet, maar dat moet u straks in het debat aan de Minister vragen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Gündoğan, uw tweede vraag. Kort alstublieft.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik zal het kort houden. Hoe het zit met de data zullen we dan moeten uitzoeken, maar dit zijn de data die ik vanuit mijn nabije omgeving heb gekregen. Mijn andere vraag is: naar aanleiding van uw slides ben ik even snel gaan rekenen en kom ik uit op bijna 430.000 ongevaccineerde 60-plussers. Moeten wij niet heel snel nadenken hoe we hen niet toch kunnen verleiden zich te laten vaccineren? Dat is het grootste reservoir aan mensen dat ziekenhuis- en ic-opnames met zich meebrengt. Moeten we niet meer focus leggen op met name die groep?

De heer **Van Dissel**:

Ja, in de laatste adviesbrief van het OMT leest u terug dat wij het boven de 95 en het liefst boven de 99 willen hebben. En niet alleen specifiek voor deze leeftijdsgroep, maar voor alle leeftijdsgroepen, want die dragen uiteindelijk toch weer bij aan de verspreiding. Hoe dat bereikt wordt is natuurlijk ook aan u, maar het staat buiten kijf dat je ernaar streeft zo hoog mogelijk uit te komen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Van Houwelingen.

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

Dank u, voorzitter, en dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Het is jammer dat mijn enige vraag een rappelleervraag moet zijn. Zoals u wellicht weet, heb ik twee weken geleden om de ziekenhuisdata gevraagd. Ik zit er al twee weken achteraan, ook met dank aan de Griffie en de heer Heller in het bijzonder. Kunt u daar al iets meer over zeggen?

De heer **Van Dissel**:

Nee, maar daar hebben we ons wel degelijk in verdiept voor u. Ik kan ze in ieder geval niet geven, luidt het korte antwoord. Het langere antwoord ontvangt u binnenkort in reactie op een Kamervraag, dacht ik. Ik heb het in ieder geval voorbij zien komen. Ik heb hier niet het hele antwoord meegenomen, maar het komt er in het kort op neer dat wij opnieuw door wetgeving dit niet kunnen doen. De details zult u dan lezen, zodat u weet waar dat dan precies zit.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Den Haan.

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

Dank aan de heer Van Dissel. Mijn vragen waren al gesteld door de heer Wassenberg en de heer Paternotte, maar ik heb er nog één. Ik begrijp dat de EMA vandaag Janssen heeft goedgekeurd als boosterprik. Uit recente studies is gebleken dat heteroloog vaccineren of boostereren het meest effectief is. Klopt dat ook?

De heer **Van Dissel**:

Of het het meest effectief gaat worden tegen omikron wil je uiteindelijk dan toch in patiënten, in personen die gevaccineerd zijn – dus juist geen patiënten, moet ik dan eigenlijk zeggen – zien. Dat weten we domweg nog niet. Het enige wat we weten, is dat we informatie hebben over de AstraZeneca en de Pfizer, zoals ik dat net toonde vanuit Engeland. Janssen is vooral in andere landen gebruikt. De cijfers daarover zullen uiteindelijk moeten blijken. Ik ken het verhaal. De volgende stap is dan om te kijken of het beschikbaar is en hoe het erin zal passen en of je het nodig hebt. Op zich kan je je theoretisch voorstellen dat heterologe boosterering een soort extra kwaliteit toevoegt, maar als je Pfizer hebt gehad en het opnieuw doet, geeft dat ook een hele goeie booster. Voor de andere vaccins, zoals Janssen, zullen we het in de praktijk moeten zien. Op zich is het een welkome toevoeging, omdat we Janssen met name voor bepaalde groepen gebruiken. Denk aan schippers en dergelijke, bij wie je de tweede of volgende vaccinaties moeilijker kunt zetten. Ik denk dat dit een welkome uitbreiding is, maar de plaatsbepaling moet nog plaatsvinden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Dank, voorzitter. Mijn vraag gaat ook over de omikronvariant. De heer Van Dissel gaf in zijn presentatie wat meer informatie op basis van cijfers uit Denemarken en het VK. Mijn vraag is waarom we in Nederland niet dat soort gedetailleerde informatie hebben. Ligt dat aan de vraagstelling, omdat het OMT vraaggestuurd werkt? Of hebben wij het gewoon niet zo op orde als andere landen, waardoor wij varianten van het virus niet zo snel ontdekken?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat we het heel goed op orde hebben, maar het zijn er gewoon nog te weinig. Als je wilt bepalen of iets leidt tot ziekenhuisopname en of vaccinatie wel of niet werkt, dan heb je wel de groepen nodig om dat te kunnen uitrekenen. Zoals ik nu net aangaf, hebben we in Nederland 100 tot 120 bevestigde gevallen. Dat is domweg te weinig om deze dingen te kunnen berekenen. Eigenlijk is het dus gunstig dat we het nog niet uit Nederland hebben en dat we op andere landen moeten varen. Maar we hebben natuurlijk wel degelijk de infrastructuur opgezet om er op dezelfde manier op te kunnen springen, zij het wel met de toevoeging dat Engeland en Denemarken van het begin van af aan veel meer hebben gesequencet, ook om andere redenen. Zij hebben dus nu dat voordeel. Maar de aantallen in Nederland zijn momenteel gewoon geringer om dit soort dingen te kunnen berekenen. En dan zijn we gewoon afhankelijk van landen waar het in wezen al meer rondgaat.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Westerveld voor een tweede vraag.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):



Die sluit aan op de vraag van de heer Stoffer over het coronatoegangsbewijs. Ik wil die vraag even doortrekken naar 2G. Daarvoor ligt er een wetsvoorstel klaar. Als onderbouwing van dat wetsvoorstel hebben we nu ook een OMT-advies gezien. Ik zou willen vragen of die berekeningen niet opnieuw gemaakt moeten worden met de omikronvariant. Het percentage dat wordt gebruikt voor de transmissie of voor de bescherming van het vaccin daartegen, is wellicht verouderd met de omikronvariant in het verschiet.

**De heer Van Dissel:**

Ik gaf al aan dat we daar apart naar zullen moeten kijken. Tegelijkertijd wil ik hier ook niet de indruk doen ontstaan dat het van geen enkele waarde meer is. Als je de booster erin integreert, kan je weer tot dezelfde mate van bescherming komen. Het zou dus kunnen dat de wijze waarop het coronatoegangsbewijs een positief signaal geeft, straks afhankelijk is van een booster. Ik denk dat we de consequenties echt nog even verder moeten doordenken. Het interessante is dat de berekeningen na die booster weer ongeveer op hetzelfde uitkomen van wat we eerder hebben gebruikt. De transmissie kan na die booster ook best in diezelfde orde grootte komen. Dan zou het kunnen meevallen, maar ik ben het met u eens dat we het wel even goed moeten doorrekenen.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan komen we aan het eind. Meneer Van Dissel, hartelijk dank weer voor uw uitgebreide toelichting. Veel van mijn collega's zijn inmiddels al verdwenen omdat het coronadebat al om 12.00 uur begint. Hartelijk dank allemaal.

Sluiting 11.33 uur.