

Vergaderjaar 2021–2022

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 1771**

**VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING**

Vastgesteld 9 februari 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 26 januari 2022 gesprekken gevoerd over **Update coronavirus**.

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

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Kuiken

De griffier van de commissie,  
Esmeijer

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

Aanwezig zijn twaalf leden der Kamer, te weten: Azarkan, Van den Berg, Van Esch, Gündoğan, Den Haan, Van Haga, Hijink, Edgar Mulder, Paulusma, Smals, Van der Staaij en Tielen,

alsmede de heer Van Dissel en mevrouw Raaijmakers.

Aanvang 9.30 uur.

**De voorzitter:**

Goedemorgen collega's en mensen die thuis kijken. Goedemorgen mevrouw Raaijmakers. We zijn bij elkaar met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor de technische briefing inzake corona. We gaan het als volgt doen. We hebben twee blokken. Eerst zal mevrouw Raaijmakers, directeur bij de Nederlandse Zorgautoriteit, haar verhaal houden. Dan geef ik u de gelegenheid tot het stellen van een vraag. U hoeft geen vraag te stellen, want dan kunt u die opsparen voor het tweede blok, waarin de heer Van Dissel een presentatie zal houden. Dan krijgt u de gelegenheid voor de tweede en/of de eerste vraag. Ik denk dat het helder is. Er zullen wellicht nog wat mensen binnenkomen, maar ik denk dat het goed is als we gewoon direct van start gaan.

### **Blok 1**

Gesprek met:

- mevrouw Raaijmakers, directeur bij de Nederlandse Zorgautoriteit

**De voorzitter:**

Ik geef graag mevrouw Raaijmakers het woord.

**Mevrouw Raaijmakers:**

Dank u wel. Goedemorgen allemaal. Hartelijk dank voor de gelegenheid om met u van gedachten te wisselen over wat feiten en cijfers ten aanzien van de toegankelijkheid van zorg. Ik wil graag eerst even het perspectief verbreden. De afgelopen tijd is het natuurlijk veel gegaan over de ziekenhuiszorg en de vraag of de ziekenhuizen de coviddruk aankunnen, maar ik denk dat het belangrijk is om er ook even bij stil te staan hoe dat de afgelopen tijd is geweest in de andere zorgsectoren. Dat bredere perspectief op toegankelijkheid van zorg, niet alleen voor covidpatiënten maar ook voor non-covidpatiënten, is juist nu met de omikronvariant ontzettend belangrijk. Ook in andere zorgsectoren is de afgelopen tijd een hele indrukwekkende prestatie geleverd.

Ik neem u eerst even mee naar de ggz. U ziet hier het verwijzingspatroon van de huisarts naar een ggz-instelling, uitgesplitst naar groepen, namelijk jongeren, volwassenen en ouderen. Natuurlijk valt direct op dat sinds de zomer van 2020 de verwijzingen van jongeren richting de ggz echt fors boven het niveau van voor de pandemie liggen. Het lijntje dat op 100% loopt, is het niveau van voor de pandemie. Dan hebben we het over het verwijzingspatroon van 2019. Jongeren worden dus eigenlijk al sinds de zomer van 2020 fors veel vaker doorverwezen naar een ggz-instelling. Dat betekent zowel druk voor de huisarts als vanzelfsprekend druk voor de ggz-instelling. U zult ongetwijfeld weten dat de wachttijden in de ggz voor de pandemie al behoorlijk hoog waren. Die zijn nog steeds stabiel hoog. Die nemen niet enorm toe, maar zijn nog steeds boven een niveau dat we wenselijk vinden. Dat betekent ook dat als een jongere doorverwezen moet worden en het even duurt voordat die persoon in zorg genomen kan worden in een ggz-instelling, dat veel druk bij de huisarts oplevert. We zien dat de wachttijden voor de POH-ggz bij de huisarts ook toenemen.

Als we vervolgens kijken naar wat er in de verpleeghuizen en woonzorgcentra is gerealiseerd, dan ziet u hier de ontwikkeling van de tijdelijke covidbedden die op die plekken zijn gecreëerd. De oranje lijn is de cohortcapaciteit – zo heet dat – die is vrijgemaakt. De blauwe lijn laat de bezetting van die bedden zien. Dit is zorg die bovenop de reguliere zorg in de verpleeghuizen en de woonzorgcentra wordt geleverd. Buiten de ziekenhuizen is de capaciteit dus ook echt enorm opgeschaald in de pieken van de pandemie.

Ook de zorg thuis is toegenomen. U ziet hier het aantal patiënten dat met zuurstof thuis wordt geholpen. Als we kijken naar de afgelopen golf, die de deltagolf is gaan heten, dan zien we dat er wekelijks meer dan 2.000 patiënten met zuurstof thuis hebben gezeten, die vanzelfsprekend ook aandacht vragen van de huisarts en/of de wijkverpleging. Het is belangrijk dat er even een breuk zit in de tijdlijn, zoals u kunt zien, want er is een periode geweest waarin het aantal mensen met zuurstof thuis heel laag is geweest. Op dit moment is dat ook weer dalende.

Nog een laatste perspectief, en dat is denk ik dan ook het bruggetje naar de MSZ. U ziet hier het verwijzingspatroon van de huisarts naar de MSZ, eigenlijk vanaf de start van de pandemie. Dat is dat verticale stippellijntje dat u hier ziet. We weten dat er helemaal aan het begin – dat is alweer lang geleden – een enorme dip is geweest in de verwijzingen van de huisarts naar het ziekenhuis. Langzaam is dat wat hersteld, maar eigenlijk zien we die dip bij elke coronagolf weer terug, zo ook bij de afgelopen golf. Bij elkaar opgeteld zien we sinds de start van de pandemie ongeveer 1,7 miljoen minder verwijzingen. Dat zijn vanzelfsprekend niet 1,7 miljoen patiënten die nog zitten te wachten op zorg.

De huisarts heeft natuurlijk ook een hele belangrijke rol gehad in het heel scherp kijken wie direct zorg nodig heeft en wie wel even kan wachten. We weten ook dat gedurende de hele pandemie de semi-acute zorg steeds gewoon doorgang heeft gevonden voor iedereen, dus ook voor de non-covidpatiënten. Maar dit toont aan dat er bij de huisarts druk ontstaat als mensen zich wel bij de huisarts melden, terwijl er minder verwijzingen zijn. Wat mij in dit licht ook goed lijkt om te vermelden is dat zelfstandige klinieken steeds vaker door huisartsen worden gevonden in het verwijzingspatroon. We hebben heel 2021 gezien dat er verhoudingsgewijs vaker naar zelfstandige klinieken werd doorverwezen. Dat kan natuurlijk met name voor de wat minder urgente planbare zorg.

Dan nu het bruggetje naar de ziekenhuiszorg. Wij zien de afgelopen weken dat de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg zich herstelt. Wij monitoren als Nederlandse Zorgautoriteit met name de toegankelijkheid van de planbare zorg. Wij vragen aandacht voor de ic-afhankelijke kritiek planbare zorg. Ik kom daar strak nog wat specifiek op terug. Dat is de zorg die in medisch jargon ook weleens «de urgentieklasse 3-zorg» is gaan heten, maar het is eigenlijk de zorg die binnen zes weken geleverd moet worden om het risico op onherstelbare gezondheidsschade te voorkomen. Daar ligt wat mij betreft echt nog wel een opdracht voor de komende tijd. Maar daar ga ik straks nog verder op in.

Even het beeld van hoe de planbare zorg zich ontwikkelt. U ziet hier de afschaling van de ok-capaciteit. De plaatjes starten bij 25 oktober 2021, de start van de deltagolf. We zien dat op 22 november 2021 landelijk gemiddeld 29% van de operatiecapaciteit was afgeschaald. Dat was enkele dagen voordat het LNAZ fase 2d afkondigde in de pandemie. Vervolgens was die druk op z'n hoogst net voor de kerst, met een landelijke afschaling van 41%. Inmiddels zijn er wel weer fors meer operatiekamers in gebruik. Landelijk 19% afschaling en een redelijk vergelijkbaar beeld over het hele land. Er zijn wat lichte stijgers en dalers, maar geen hele grote afwijkingen.

Dat is anders als we kijken naar de kritiek planbare zorg, dus de zorg die binnen zes weken geleverd moet worden. Wij vragen twee keer per week bij alle ziekenhuizen uit of het ze nog lukt om die zorg binnen zes weken te

leveren. Dit plaatje laat het percentage van ziekenhuizen zien dat rapporteert dat dat nog maar deels lukt. «Deels» kan variëren van 99% tot 1%. Daar zit dus wat variatie in; daar kom ik zo nog op terug. Maar aan het begin van de deltagolf rapporteerde 6% van de ziekenhuizen dat het niet meer volledig lukte om die kritiek planbare zorg binnen de zes weken te leveren.

Nu is het niet direct heel zorgwekkend als daar een percentage hoger dan 0% staat, want over het algemeen zijn de afspraken dat er in de regio wordt gekeken hoe de zorgvraag het beste kan worden opgevangen. Het is dus ook niet nodig dat ieder ziekenhuis 100% van die zorg levert, want er kan in de regio nog steeds een minimaal acceptabel niveau zijn. Maar naarmate steeds meer ziekenhuizen rapporteren dat het niet meer lukt om die zorg binnen zes weken volledig te leveren, dan wordt het natuurlijk wat problematischer. We hebben dat percentage zien oplopen van 28% op 22 november 2021 tot 41% rond de kerst. Inmiddels zien we wel herstel, waarbij een aantal regio's rapporteert die kritieke planbare zorg volledig te kunnen leveren. Een aantal regio's heeft daar ook nog wel wat moeite mee. Daar staan wij natuurlijk ook met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd over in contact, maar er is toch echt wel wat meer nodig om die regionale verschillen te beperken. Een van de belangrijke randvoorwaarden, denk ik, van alles wat we hebben opgetuigd tijdens de coronapandemie om de toegankelijkheid te borgen, is dat de covidzorg eigenlijk zo gespreid zou moeten worden dat de toegang tot de andere zorg in Nederland ongeveer gelijk is, als je kijkt naar de verschillende regio's. En hier zit echt nog wel een opdracht. Daar kom ik straks nog wel wat uitgebreider op terug.

Ik zei net al: er kan variatie in zitten, dus ziekenhuizen die zeggen deels alleen nog maar de planbare zorg te leveren. Dat is het staafdiagrammetje op de volgende sheet. Dat geeft ook het beeld per regio weer. Hoe lichter dat staafdiagrammetje is, hoe beter het eigenlijk eruit ziet, want hoe minder groot de afschaling is die de regio's rapporteren. Dus we zien echt dat ten opzichte van een maand geleden de kleuring steeds lichter is geworden, wat aangeeft dat dat, ook als ziekenhuizen rapporteren die zorg nog maar deels te leveren, toch nog wel voor een aanzienlijk percentage lukt.

Dan naar de afschaling van de planbare zorg. Dat is de zorg die wel uitgesteld kan worden zonder dat er direct gezondheidsschade optreedt, maar waardoor mensen natuurlijk wel mogelijk een verlies van bijvoorbeeld kwaliteit van leven kunnen ervaren naarmate dat langer is. Dus ik denk dat we er ook met elkaar op gericht zijn om ook die zorg zo snel mogelijk op niveau te krijgen. Wat we hier zien – dat is, denk ik, ook belangrijk om te noemen – is wel het beeld van de ziekenhuizen. Ik noemde al dat de zelfstandige klinieken, die juist ook deze zorg leveren, de afgelopen tijd nog behoorlijk goed zijn doorgegaan met het leveren van die zorg. Dus het is zeker niet het totaalplaatje van de capaciteit die beschikbaar is voor de planbare zorg. Maar ook daar zien we dat rond de kerst de afschaling ongeveer 50% was: 50% van de ziekenhuizen rapporteerde die zorg eigenlijk niet meer volledig te kunnen leveren. Dat is inmiddels een stuk lager. Overigens is de afschaling in alle ziekenhuizen, of het overgrote deel, nog wel aanwezig.

Dan, als laatste, voordat ik nog even inzoom op wat er nou nodig is op die ic-afhankelijke kritiek planbare zorg, iets over de werkvoorraad in de ziekenhuizen. Dit is informatie die wordt verzameld door de zorgverzekeraars in combinatie met de NVZ en de NFU. Die brengen elke maand in kaart hoe de werkvoorraad in de ziekenhuizen zich ontwikkelt; dat zijn eigenlijk de patiënten die op een wachtlijst staan. We hebben de afgelopen periode gezien dat die werkvoorraad met ongeveer 13.000 operaties is toegenomen. Dus wij schatten op dit moment – en dat is een onderbouwde schatting – dat er ongeveer nog 130.000 operaties ingehaald moeten gaan worden, dus dat er nu 130.000 operaties meer in

de werkvoorraad van de ziekenhuizen zitten ten opzichte van 2019. Nou ja, dit blijven wij monitoren. En even voor het beeld: als we het hebben over die kritiek planbare zorg, ic-afhankelijk – openhartoperaties zijn daarvan vaak wel een helder voorbeeld – dan zien we dat op dit moment in die werkvoorraad ongeveer 100 uitgestelde openhartoperaties zitten.

**De voorzitter:**

Als ik u heel even mag onderbreken: er is een vraag van mevrouw Van den Berg en van mevrouw Gündoğan. Maar eerst mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Hier staat: «57 ziekenhuizen». Doen niet alle ziekenhuizen mee dan, of hoe werkt dat?

Mevrouw **Raaijmakers:**

Dat klopt inderdaad. Wij zijn nog bezig, of met name de ziekenhuizen zelf en de zorgverzekeraars, om dat beeld compleet te krijgen. Wij vinden het wel heel belangrijk dat dit heel snel naar de volledige populatie ziekenhuizen toe kruipt.

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

Mag ik weten waarom ze niet verplicht zijn om dit te doen?

Mevrouw **Raaijmakers:**

Dat is een goede vraag. Het is zo dat de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars met elkaar de afspraak hebben gemaakt om dit inzichtelijk te maken. Dat is in het kader van de financiële regelingen die zij hebben afgesproken. En wij hebben in eerste aanleg gezegd: het is goed dat deze partijen dit gezamenlijk oppakken. Maar we hebben ook wel gezegd dat het voor ons heel belangrijk is dat die cijfers snel naar de 100% toe kruipen, en dat wij als Nederlandse Zorgautoriteit daar eventueel waar nodig een verplichting voor in het leven kunnen roepen. Dus wij houden nog even in de gaten of dat uiteindelijk nodig gaat zijn of niet. Op dit moment kunnen wij op basis van die 57 ziekenhuizen wel redelijk betrouwbaar extrapoleren naar de totale populatie. Dus ik verwacht dat de 130.000 die er staat wel een goede benadering is van de werkelijkheid.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik heb ook een verduidelijkende vraag. In de zomer van vorig jaar stond de teller op 200.000 uitgestelde operaties. Correleert dit getal van 130.000 met die 200.000? Is dat met dezelfde systematiek onderbouwd? Hebben we dan inderdaad inmiddels al 70.000 operaties ingehaald? Dat is de vraag die erbij hoort.

Mevrouw **Raaijmakers:**

Dat is een terechte vraag. Er zijn twee berekeningswijzen geweest. Wij zijn als Nederlandse Zorgautoriteit allereerst gestart met een schatting op basis van historische productiecijfers. Dat was natuurlijk niet ideaal, maar wij wilden gewoon weten waar wij nu eigenlijk naar kijken. Dus wat we aanvankelijk hebben gedaan, is berekenen hoeveel operaties er tijdens de pandemie minder zijn uitgevoerd en van hoeveel procent daarvan we denken dat ze ingehaald moeten worden. Daarbij kwamen we uit op een schatting tussen 170.000 en 210.000. We hebben gezegd dat het ontzettend belangrijk is om er zicht op te krijgen hoe de werkvoorraad in de ziekenhuizen zich feitelijk ontwikkelt, want wij baseren ons op historische data, maar het is heel goed mogelijk dat niet al die mensen zich feitelijk in het ziekenhuis gaan melden of dat ze bijvoorbeeld al bij een zelfstandige kliniek zijn geholpen. U kijkt nu naar de patiënten die op dit moment bekend zijn bij de ziekenhuizen. Dat zijn die 130.000. Dat roept natuurlijk de vraag op hoe dat gat verklaard kan worden. Daar moet nader

onderzoek naar gedaan worden. Maar 130.000 is denk ik nu wel een goede schatting van het aantal mensen dat feitelijk wacht op een operatie.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Mevrouw Raaijmakers:**

Ik ben bijna klaar. Nog even iets over de ic-afhankelijke kritiek planbare zorg. Ik gaf al aan dat dat op dit moment eigenlijk een beetje het zorgen-kindje is. Het is belangrijk om te benadrukken dat covidpatiënten geen voorrang hebben gekregen omdat ze covid hadden maar omdat ze een urgenter zorgbeeld hadden. Er is een urgentieclassificering gemaakt door de Federatie Medisch Specialisten die start bij de meest acute zorg en uiteindelijk eindigt bij de planbare zorg. Over het algemeen heeft een covidpatiënt die in het ziekenhuis komt een urgenter zorgbeeld dan iemand die wacht op kritiek planbare zorg. De ic-afhankelijke kritiek planbare zorg is in het gedrang gekomen omdat daar vaak zowel ic-capaciteit voor nodig is als operatiecapaciteit. Daar zit eigenlijk al de hele pandemie druk op.

Als NZa hebben wij daarvoor ook in samenwerking met partijen in november vorig jaar een aanvullend beleidskader gemaakt dat ook door de Minister met de Tweede Kamer is gedeeld omdat we het belangrijk vinden dat in de regio echt bijzondere aandacht is voor deze patiënten. We hebben ook de ziekenhuizen kort voor de kerst gezegd dat we natuurlijk niet precies weten hoe omikron zich gaat ontwikkelen voor de druk in de ziekenhuizen. Wat we wel weten is dat op dit moment de ic-bezetting door covidpatiënten relatief laag is. Dus laten we dan kijken hoe de komende periode zo goed mogelijk benut kan worden om de uitgestelde zorg voor deze categorie in te halen. Daar wordt werk van gemaakt. Hier ziet u een aantal acties die op dit moment worden uitgevoerd. Er wordt onder andere onder de zorgprofessionals geïnventariseerd of het nu lukt om de ic-afhankelijke kritiek planbare zorg goed op te pakken en wat zij eventueel aanvullend nodig hebben.

We zijn met de ROAZ-voorzitters in gesprek over het geven van daadwerkelijke invulling aan dat aanvullende beleidskader waar ik net aan refereerde. Er vinden initiatieven plaats om ook voor specifieke patiëntgroepen te kijken hoe die zorg het beste opgeschaald kan worden en of er ook nog andere afhankelijkheden zijn dan alleen de ic-capaciteit. Want het is natuurlijk makkelijk om te denken: zodra er weer ic-capaciteit is, gaat het wel lukken. Maar mogelijk zijn er ook andere beperkingen en dan moeten we die natuurlijk zo goed mogelijk proberen weg te nemen. Ik denk zelf ook dat het belangrijk is om de datapositie te gaan verbreden. Er is natuurlijk heel veel focus geweest op covidpatiënten, op ic's en klinieken, maar deze groep patiënten moet ook echt beter in beeld gebracht worden.

Als allerlaatste, er is op een gegeven moment een verdeelsleutel gemaakt voor het spreiden van covidpatiënten. Dat heeft ons heel veel gebracht, maar met name ook in de afgelopen deltagolf hebben we gezien dat dat niet voor alle regio's even goed uitpakte in de toegankelijkheid van zorg. Daar moeten we ook met elkaar scherp naar gaan kijken. Mocht het ooit zo zijn dat er weer een covidpiek komt met grote druk op de ic, dan is een wat adaptievere verdeelsleutel nodig om ervoor te zorgen dat ook die kritiek planbare zorg doorgang kan blijven vinden. Daar is nu wel alle energie op gericht.

**De voorzitter:**

Er is een verduidelijkende vraag van mevrouw Paulusma over deze sheet.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Twee, nu mevrouw Raaijmakers haar verhaal heeft afgerond. U zei: we zijn druk bezig met de opschaling van deze vorm van zorg. Verder zei u: er spelen wellicht nog andere factoren waardoor dit bemoeilijkt wordt. Ik ben benieuwd aan welke factoren we dan moeten denken. Aan het einde noemde u de verdeelsleutel bij covidzorg. Daar is natuurlijk heel veel over te doen geweest. Bedoelde u: we denken ook na over een verdeelsleutel voor dit type zorg en voor de spreiding van dit type zorg over het land?

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik probeer het wel eerlijk te doen en dit zijn vrij uitgebreide vragen, dus we kijken zo even hoe het gaat met de rest van de vragen. Gaat uw gang, mevrouw Raaijmakers.

**Mevrouw Raaijmakers:**

Ik zal even starten met de tweede vraag over de verdeelsleutel. Gebleken is dat covidpatiënten een behoorlijk eenduidig ziektebeeld hebben, waardoor ze makkelijker te verplaatsen zijn naar andere ziekenhuizen, omdat die zorg eenvoudig op verschillende plekken geleverd kan worden. De ic-afhankelijke, kritiekplanbare zorgpatiënten hebben vaak een hele nauwe behandelrelatie met hun arts. Het is vaak heel gespecialiseerde zorg; die kan niet op alle plekken geleverd worden. Het spreiden van die patiënten heeft dus niet direct de voorkeur. We kijken wel binnen professionele netwerken wat er mogelijk is, maar we denken dus aan een andere manier van het spreiden van die covidpatiënten, zodat er meer ruimte komt om die patiënten in het eigen ziekenhuis te behandelen. Dat als eerste.

Om heel eerlijk zijn, ben ik de eerste vraag nu even kwijt. O ja, dat ging over de andere afhankelijkheden. Ik weet niet of er op dit moment echt andere afhankelijkheden bestaan, maar dat gedachte-experiment wordt in ieder geval uitgevoerd. Is ic-capaciteit alleen voldoende, want dan kunnen we daar natuurlijk de focus op leggen en zorgen dat er voldoende ic-capaciteit komt, of zijn er andere afhankelijkheden als je de uitgestelde zorg wilt gaan inhalen? Want dat betekent gewoon dat er meer operaties op het vakgebied van de cardiothoracale chirurgie moeten worden uitgevoerd de komende tijd. Mogelijk zijn er dan bijvoorbeeld ook te weinig hart-longmachines. Dan is het goed dat we dat heel snel in beeld hebben, zodat dat zo snel mogelijk kan worden opgelost.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank, mevrouw Raaijmakers. Ik wilde even het rondje maken op volgorde. U krijgt van mij twee vragen. Als u er nu eentje van gebruikt, dan kunt u die niet meer gebruiken voor de heer Van Haga. Ik ga het rijtje af.

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

Alles draait dus om de capaciteit in de zorg, met name de ic-capaciteit. U noemde allerlei andere beperkingen die daar eventueel nog bij komen. Nederland heeft het laagste percentage ic-bedden van de hele EU, iets van 6,5 per 100.000, terwijl het EU-gemiddelde op 12 per 100.000 ligt. Het niet behandelen van hart- en kankerpatiënten hangt daar heel nauw mee samen. Jullie zijn altijd binnen die beperking bezig, maar – die vraag heb ik al heel vaak gesteld – waarom is er in de afgelopen twee jaar nou niet gewoon ingezet op het vergroten van de ic-capaciteit, het vergroten van het aantal bedden, het opleiden van het personeel, het misschien meer betalen aan het personeel? Dan was de taart groter geweest en dan was dat afschalen natuurlijk anders gegaan.

**Mevrouw Raaijmakers:**

Er zijn zeker initiatieven genomen om de capaciteit te vergroten. Ik weet dat er heel veel wordt opgeleid op dit moment. Ik denk dat het heel

verstandig is om te kijken naar de hoeveelheid ic-bedden die in Nederland nodig is. Daarnaast denk ik dat we winst kunnen boeken door soms wat slimmer te zijn. Die voorbeelden zie je nu ook. Doordat er wordt gekeken naar wat meer kortdurende ic-opnames, kan daar een apart pad voor ingericht worden, zodat die patiënten niet afhankelijk zijn van een patiënt die lang op een ic-bed ligt. Dat soort voorstellen worden op dit moment of al in de praktijk gebracht, of uitgewerkt. Er zijn denk ik dus meer manieren om de capaciteit die beschikbaar is voor deze groep patiënten te vergroten, maar we moeten naar dat hele brede palet kijken. Nog één aanvulling daarop. We hebben natuurlijk ook gemerkt dat de eerdere covidgolven een behoorlijk zware wissel hebben getrokken op de zorgprofessionals. We kijken nog steeds aan tegen een ziekteverzuim van 8% of meer en dat is nog zonder de omikronvariant. Dat is natuurlijk een enorme beperking. Ik denk dat dat de realiteit is, waarbinnen zo goed mogelijk is geoptimaliseerd, maar het is heel goed om naar wat onconventioneelere manieren te kijken om die capaciteit uiteindelijk op te schalen. Maar dat hoeft niet alleen over de ic-capaciteit te gaan. Dat moeten we echt breder trekken, wat mij betreft.

De heer **Azarkan** (DENK):

Mevrouw Raaijmakers, wat is naar uw inzicht de hoeveelheid ic-bedden die Nederland nodig heeft? Wat zou dat zijn?

Mevrouw **Raaijmakers**:

Dat vind ik een hele lastige inschatting. Ik kan op dit moment geen aantal noemen. Maar ik denk wel dat het heel belangrijk is om dat onderbouwd te gaan berekenen, zeker ook met de expertise die nu in huis is bij het LCPS. Maar ik heb nu niet een aantal in mijn hoofd dat ik u zo kan geven.

De **voorzitter**:

Mevrouw Paulusma, u ...?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik sla deze ronde over, voorzitter. Ik had net twee mooie vragen.

De **voorzitter**:

Heel verstandig. Mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Eerst dank voor de presentatie van mevrouw Raaijmakers. Ik wil graag even doorgaan op dat verdelen van de zorg. Als de hoogste piek over is en je de reguliere zorg ook weer eerlijk wilt verdelen, zijn er toch heel veel ziekenhuizen die die zorg bij zichzelf houden, hoor ik. In dat verband maakte u volgens mij ook al de opmerking dat huisartsen steeds meer de zelfstandige behandelkliniek vinden. Wat is dan de hindernis om dat wat soepeler te laten verlopen?

Mevrouw **Raaijmakers**:

Dank voor uw vraag. Ik denk dat we daar goede voorbeelden van hebben gezien. We hebben ook wel gezien dat er in de regio's verbetering mogelijk is. Dus er wordt in bepaalde regio's echt heel goed samengewerkt tussen alle soorten zorgaanbieders, en ook tussen de ziekenhuizen en de zelfstandige klinieken. Ik denk dat het heel belangrijk is dat de verwijzer al op het moment dat een patiënt bij de huisarts komt echt goed kijkt waar de patiënt het snelst kan worden geholpen. Die mogelijkheden zijn er ook. We hebben gezien dat die verwijzpatronen al wat zijn verlegd. Dat lijkt me naar de toekomst toe ook heel verstandig. De samenwerking tussen zorgaanbieders onderling verloopt dus een beetje met wisselend succes. Ik vind ook echt dat daar meer werk van gemaakt kan worden. Ik denk dat het ook heel belangrijk is dat de patiënt zich realiseert dat er een



keuze is. Daar hebben we met de communicatie ook op ingezet. Dus dat het staan op een wachtlijst niet een gegeven is, maar dat er bijvoorbeeld via de zorgverzekeraar sneller toegang tot zorg verkregen kan worden, als een patiënt bijvoorbeeld bereid is om daar iets voor te reizen. Dat is denk ik ook eentje die we niet moeten vergeten. De patiënt kan geholpen worden om na te denken over waar er sneller plek is, bijvoorbeeld via de zorgverzekeraar.

De heer **Hijink** (SP):

Dank voor de presentatie. Mijn vraag gaat over de gevolgen van het afschalen van zorg en het sluiten van operatiekamers. Er zijn bijvoorbeeld veel vragen over de oversterfte. Heeft de NZa, samen met de IGJ, nou enig idee, enig beeld van het aantal mensen dat is overleden als gevolg van het uitstellen van operaties, het uitstellen van zorg, en de schade die is opgelopen als het gaat om kwaliteit van leven doordat mensen heel lang op een operatie hebben moeten wachten of nog steeds op een operatie wachten?

Mevrouw **Raaijmakers**:

Dat beeld hebben wij als NZa op dit moment niet, maar het RIVM en het CBS is gevraagd om op heel korte termijn al met een eerste analyse te komen, dus wellicht is dat ook een vraag die u straks aan de heer Van Dissel kan stellen, om te kijken of daar al iets meer over bekend is. Maar dat zijn heel belangrijke data.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Allereerst dank aan mevrouw Raaijmakers voor de presentatie. Ik heb een vraag over de buffercapaciteit bij de kritieke zorg en de planbare zorg. In hoeverre is het probleem dat zich nu voordoet uniek? Of speelde het bijvoorbeeld een paar jaar geleden, in 2017, 2018, ook op een vergelijkbare manier bij de griep epidemie, die mensen ook met ernstige luchtweginfecties in ziekenhuizen bracht en die veel zorg vroeg? Kunt u iets meer zeggen over bestaande kwetsbaarheden en over wat nu echt nieuw is?

Mevrouw **Raaijmakers**:

We hebben gemerkt dat verhoudingsgewijs veel patiënten uiteindelijk op de ic terecht zijn gekomen. Dat lijkt nu met de omikronvariant wat minder te gebeuren, maar dat was natuurlijk bij eerdere golven van de pandemie zeker wel het geval. Zij lagen daar gelijk dan ook behoorlijk lang. Een patiënt die acute zorg of semi-acute zorg nodig had, lag twee of drie weken op de ic, terwijl een patiënt met een iets minder urgent zorgbeeld vaak wat minder lange ic-zorg vraagt. Dat reed elkaar eigenlijk in de wielen. Ik denk dat dat een heel belangrijk verschil is tussen de gewone griep en hoe de eerdere golven van de coronapandemie zijn verlopen.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik zal het even verduidelijken. Het ging me juist ook om deze situatie met het omikronbeeld.

Mevrouw **Raaijmakers**:

Dat moet nog gaan blijken. Dat is ook het lastige. Ik denk dat er op dit moment eigenlijk geanticipeerd moet worden op verschillende scenario's. Ik noemde net ook al de situatie waarin de zorg dicht bij de patiënten wordt verleend, dus de wijkverpleging en de huisartsenzorg. De verwachting is wel dat omikron ook meer van hen gaat vragen. De vraag is: hoe gaat dit zich daadwerkelijk ontwikkelen in de ziekenhuizen? We horen vanuit andere landen dat dat minder ic-capaciteit en meer klinische capaciteit vraagt. De heer Van Dissel kan daar ongetwijfeld veel meer over vertellen. Van die klinische capaciteit hebben we in Nederland meer

beschikbaar en daar is ook ander zorgpersoneel makkelijker op inzetbaar. De ic-zorg is toch hooggespecialiseerde zorg waarin niet zomaar iedereen aan het werk kan. Dat gaat op de klinische afdelingen iets makkelijker. Wat dat betreft, kunnen we daar naar verwachting wel wat makkelijker op- en afschalen.

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

Dank u wel voor de presentatie. Ik was heel blij met uw antwoord op de vraag of Nederland de zorg niet meer ic-bedden moet gaan opschalen. Ik heb al een aantal keer aangegeven dat het belangrijk is dat de acute afdelingen van de ziekenhuizen anders wordt georganiseerd. Dan kan het ook veel efficiënter. Nu zijn er ziekenhuizen die werken met PACU-bedden. Ik heb die ziekenhuizen bezocht. Die geven aan dat ze door middel van de inzet van die PACU-bedden de kritiek planbare zorg redelijk hebben kunnen laten doorlopen. Na tien maanden zeuren heeft de huidige Minister gelukkig gezegd dat hij dat meeneemt in de verkenning naar de mogelijkheid om dat breed in Nederland te laten plaatsvinden. Ik heb van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie begrepen dat verpleegkundigen redelijk snel kunnen worden opgeleid om op de PACU te kunnen werken. Dat kost ongeveer zes maanden, terwijl je voor de ic zo'n anderhalf tot twee jaar bezig bent. Zij kunnen dus ook met dit plan de zorg in Nederland op korte termijn met zo'n 350 tot 450 bedden opschalen. Kent u dat plan? Wordt daar op dit moment ook aan gewerkt?

Mevrouw **Raaijmakers**:

Ik ken dat plan inderdaad. Er is rond de kerstperiode een expertteam in het leven geroepen om die plannen te beoordelen en om lokale initiatieven te steunen, ook vanuit de gedachte dat daarbij onderzocht kan worden hoe opschaalbaar dat is in Nederland. Dat vindt op dit moment ook plaats. Er is nu geen enkele belemmering om die plannen ook alvast in de praktijk te gaan brengen en, als er wel belemmeringen zijn, om daar het gesprek over te voeren. Maar dit is inderdaad een van de plannen die met bijzondere aandacht wordt gevolgd, ook echt vanuit de gedachte van de opschaalbaarheid. Dan doel ik op de vraag: is dit iets wat in meerdere ziekenhuizen uiteindelijk een plek kan krijgen? En dat dit door de zorgprofessionals zelf wordt aangedragen als een veelbelovend initiatief is, denk ik, wel heel belangrijk. Daar wordt op dit moment dus zeker heel goed naar gekeken. En daar wordt dus ook al wel uitvoering aan gegeven. Dat is, denk ik, ook wel belangrijk om te benoemen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank voor de interessante presentatie. Ik zit even te kijken naar de afschalingspercentages. Er zijn best wel grote verschillen tussen regio's. Wat is de verklaring voor die grote verschillen?

Mevrouw **Raaijmakers**:

Ik denk dat daar een aantal verklaringen voor zijn. De eerste heeft te maken met de door mij al genoemde fair share en de verdeelsleutel voor de spreiding. Die is op enig moment vastgesteld op basis van de beschikbaarheid van ic-bedden, maar daar is natuurlijk tijdens de pandemie wel wat beweging in gekomen. Het kan zijn dat je de ic-bedden technisch beschikbaar hebt, maar bijvoorbeeld net te kampen hebt met een grote golf van besmettingen onder het zorgpersoneel zelf. Dat bepaalt natuurlijk wel of uiteindelijk die capaciteit er feitelijk is. Dat is dus ook de reden waarom ik denk dat we daar beter naar moeten gaan kijken. Die verdeelsleutel is heel goed geweest voor de toegankelijkheid van de acute en de semi-acute zorg, zowel voor de covid- als de non-covidpatiënten, maar dat heeft in de deltagolf niet altijd goed uitgedrukt voor andere patiënten. Dat is, denk ik, een verklaring. Een andere verklaring noemde ik al: dat is het ziekteverzuim. Dat is er natuurlijk ook gewoon onder

zorgprofessionals, ook nu weer als gevolg van omikron. We hebben voorts gezien dat er soms ook verschillen zijn als het gaat om de organiseerbaarheid in de regio. Dat is vaak ook wel een beetje afhankelijk van het aantal zorgaanbieders dat er is in de regio. Daar zitten in Nederland ook nog wel grote verschillen tussen. Dus ik denk ook dat het goed is om te kijken of we daar lessen uit kunnen trekken.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik hoor u niet over het aantal ic-bedden per 100.000 inwoners in de regio's.

Mevrouw **Raaijmakers**:

Nee, die aantallen noem ik bewust niet, omdat daar bij die verdeelsleutel wel rekening mee is gehouden. Het is dus niet zo dat een regio waarin er minder ic-bedden zijn, precies hetzelfde deel aan covidpatiënten moet opnemen. Dat is wel met die verdeelsleutel opgelost. Die verdeelsleutel is alleen nog iets te veel gebaseerd op de bedden die er technisch zouden moeten zijn, en niet op de bedden die er feitelijk zijn. Daar moeten we dus beter naar kijken.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik heb een vraag die iets buiten de orde van deze presentatie valt, dus geef het vooral aan als het niet uw expertise is binnen de Nederlandse Zorgautoriteit. De NZa heeft vorig jaar meerdere adviezen en rapporten uitgebracht over het belang van preventie. Ik ben benieuwd naar uw visie op de vraag of het beleid met betrekking tot preventie in het afgelopen jaar al van de grond is gekomen. Is daarin geïnvesteerd? Als die preventie is toegenomen, zorgt dat bijvoorbeeld dan ook voor extra druk op de huidige zorgmedewerkers en betekent dat nog een extra inhaalslag in de zorg? En wat levert dat uiteindelijk voor resultaat op?

Mevrouw **Raaijmakers**:

Ik denk dat dit een heel terecht punt is. Om uit deze crisis te komen en om ook toekomstige toegankelijkheidscrises te voorkomen, moeten we veel verder kijken dan alleen naar de vraag of de ic-capaciteit wel of niet toereikend is. We moeten ook echt kijken naar de vraag hoe we zorg kunnen voorkomen en hoe we zorg dichterbij de patiënt, dus buiten het ziekenhuis, kunnen organiseren. Nu hebben we de covidpandemie gehad, maar de schaarste aan zorgprofessionals zal blijven bestaan, juist ook met de stijgende zorgvraag. Het is niet zo dat een kwart van onze bevolking uiteindelijk gaat werken in de zorg. Daar moeten we dus echt anders naar kijken. We zien in deze pandemie overigens dat vernieuwende initiatieven, zoals het monitoren van patiënten thuis – een initiatief waarbij patiënten niet naar het ziekenhuis hoeven maar thuis gemonitord kunnen worden – echt van de grond zijn gekomen. De zorg op afstand heeft een grote vlucht genomen. Ik denk dat we dat ook echt moeten koesteren en moeten behouden.

Aan de preventiekant zien we vanzelfsprekend wel een hoop initiatieven. Maar dat is iets wat echt nog verder versterkt kan worden. Daarvoor is het belangrijk dat we niet alleen redeneren vanuit het domein van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg, maar dat we ook echt de verbinding met het gemeentelijk domein gaan zoeken. Daar moet de preventie natuurlijk daadwerkelijk van de grond komen. Ik zou heel graag willen dat we de focus heel snel daarnaartoe kunnen verleggen, want daar is gewoon heel veel werk te verzetten.

De heer **Edgar Mulder** (PVV):

Ik heb geen vraag.

De **voorzitter**:

Prima, dank u wel. Dan kijk ik nog even rond. We hebben nog een beetje tijd over. Ik wil mevrouw Raaijmakers bedanken voor haar presentatie en voor de tijd die ze heeft genomen om hier te komen. Ik schors de vergadering tot 10.15 uur. Dan zal de heer Van Dissel aanschuiven.

De vergadering wordt van 10.08 uur tot 10.15 uur geschorst.

## **Blok 2**

Gesprek met:

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

**De voorzitter:**

Goedemorgen. Ik heropen de vergadering. Wij gaan door naar blok 2 met de heer Van Dissel.

Meneer Van Dissel, van harte welkom weer als directeur van het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM. Gaat u maar van start.

**De heer Van Dissel:**

Dank u wel, voorzitter. Ik wilde u vandaag natuurlijk een update geven en met name ook het OMT-advies toelichten. Dan komen we een aantal zaken vanzelf tegen.

Even kort waar we nu staan. We zien momenteel een sterke toename van het aantal positief bevonden personen, dus het aantal meldingen. Dat wordt ook deels beïnvloed door het grote aantal zelftesten dat inmiddels gebeurt die positief blijken en die bevestigd worden bij de GGD. Allereerst zien we dat er een verdere stabilisatie is van de ziekenhuis- en ic-opnames. Bij de ziekenhuizen zien we misschien een kanteling sedert het weekend, want de afgelopen twee dagen is daar een toename van de opnames en de bezetting geweest.

We hebben gezien dat omikron inmiddels de deltavariant heeft verdrongen. Dat heeft consequenties, want die heeft andere biologische eigenschappen. Die eigenschappen worden steeds duidelijker. Dat heeft gevolgen voor de aannames die wij maken van hoeveel personen naar het ziekenhuis gaan en hoeveel er potentieel op de ic komen. Dat is van belang voor de prognoses in de modellering.

Ik zal u overigens ook laten zien dat de landen onderling wel beduidend verschillen in de mate waarin personen worden opgenomen en naar de ic gaan. Dat maakt dus ook dat de nodige onzekerheden blijven bestaan, want daar moeten wij ook keuzes in maken wat we precies meenemen. De maatregelen worden versoepeld. Ik zal u laten zien hoe wij nu inschatten wat de gevolgen daarvan zijn. Er is een versneld boosterprogramma dat nog steeds moet doorlopen. Boosters zijn uitermate belangrijk, omdat ze de kans op infectie verminderen, ook de kans op ziekenhuis- en ic-opname. Ook al is dat bij de omikron misschien wat minder optimaal dan bij de delta, het heeft natuurlijk nog steeds belangrijke invloed.

Dan een aantal slides ten aanzien van de epidemiologie. U ziet hier de meldingen aan de linkerkant, het verloop vanaf januari jongstleden. Het is duidelijk dat de meldingen de afgelopen week omhoog zijn geschoten. We zitten op bijna 1 miljoen testen per week; dat is zo'n 37% toegenomen. Van die testen is maar liefst 45% positief van wat naar de GGD-teststraat gaat. Dat is natuurlijk een heel hoog percentage, van een op twee, om positief te testen. U ziet dat dat heeft geleid tot ongeveer een derde van het aantal afgelopen week, bijna 370 meldingen. Dat is ook belangrijk toegenomen, met 51%. Dat leidt ertoe dat de incidentie, dus het aantal personen per 100.000 genormaliseerd, rond de 2.000 ligt. Dat is dus een sterke toename van de meldingen.

Daarnaast ziet u de grafiek die de verpleegafdelingen en de ic's van de ziekenhuizen weergeeft. Inmiddels liggen daar 1.063 patiënten opgenomen, waarvan 911 op de verpleegafdeling en zo'n 252 op de ic-afdeling; die ziet u daar apart weergegeven, met opnieuw de verandering in de weekopnames. Ook daar is duidelijk dat de verpleegafdeling inmiddels een toename laat zien, terwijl de ic-afdeling nog een afname laat zien. Dat is ook wat je verwacht als er een kanteling plaatsvindt, want de ic-opnames komen in belangrijke mate vanuit het ziekenhuis, dus die lopen per definitie altijd achter. Net zoals we zien dat de verpleegafdeling eerder daalt, zal je ook verwachten dat je daar eerder de veranderingen weer ziet als dat gaat toenemen en dat het enige tijd neemt voordat dat de ic's ook belast.

U heeft afgelopen week kunnen lezen dat er werd gemeld dat het opmerkelijk was dat er schijnbaar meer jongeren naar het ziekenhuis kwamen. Dat klopt als je bedenkt hoe de verdeling in de afgelopen zes weken was per leeftijdscohort. Dat ziet u in deze grafiek weergegeven. Dan ziet u dat er met name bij de schooljeugd een toename is geweest. Dat is aangegeven met de twee rode pijlen. Als je de scholen in het voortgezet onderwijs neemt, dus het leeftijdscohort van 13 tot 17 jaar, en je dat terugrekent, dan ziet u dat ongeveer 6% positief is. Dat is nogal wat. Nu wordt niet iedereen getest. Op de school is momenteel 1 op 10, 1 op 15, positief.

Tegelijkertijd ziet u dat de toename bij de ouders van de kinderen nog relatief beperkt is, maar dat die toch al wat sterker lijkt te worden. Als je vanuit ziekenhuisopnames denkt – die betreffen toch vooral de ouderen van de bevolking – is het meest opvallende en natuurlijk gunstige dat we daar, althans momenteel, nog geen toename zien. Dat ziet u weergegeven met de groene pijltjes. Dat is natuurlijk geen garantie dat dat niet komt, want dit is eigenlijk het beeld dat we bijvoorbeeld ook bij de start van de delta hebben gezien. Dat begon ook in de jeugdiger leeftijdsgroepen. Dat ging uiteindelijk toch naar de ouderen toe. De vraag is hoeveel dat gebeurt en in hoeverre de boostervaccinaties – die liggen met name in die groep gelukkig al behoorlijk hoog, rond de 90% – gaan voorkomen dat de ouderen uiteindelijk meer mee gaan doen en dat dat dus ook tot meer ziekenhuisopnames leidt, met name in die leeftijdsgroep.

Als je verspreiding over het land ziet, dan ziet u het beeld weer terug dat ik vorige week al beschreef, namelijk dat het met name Randstedelijk is, maar dat het ook de rest van Nederland betreft. Voor de heatmap van Nederland, zoals dat zo mooi heet, geldt: hoe donkerder de kleur, hoe meer personen het betreft. U ziet de regio's Amsterdam, Rotterdam, Den Haag er toch met name uitschieten, net als delen van Zeeland en Twente. Tegelijkertijd is het in de meer rurale gebieden in het noorden van het land nog wat minder. We hebben natuurlijk ook een achterstand in de rapportage. Dat ligt met name aan het systeem bij de GGD'en dat een vertraging heeft met doorgifte naar het RIVM. Als je die geschatte achterstand in de rapportage erbij optelt, dan kom je natuurlijk nog hoger uit. U ziet dat we dan op 426.000 komen. Dan heb je het al snel over ruim 2,5% van de Nederlandse bevolking. Tegelijkertijd weten we dat niet iedereen zich laat testen. Er is altijd nog zo'n 40% die daar toch van afziet. Dat moet je er in feite nog bij optellen. Al met al is het percentage van de Nederlandse bevolking dat momenteel een bevestigde corona-infectie heeft, behoorlijk hoog. Dat vertaalt zich uiteraard naar ziekte en dus naar quarantaine. Daar kom ik zo op terug. We weten namelijk dat een gemiddelde melding drie tot drieënhalve intensieve contacten heeft waar de quarantaineregels voor gelden.

Dan zijn er nog twee dingen die ik ook aan de hand van deze slide even wil illustreren. Allereerst is het aantal herinfecties bij omikron veel hoger dan we bij delta zagen. Dat heb ik de vorige keer ook al even genoemd. Bij delta was dat een aantal procenten. We hebben gezien dat het aantal herinfecties rond de 13% ligt. Dat gaat dus om personen die een eerdere

corona-infectie hebben doorgemaakt en die nu een bevestigde omikroninfectie hebben. Dat is aanmerkelijk hoger dan het eerder was. Dat duidt er dus op dat de bescherming die je normaal hebt na het doormaken van een infectie van een van de andere varianten bij omikron dus minder geldt dan eerder het geval was, zoals bij delta. We zien dus meer personen die voor een tweede keer een infectie doormaken.

In de tabel ziet u overigens duidelijk dat we momenteel van ongeveer 30% van de personen de gegevens rond hebben. Dat ziet u met de dikke, blauwe pijl aan de rechterzijde weergegeven. Er zal binnenkort nog een deel binnenkomen, maar dit is de status voor januari. Van die personen weten we de vaccinatiestatus. Die is daaronder weergegeven. Daarbij valt natuurlijk weer op dat 12% van de meldingen momenteel een booster gehad hebben. Daarvan zou je verwachten dat ze meer beschermd zijn. Dat is ook zo, want als u zich realiseert dat ongeveer 57% een booster heeft ontvangen en je het uiteindelijk bij 12% terugziet, dan begrijpt u dat dat een derde of zelfs nog minder van die groep is. Er is dus bescherming, maar die is niet 100%. Ook geldt – dat staat aangegeven bij de ongevaccineerden – dat als ongeveer 12% tot 14% van de bevolking boven de 12 jaar niet gevaccineerd is en we het bij zo'n 25% tot 30% terugzien, het dan betekent dat de groep van degenen die niet gevaccineerd zijn, momenteel vaker een melding van corona hebben. Met name voor de ziekenhuis- en ic-opnames is het zo dat de meerderheid niet gevaccineerd is. Dat zal ik zo ook laten zien. Tegelijkertijd zien we het beeld dat als je gevaccineerd bent en zelfs een booster hebt gehad, je dan niet voor 100% beschermd bent. Dat ziet u in deze getallen al terug. Daar past de herinfectierate ook bij. Dan even met betrekking tot het aantal testen. Aan de linkerzijde staan de testen bij de GGD'en weergegeven. Aan de rechterzijde staan de testen die door de Stichting Open Nederland worden verricht. Allereerst ziet u dat het bij de GGD'en sterk toegenomen is naar bijna 1 miljoen. Dat is weergegeven met de blokjes. Tegelijkertijd ziet u dat het bij Stichting Open Nederland belangrijk verminderd is. Dat heeft er alles mee te maken dat de vraag naar dit soort testen minder was vanwege de lockdown. Daar is het dus afgenomen en bij de GGD'en is het toegenomen. Dan ziet u bij de GGD'en de rode blokjes. Dat zijn degenen die een test doen naar aanleiding van een positieve zelftest thuis. U ziet dat dat percentage toeneemt. De bevestiging van die test vindt dan vervolgens bij 91,8% plaats, dus bijna 92% van degenen die zich vanwege een positieve thuistest laten hertesten bij de GGD, wordt opnieuw positief bevonden. De blauwe blokjes zijn bijvoorbeeld degenen die met klachten komen. Het gele aandeel is het aandeel waarvan het niet geregistreerd is en waarvan we het dus niet weten. Ook daar ziet u dat het percentage dat positief is, hoog ligt, maar wel beduidend lager dan wanneer er een positieve zelftest thuis was. Dat is natuurlijk ook wat je verwacht.

Als u naar de resultaten van de Stichting Open Nederland kijkt, dan ziet u dat ongeveer 4,8%, bijna 5%, dus 1 op 20, daar positief is. Dat neemt ook sterk toe. We zien natuurlijk dat het in de maatschappij sterk toeneemt, dus je verwacht dat die testen ook toenemen. Mogelijk is de uitslag deels vervuild, zoals dat heet, omdat een aantal personen die een aantal dagen moeten wachten bij de GGD, eerder naar de SON-metingen gaan. Daardoor is dat misschien deels meer positief dan je anders zou verwachten, maar dat is speculatie. We zien dus een toename van de testen, een toename van het percentage dat positief is en een toename van personen die eerder thuis een zelftest hebben verricht. Dat is op zich prima.

Dan het beeld van de rioolwatersurveillance. Aan de linkerzijde ziet u de twee grafieken die de actuele bepalingen, de zogenaamde virusvracht, inhouden. We hebben ruim 300 locaties. Die worden ongeveer om de dag bemonsterd. Dat levert een beeld op waarbij de aantallen viruspartikels in het oppervlaktewater momenteel heel erg hoog zijn. U ziet dat daar niet heel verandering in zit, zij het dat het de laatste week toch nog wat lijkt toe

te nemen. Dat ziet u ook in de twee landkaartjes aan de rechterzijde. Daarin worden de veranderingen ten opzichte van de vorige week weergegeven. Ook dat is nog geen kleur die toont dat het allemaal lager wordt. Het is vrij stabiel. Het is stabiel hoog. Dat ziet u ook apart aangegeven voor drie veiligheidsregio's met de verschillende dots en de mediane lijn die daardoorheen getrokken is. Dat zijn de grafiekjes rechtsboven. Ook daarin ziet u dat in de laatste week de lijn in alle gevallen omhoog lijkt te gaan. Dat geldt ook voor Limburg, waar aanvankelijk een daling te zien was. Met andere woorden, er is een toename van de aantallen virusdeeltjes in het oppervlaktewater. Voor de duidelijkheid, ik noem het «virusdeeltjes». Dat betekent niet dat die per se besmettelijk zijn, maar dat je de onderdelen van het virus nog kan aantonen. Dat is een maat voor het aantal uiteindelijke virusdeeltjes dat bijvoorbeeld in de ontlasting zat. Dan ga ik door met een aantal indicatorgetallen. Allereerst gebruiken we daar natuurlijk het reproductiegetal voor. Dat is gisteren beschikbaar gekomen...

**De voorzitter:**

Een ogenblik, sorry. Er is een verduidelijkende vraag van mevrouw Gündoğan.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Er staan een aantal grijze vlekken op de kaart. Ik vroeg me af wat dat betekent.

**De heer Van Dissel:**

Geen data beschikbaar.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Dat dacht ik al.

**De heer Van Dissel:**

Het is terecht dat u het vraagt.

Het reproductiegetal ziet u hier weergegeven. Dat is even bijgewerkt tot het laatste getal van 10 januari dat beschikbaar is gekomen. U ziet dat het 1,19 is. Dat is weer ietsje hoger dan het eerder was. Het was eind vorige week namelijk 1,11. Daar kom ik zo nog op even terug. Dat loopt dus iets op. Dat is ook niet verbazingwekkend als u naar de aantallen kijkt die in de blauwe grafiek daarboven staan weergegeven. Die nemen nu belangrijk toe. Het reproductiegetal kunnen we berekenen door terug te kijken en een aantal personen te nemen dat op een bepaalde dag ziek is. Met de tijd die het naar verwachting neemt om een volgende groep ziek te maken, kun je terugrekenen. Dan kun je uiteraard zien of het toe- of afneemt. Dat levert een reproductiegetal op. De kaart van Nederland toont dat het eigenlijk nog voor alle gebieden beduidend boven de 1 ligt. Rood wil zeggen dat het allemaal significant boven de 1 ligt. Geel wil zeggen dat het niet allemaal meer significant is, maar wel in de buurt daarvan. Dat beeld is onveranderd en maakt duidelijk dat het voor heel Nederland verhoogd is.

Dan kijken we nog heel even terug naar het reproductiegetal van vrijdag. Op dat moment was het 1,11. Dat toon ik u alleen maar om weer even de overgang van de verschillende varianten te laten zien. We hebben het wildtype gehad. Het alfatype is in rood weergegeven. Vervolgens kwam het deltatype. Inmiddels is er het omikrontype. Aan de bovenzijde ziet u het aantal gevallen ten gevolge van die types weergegeven. U ziet dat het ene type letterlijk het andere type verdringt. Die verdringing komt doordat het nieuwe type in de verspreiding dan toch net een voordeel heeft ten opzichte van het bestaande type. Dat betekent over het algemeen dat het zich dus sneller verspreidt. Dat kan door een aantal redenen komen. We

denken dat dat voor het omikrontype geldt, omdat het iets besmettelijker is, het serieel interval korter is – dat is het interval tussen de besmetting van de ene ring en de besmetting van de volgende ring – en het zich deels onttrekt aan de afweer die we hebben opgebouwd. Dat kun je zien aan het aantal herinfecties en aan het feit dat vaccinatie niet meer 100% beschermd. Die drie factoren maken nu dat omikron meer kans en ruimte ziet om zich te verspreiden. Dat gaat in dit geval ten koste van het deltavirus. U ziet dat die percentages ook nog kunnen oplopen. Omikron zit rond de 1,17, terwijl delta inmiddels ver onder de 1 zit en aan het uitfaseren is.

Dan even iets over het serieel interval, want ook dat is een belangrijk gegeven. Deze resultaten zijn afgelopen week beschikbaar gekomen. Het serieel interval zoals het daar staat, is de tijdsduur tussen de eerste ziektedag van iemand die positief test en de eerste ziektedag van degenen die door zo'n persoon besmet worden, positief testen en klachten krijgen. Het geeft dus eigenlijk aan hoe snel de verschillende ringen van verspreiding op elkaar volgen. Als dat korter is, dan zegt dat over het algemeen iets over de biologische eigenschappen van het virus. Een virus dat bijvoorbeeld meer in de keel en neus vermeerdert in tegenstelling tot wat lager in de luchtwegen, zal misschien ook eerder naar buiten kunnen treden. Het zijn iets andere cellen, dus misschien is de replicatie wat sneller. Dat maakt dan bijvoorbeeld dat het serieel interval wat korter wordt. Dat is uiteindelijk van belang, want als dat korter wordt, dan betekent het ook dat het schijnbare reproductiegetal hoger wordt. Het heeft dus ook consequenties voor modellering en bestrijding. Dan zult u zeggen: een halve dag is niet zo veel. Dat is namelijk het verschil dat gevonden is door de analyse van besmettingsparen, maar een halve dag op drie of vier dagen is behoorlijk wat. Dat is dan het antwoord. Dat heeft dus ook consequenties voor de uitkomsten van de modellering.

Het tweede belangrijke verschil tussen delta en omikron is de breedte van die basis. Ik heb hier geprobeerd om dat plastisch te tekenen. We hadden een bepaalde verhouding van een aantal zieken in de bevolking, zieken thuis – bijvoorbeeld met zuurstofbehandeling zoals u net ook heeft gehoord – en de personen die naar het ziekenhuis en vervolgens naar de ic gaan. U ziet daarnaast dat wat voor omikron geldt, omdat dat in het algemeen – maar natuurlijk niet altijd – een milder ziektebeeld geeft, dat zich eigenlijk nog meer afspeelt onder de medische radar. De basis wordt breder en dat betekent ook dat de top van de ijsberg percentageel geringer wordt. Dat hebben we hier geschat met die 0,5 en 0,1. Ik wil benadrukken dat dat geen absolute getallen zijn, want voor Nederland moeten die natuurlijk nog volgen, maar het zijn schattingen. Zij geven weer dat van het totale aantal personen dat nu omikron krijgt percentageel minder naar het ziekenhuis gaan en minder op de ic belanden. Tegelijkertijd kan het, als dat aantal vele malen groter is, uiteindelijk toch nog tot een bijna zelfde belasting van de zorg leiden. Dat is natuurlijk nog de onzekerheid en onze zorg in dit geheel.

Als zo veel personen in de bevolking positief testen, en soms gelukkig een milde ziekte maar soms niet zulke milde ziekte hebben, komt er natuurlijk ook meer druk op testen. Er komt meer druk op het feit dat een heleboel personen in isolatie zijn. Voor elke persoon in isolatie gaat het om drie tot drieënhalf nauwe contacten, die dan ook in quarantaine gaan.

Dat ziet u op de volgende slide. Als we bijvoorbeeld, zoals afgelopen week, 50.000 personen hebben die op een bepaalde dag ziek zijn, dan kunt u rekenen dat als die personen zeven dagen ziek zijn – dat zijn ze gemiddeld, althans dat is de isolatieduur – je dan dus praat over 400.000 personen die op een bepaald moment gewoon ziek thuis zitten. Dat noemen we de prevalentiegraad.

Als u dan rekent dat er per melding ongeveer drie contacten zijn, dan ga je dus van 50.000 naar 150.000. Dat zijn de personen die niet ziek zijn maar wel in quarantaine moeten. Die quarantaine duurt vijf dagen, niet zeven



dagen. Dan kom je uit op 750.000; uiteindelijk is dat, opgeteld, natuurlijk het aantal personen die niet aan het arbeidsproces kunnen deelnemen. Voor een aantal is dat natuurlijk volkomen terecht, want zij zijn gewoon ziek en moeten uitzielen, maar er zit natuurlijk ook een aantal bij in quarantaine. We weten dat daar lang niet iedereen ziek wordt, dus dan zou je zeggen dat dat als het ware het verlies is. Dat is natuurlijk ook de reden dat we kritisch naar die quarantaineregels kijken, zeker voor de cruciale beroepen waar dit natuurlijk nog meer geldt, misschien, dan voor andere beroepen, en dat we ook proberen dat op verantwoorde wijze te versoepelen.

Dit heeft ook tot gevolg dat de druk van de ziekenhuizen en de ic's meer naar de bevolking zelf gaat. Dat belast dan natuurlijk weer de hele zorgketen, van huisarts tot verpleeghuis. Maar er zijn natuurlijk ook vele andere sectoren die net zozeer belast worden door zieken.

**De voorzitter:**

Een verduidelijkende vraag van de heer Mulder.

**De heer Edgar Mulder (PVV):**

Kunt u uitleggen wat u verstaat onder «ziek»? U heeft het over 50.000 meldingen per dag, maar wat betekent het dan als u zegt: die zijn ziek?

**De heer Van Dissel:**

Die personen hebben zich om de een of andere reden gemeld om zich te laten testen. Over het algemeen doen we dat voor klachten. Dan stellen we een infectie vast; een infectie met klachten noem je een infectieziekte vanwege het feit dat er klachten bij zijn. Die zijn natuurlijk ook per definitie besmettelijk voor anderen, want dat is de reden dat ze in isolatie gaan.

**De heer Edgar Mulder (PVV):**

U bedoelt dus eigenlijk: ze zijn positief getest.

**De heer Van Dissel:**

Het zijn positieve meldingen, ja, dat heb ik ook weergegeven. Als ik dat niet duidelijk had genoemd: ze zijn positief getest bij de GGD of door een zelftest. Dat doen ze naar aanleiding van klachten en vervolgens gaan ze in isolatie omdat ze ziek zijn.

Dan nog even heel kort over de vaccinaties, met name de boostervaccinaties. De boostervaccinaties kunnen we natuurlijk alleen maar geven als er al eerdere vaccinaties hebben plaatsgevonden.

**De voorzitter:**

Nog één verduidelijkende vraag van de heer Azarkan.

**De heer Azarkan (DENK):**

Nog even voor de duidelijkheid. De heer Van Dissel sloot het vorige blokje af door te zeggen: ze gaan in isolatie omdat ze ziek zijn. Zou dat niet moeten zijn: ze gaan in isolatie omdat ze besmettelijk zijn?

**De heer Van Dissel:**

Dat is wat ik noemde.

**De heer Azarkan (DENK):**

Maar er is een verschil tussen ziek en besmettelijk. Daar ging het mij even om. U zei «omdat ze ziek zijn», maar is het niet eerder «opdat ze anderen niet kunnen besmetten»? Daar gaat het om.

**De heer Van Dissel:**

Je wil niet dat ze anderen besmetten, zeker. Het is dus een maatregel om de voortgang in de bevolking te dempen, terwijl die persoon, als hij

weinig klachten heeft, misschien wel denkt: ik kan eigenlijk wel naar het werk. Maar dat is nou juist niet de bedoeling.

**De voorzitter:**

Nu ontstaat het risico dat we hier een discussie over krijgen. Een korte verhelderende vraag, alstublieft.

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

Kort. Als je asymptomatisch bent, dan ben je toch niet besmettelijk? Dan zou die quarantaineregeling toch niet moeten gelden voor diegene?

**De heer Van Dissel:**

Nee, maar dan kom je in een paradox, want waarom doe je dan een test? Natuurlijk hebben we in bepaalde gevallen testen ingeregeld, juist om het risico te reduceren, om een deel van de groepen die geen klachten hebben, eerder op te vangen. Dus in theorie heeft u gelijk, maar in de praktijk is dat natuurlijk maar een heel klein aandeel van het aantal dat ik hier noem. Want als je geen enkele klacht hebt, waarom zou je dan laten testen, zeker bij de GGD als je drie dagen daarop moet wachten? Het gaat om ziekte. Het gaat om personen die positief getest zijn, waarvan je niet wil dat ze, ook al zijn ze misschien niet erg ziek, op het werk of waar dan ook anderen besmetten. Dat is de reden waarom we isolatiemaatregelen nemen.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**De heer Van Dissel:**

Dan kort even de vaccinaties en de boosters. U ziet dat de groep boven de 60 jaar een percentage van 90 bereikt. Boven de 18 betekent dat ongeveer 75%. Voor de duidelijkheid: dat zijn allemaal personen die eerder de standaardvaccinatierreeks hebben ontvangen, dus dat is niet de hele bevolking. Vandaar dat al die getallen steeds weer wat anders zijn, want er zijn ook personen die wel gevaccineerd zijn, maar wel binnen drie maanden. Ook dan mag je nog even. En je hebt personen die al dan niet gevaccineerd zijn en die de infectie hebben gehad. Dan mag je ook nog drie maanden. Dus die optelsom is altijd complex, maar daar heb ik u de vorige keer al iets over laten zien.

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

Ik ben nu even in verwarring, maar misschien lees ik het verkeerd. De heer Van Dissel laat op pagina 5 zien: 57% van de hele bevolking boven 18 jaar. Nu zie ik dit, maar misschien zit ik nu twee dingen door elkaar te halen.

**De heer Van Dissel:**

Dat is precies wat ik net probeerde uit te leggen, maar misschien ging ik te snel. Hier staat het weergegeven op de basisreeks. Dat betekent dat je gevaccineerd moet zijn, maar niet iedereen is gevaccineerd. Het getal dat u net hoorde, ging over de hele bevolking. Daar zitten ook de niet-gevaccineerden bij. Dan heb je ook nog eens dat het boven en onder de 12 kan zijn. Helaas. Dus in wezen heb je drie verschillende percentages. Daar komt het op neer. Dat maakt het verwarrend. Dat erken ik direct, maar ze kloppen allemaal, helaas.

Dan even de bijwerking van de vaccineffectiviteit tegen ic- en ziekenhuisopnames. Dat is tot midden vorige week, 13 januari. Dat betekent dat de aantallen die u hier ziet, uiteindelijk deels door een combinatie delta-omikron worden beïnvloed, al zullen de patiënten die voor 13 januari definieerbaar met omikron werden opgenomen gering zijn, want dat begint eigenlijk nu pas op gang te komen. U ziet hier dat de boosters een belangrijke verhoging van de bescherming geven. Als u bijvoorbeeld kijkt

naar de groep boven de 70 jaar, dan ziet u dat de basisvaccinatie op dat moment zo'n 76% bescherming geeft en dat de booster dat naar 96% brengt, waarbij nogmaals opgemerkt dat het hier vooral nog de deltaopnames zal betreffen. Als u naar de ic kijkt, ziet u eenzelfde getal: we gaan van 89% naar 98%. Met andere woorden, die boosters doen heel goed werk, zij het dat het in de tabel die ik u hier laat zien, vooral over de delta gaat.

Het tweede wat u ziet, is het aantal gevaccineerden en ongevaccineerden onder de opgenomen patiënten. Op de verpleegafdelingen is 54% van de patiënten die in deze periode zijn opgenomen, in het geheel niet gevaccineerd. Voor de ic is dat twee derde, 68%. De hausse in ziekenhuisopnames die we gehad hebben, betreft dus toch voor meer dan de helft patiënten die niet gevaccineerd waren en voor de ic's ongeveer twee derde. Dat kan nu natuurlijk weer gaan veranderen omdat omikron zich nu eenmaal wat anders gedraagt ten opzichte van de vaccinaties.

Samengevat zien we dat het aantal testen snel toeneemt en dat de overgrote meerderheid op dit moment met de omikronvariant besmet wordt. We denken bijna 100%. Dat is in lijn met de afgeleide surveillance met rioolwater. Die is niet beïnvloed door gedrag, dus dat is een belangrijke surveillancemaat. En we zien nu met name een toename onder de jeugd in het primair en voortgezet onderwijs.

We zien dat de opnames in het ziekenhuis en op de ic zijn afgenomen. Op de ic nemen ze nog steeds wat af. In het ziekenhuis nemen ze inmiddels al wat toe. Dat lijkt dus een kanteling aan te kondigen, waarbij het grote aantal omikroninfecties zich ook gaat vertalen naar ziekenhuisopnames en hopelijk minder ic-opnames. We zien dat er momenteel geen oversterfte meer is. Dat heb ik niet geïllustreerd aan de hand van een grafiek. Dat wordt nader geanalyseerd. Daar hebben we momenteel nog geen aanvullende gegevens van. Bij de oudere groep was de vaccineffectiviteit wat afgenomen ten opzichte van delta. U heeft gezien dat de booster een belangrijke invloed had op de vaccineffectiviteit door die wat terug te brengen. Die geeft ook enige bescherming tegen de omikronvariant, zij het wat minder. Dat zult u straks zien. De booster zal met name beschermen tegen ernstige ziekte, hopen wij, en daardoor het aantal ziekenhuisopnames en ic-opnames beperken.

Dan wilde ik u kort ook even wat buitenlandse getallen laten zien. Dan gaat het met name om deze grafiek. Daar moet ik u even rustig in meenemen. Die geeft een vergelijking tussen een aantal landen. U wilt, terecht, dat wij het modelleren en maken van prognoses baseren op de laatste aannames, op realistische getallen. U zult straks zien dat dat verder is aangepast, maar ik wil hier illustreren dat dat toch wel ingewikkeld is en erg afhankelijk van het land waarnaar je kijkt.

Als we even de grafiek linksboven pakken, dan zien we de situatie in Spanje. Wat u ziet weergegeven, is sedert de start van vorig jaar – ik geloof ietsje daarvoor zelfs – tot nu het aantal besmettingen, de ziekenhuisopnames, de ic-opnames en de sterfte. Hoe men dat hier heeft weergegeven, is dat dat allemaal genormaliseerd is op de piek van de alfavariant. Dat heb ik weergegeven met de blauwe pijlen. U ziet dat dat precies op 100% uitkomt. Hoe hoog ook het actuele aantal, men heeft de piek op 100% gezet. Wat heeft dat voor voordeel? Als je daarna naar het verloop door het jaar kijkt, met name naar de huidige toename van de omikronvariant – je ziet dat die in Spanje omhoogschiet – dan kan je als het ware relatief zien of de ziekenhuis- en ic-opnames tijdens de omikrongolf in dezelfde mate toenemen als tijdens de alfgolf. In Spanje zie je dat die in belangrijke mate achterblijven. Daaruit kan je concluderen dat er minder ziekenhuisopnames zijn. Je ziet dat de ic zelfs nog een beetje meer achterblijft en dat de sterfte ook in belangrijke mate afneemt. Los van het feit dat ze in Spanje momenteel ongeveer zes keer meer ziekenhuisopnames hebben dan in Nederland – dat heb ik u ook vorige week laten zien – liggen die desalniettemin in belangrijke mate lager ten

opzichte van hun eerste piek vorig jaar, terwijl de meldingen hoger liggen. Dan zou je kunnen concluderen: oké, omikron is minder ziekmakend en zorgt voor minder ziekenhuisopnames en minder ic-opnames. Dan vraag ik u als tweede even naar de grafiek rechtsonder, of eigenlijk rechts midden, te kijken. Dat is de grafiek van de Verenigde Staten. Ook die is weer genormaliseerd op de eerste piek. Als u naar de omikronpiek kijkt, dan ziet u dat omikron natuurlijk ook in Amerika een belangrijke toename toont van het aantal meldingen. Maar in tegenstelling tot Spanje overschrijdt het aantal ziekenhuisopnames momenteel in Amerika de eerste piek, want het aantal opnames zit boven de 100%. Voor Amerika geldt dus het gunstige beeld dat je momenteel uit Spanje ophaalt, veel minder. U ziet dat ook de ic-opnames boven die piek zitten die ze allereerst hadden. Met andere woorden: in Amerika is de belasting van de zorg op dit moment belangrijk hoger, al zijn er natuurlijk ook weer verschillen tussen delen van Amerika, dan de belasting van de zorg in Spanje.

Hetzelfde ziet u hier weergegeven voor Duitsland, maar Duitsland heeft natuurlijk relatief nog maar een geringe toename. Voor Engeland... U ziet dat ook voor Israël, en Israël is natuurlijk ook een interessant voorbeeld. U ziet daar eigenlijk het beeld van Amerika, namelijk nu een toename van de omikronbesmettingen en een toename van ic- en ziekenhuisopnames. Terwijl Israël natuurlijk het land was dat als eerste had geboosterd. Dat is dus eigenlijk een illustratie ervan dat je, als je te snel hebt geboosterd, de deltavariant hebt gedrukt, maar voor de omikronvariant is de booster waarschijnlijk alweer te lang geleden. Dat ziet u in deze getallen terug.

**De voorzitter:**

Een korte verduidelijkende vraag van de heer Azarkan.

**De heer Azarkan (DENK):**

Ja, een hele korte vraag. U ging heel snel voorbij Duitsland. Nu lijkt dat het land dat... Nou, je zou kunnen zeggen: Nederland is een provincie van Duitsland. Maar u zei: daar zien we een geringe toename, maar als ik daarnaar kijk, dan zie ik een toename in percentages vergelijkbaar met die in Spanje, in Engeland en in de Verenigde Staten.

**De heer Van Dissel:**

Ja, en dat komt natuurlijk doordat ze eerder... Kijk, in absolute aantallen ziet u nu ook dagelijks in de krant dat Duitsland nog heel erg laag ligt. Ten opzichte van hun eerdere golf zitten ze qua percentages wel ongeveer even hoog, maar qua aantallen besmettingen per 100.000 inwoners zitten ze in Duitsland momenteel het laagst van Europa. Dat maakt dat Duitsland dus ook qua ziekenhuisbelasting momenteel heel erg laag zit. Dat ziet u in deze grafiek terug. Natuurlijk is het aantal meldingen in Duitsland ten opzichte van januari wat toegenomen, maar in het Europese beeld zitten ze helemaal onderaan. Ik geef toe dat het wellicht wat ingewikkeld is dat dat hier als percentage wordt weergegeven. Als je begin van dit jaar laag zat, absoluut, dan zit bijvoorbeeld Duitsland nu ook laag.

**De voorzitter:**

Ook nog een korte verduidelijkende vraag van mevrouw Tielen.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

Heldere uiteenzetting, maar meneer Van Dissel begon met «dit gebruiken we natuurlijk ook om onze modellen te actualiseren». Hoe dan? Wat gebruikt u dan hiervan in de modellen die u nu gebruikt om tot een soort van verwachting te komen?

**De heer Van Dissel:**

Daar kom ik zo uitvoerig op terug. Ik wilde dit vooral gebruiken als illustratie. We lezen weleens opmerkingen in de krant als zouden modellen niet kloppen of wat dan ook. Modellen zijn zo goed als de aannames die je erin stopt. Ik wil hiermee alleen maar illustreren dat die aannames per land ook nog eens belangrijk verschillend kunnen zijn. Als je nu alleen naar Amerika zou kijken als voorbeeld, dan kom je op heel andere aannames uit dan wanneer je bijvoorbeeld Spanje als voorbeeld neemt of Denemarken, maar daar was dit helaas niet voor uitgerekend. Dat is om duidelijk te maken dat daar keuzes in zitten en die probeer je te duiden en te beredeneren. Daar kom ik zo op terug.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Gaat u verder. Ik wil even vragen of de leden meneer Van Dissel zijn verhaal willen laten afmaken. Dan gaan we aan het eind de vragen stellen. Nog één korte verduidelijkende vraag.

**Mevrouw Gündoğan (Volt):**

Er is volgens mij één variabele die verklaart wat die verschillen zijn, namelijk het vaccinatie- en boosterpercentage. Of mag ik dat niet zo stellen?

**De heer Van Dissel:**

Die heb ik er natuurlijk niet voor niks tussen gezet. Maar Israël maakt duidelijk hoe ingewikkeld dat zit, want daar zijn de boosterpercentages hoog, terwijl dat nu geen effect heeft. Aan die boostervaccinatiepercentages kun je natuurlijk ook niet zien wanneer ze precies gezet zijn. Ik geef alleen maar aan dat het helaas toch altijd weer complexer is dan het op het eerste gezicht misschien lijkt.

Dan geef ik ten slotte Denemarken nog even weer. Denemarken is een land waar we eigenlijk heel nauwgezet naar kijken, omdat dat in het verleden toch ook redelijk vergelijkbaar leek met Nederland. Ze doen ook rioolwatersurveillance en u ziet dat het in Denemarken eigenlijk in dezelfde richting als Nederland gaat, namelijk een toename. In het allerlaatste rapport van midden vorige week ziet u weergegeven: rioolwater, het aantal positieve testen, ziekenhuis- en ic-opnames en het aantal testen. Dat moet u dan aflezen aan de linkerzijde. Dat zijn de nieuwe getallen voor al die onderdelen.

Ik laat het zien omdat Denemarken nog steeds een toename ziet van het aantal ziekenhuisopnames. Dat loopt natuurlijk in lijn met de toename van het aantal gevallen in de maatschappij in Denemarken. Dat zat gisteren op zo'n 40.000 à 42.000. Dat moet u dan ongeveer maal drie doen voor de Nederlandse situatie. Denemarken zit momenteel dus ongeveer grofweg op de dubbele incidentie van die in Nederland. Dat zou betekenen dat wij van 60.000 naar 120.000 per dag zouden gaan, een duizelingwekkend aantal. U ziet hier ook hoe zich dat dan vertaalt in ziekenhuis- en ic-opnames. Met name de ic-opnames blijven ook in Denemarken duidelijk wat achter ten opzichte van de eerdere keren. Het is een zogenaamde semilog-schaal, maar als u het op de y-as, dus aan de linkerzijde, op de schaal zet, dan ziet u ongeveer dat de ic-opnames een op tien zijn ten opzichte van de ziekenhuisopnames. U zult straks zien dat dat ook het getal is dat wij daarvoor inmiddels aanhouden.

Dan komen we nu op die modelleringen. Ik heb het reproductiegetal al genoemd en dat is dus weer wat gestegen. De ziekenhuizen zijn op korte termijn gestabiliseerd. Op langere termijn voorspellen we daar toenames. De vraag is dan natuurlijk: hoeveel? Ik zal laten zien dat de prognoses natuurlijk afhankelijk zijn van de eigenschappen die we de omikronvariant toedichten. Voor Nederland kennen we die nog maar in zeer beperkte mate, omdat er nog maar weinig omikron is opgenomen in het ziekenhuis en al helemaal niet op de ic, ofschoon er wel een aantal in de ic zijn opgenomen. We kunnen dat dus nog niet iken op de Nederlandse

situatie. Dat zal uiteindelijk toch moeten, want het zijn niet alleen vaccinaties en boosters die maken hoe een land zich gedraagt. Het is ook hoeveel eerdere infecties ze hebben doorgemaakt. In Engeland is dat bijvoorbeeld heel erg hoog. Je ziet het in Engeland nu dalen. Dat is mooi, maar de geweldige deltagolf die ze gehad hebben en die wij ons nooit zouden hebben toegewenst, geeft natuurlijk weer relatieve bescherming in Engeland, ook al is dat niet absoluut.

Goed, de prognoses. Die doen wij op grond van de meldingen op dit moment en op grond van het transmissiemodel. Dus eerst weer even de meldingen op dit moment. Hoe werkt dat ook alweer? Nou, we weten hoe hoog het aantal meldingen gister was. We weten op grond van de afgelopen weken wat de relatie was tussen meldingen en ziekenhuisopnames. Er zit uiteraard een leeftijdseffect in. Dat kan veranderen door de tijd, maar dat kunnen we allemaal meenemen. Dan kunnen we door middel van een relatief simpel regressiemodel gaan berekenen tot hoeveel opnames de meldingen van gister tot volgende week leiden. U ziet daar achtereenvolgens de grafieken van. Hier ziet u de kansen, met andere woorden: teruggerekend van de meldingen het aantal ziekenhuisopnames na een week. U ziet dat voor de verschillende leeftijden weergegeven. De jeugdige personen hebben een geringe kans en die zitten dus onderaan. En voor met name 60-plus gelden de meeste opnames. Die ziet u aan de bovenzijde. Links is dat dan voor de ziekenhuisopnames en vervolgens kan je natuurlijk ook vaststellen hoeveel van de ziekenhuisopnames uiteindelijk naar de ic moeten. Dat ziet u aan de rechterzijde. Dat is ietsje dalende, maar dat lag eigenlijk steeds zo rond die 20%. De alleroudsten gingen eigenlijk niet naar de ic en die ontbreken daarin. Dit kan je doorberekenen naar de aantallen die we hebben gehad. Dat ziet u op deze grafiek weergegeven met opnieuw per leeftijdscohort het aantal ziekenhuisopnames aan de linkerzijde en de ic-opnames aan de rechterzijde. Wat natuurlijk opvalt, is dat er bij de bovenste drie cohorten, de jeugdigen tot 30 jaar, eigenlijk nauwelijks ziekenhuisopnames zijn. Het begint eigenlijk pas echt op te lopen vanaf 50 en vervolgens 60 jaar. U ziet hier natuurlijk ook weergegeven dat er uit de 80-plus, steeds het meest rechtsonder in de grafiek, behoorlijk wat ziekenhuisopnames voortkomen. Maar voor de ic ziet u eigenlijk een vlakke lijn. We weten dat de uitkomst, als je op die leeftijd naar de ic moet, dusdanig slecht is dat dat in de praktijk eigenlijk nauwelijks gebeurt. Dat ziet u ook terug in die platte lijn. Dit maakt het mogelijk om het allemaal op te tellen en dan krijgt u natuurlijk de voorspelling op korte termijn. Dat is op deze twee grafieken weergegeven. Voor de ziekenhuisopnames ziet u als voorspelling de blauwe lijn. De voorspelling is dat die de komende week wat toenemen, met onzekerheid. De zwarte dots zijn de gerealiseerde getallen en dat zijn dus de gemeten waarden tot nu toe. Het stukje voorspelling voor die ene week maakt voor de ziekenhuizen duidelijk dat dat wat schommelt, maar omhoog lijkt te lopen. U ziet voor die ene week op de ic dat de voorspelling is dat het nog afneemt. Voor de ic voorspellen we dus een afname en voor de ziekenhuisopnames een toename.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van Esch heeft een korte aanvullende vraag over deze sheet. Maar nogmaals, ik vraag de leden om heel terughoudend te zijn, want anders komen we niet aan het eind van de presentatie.

**Mevrouw Van Esch (PvdD):**

Dat snap ik. Ik had een korte vraag over de sheet hiervoor. Het lijkt in die sheet of er een toename is van het aantal ziekenhuisopnames bij de leeftijd van 0 tot 9. Ik was benieuwd of dat klopt en wat dat dan precies inhoudt.

**De heer Van Dissel:**

Dat klopt. Dat heeft u misschien ook in de krant kunnen lezen. Maar de aantallen zijn natuurlijk zeer gering. In de praktijk zijn het vooral zeer jeugdigen die ter observatie worden opgenomen, omdat men zo voorzichtig mogelijk wil zijn.

De **voorzitter**:

In één zin, meneer Azarkan.

De heer **Azarkan** (DENK):

Ook heel kort. Ik begrijp uit de grafiek op sheet 23 dat de waargenomen uitkomst...

De heer **Van Dissel**:

Dat zijn de zwarte dots.

De heer **Azarkan** (DENK):

Maar dat is dan de helft van de meest waarschijnlijke, namelijk die blauwe.

De heer **Van Dissel**:

Ik snap niet wat u helemaal bedoelt. U doelt waarschijnlijk op de laatste waarde, die twee dots die er helemaal onder hangen.

De heer **Azarkan** (DENK):

En rechts ook. Ik zie een projectie op basis van modellen.

De heer **Van Dissel**:

Nee, maar uw vraag is volledig terecht, want daar had ik iets aan toe moeten voegen. De laatste waarden kennen namelijk nog een narapportage-effect. Met andere woorden, die hadden... Misschien moeten we die de volgende keer gewoon weglaten of met een pijltje aangeven. Dat zijn nog niet de uiteindelijke waarden. Omdat er altijd achterstand in rapportage is, gaan die getallen nog omhoog. Dat zijn die getallen waarvan u nu terecht zegt: die vallen helemaal buiten die blauwe lijn. Maar dat zijn dus nog niet de definitieve getallen. Dat had ik inderdaad nog even moeten toevoegen. Eerder had ik altijd een pijltje met rapportagevertraging, maar bij deze heb ik die nou net weer weggehaald. Dan de prognoses op het transmissiemodel. Daarbij wil ik nog even in herinnering roepen waar het bij de infecties ook alweer om gaat. Het gaat in wezen om de formule die daaronder staat. We hebben een waarschijnlijkheid van overdracht per contact. We hebben een aantal contacten en we hebben de duur dat iemand besmettelijk is. Die waarschijnlijkheid van overdracht per contact hangt natuurlijk af van hoe intens dat contact is. Nou, die intensiteit hangt af van de duur en van de afstand. Daar komen natuurlijk ook de indelingen van: als je meer dan een kwartier binnen 1,5 meter bent, dan neemt het risico toe. Dat is ook wat je gebruikt voor het bron- en contactonderzoek. Dus hoe intensiever het contact, hoe groter de kans dat er overdracht is. Daarbij komt natuurlijk ook het aantal contacten. Als je heel veel laagrisicocontacten hebt, dan leidt dat uiteindelijk natuurlijk ook tot overdracht. Tegelijkertijd geldt: als je weinig intensieve contacten hebt, dan kan dat ook tot overdracht leiden. Dat even ter achtergrond, want het model waar de prognoses mee gedaan worden, berust natuurlijk op zo'n grondregel, namelijk dat we contacten hebben en dat die contacten kansen hebben op overdracht, en dat de mate van overdracht per situatie kan verschillen en ook qua duur en qua intensiteit van het contact. Dat betekent dat we voor dit model nauwkeurig inzicht moeten hebben in het aantal contacten dat iemand heeft. Dat wordt steeds om de zoveel tijd weer herijkt, maar ik wilde u hier eigenlijk nog een vrij simpele indeling laten zien. Daarbij ziet u op de x-as, de horizontale as, de leeftijd van degene die contact heeft met iemand die

wordt weergegeven op de y-as. De intensiteit daarvan wordt weer met kleuren weergegeven, de zogenaamde heatmap. Wat u bijvoorbeeld ziet als u linksboven kijkt, is dat de gele blokjes met name de situatie betreffen waarbij leeftijdsgenoten elkaar ontmoeten. Het cohort dat u aan de x-as vindt, is hetzelfde cohort dat aan de y-as is. Dat is ook logisch. We weten natuurlijk dat de meeste contacten op de middelbare school zijn. U ziet dat dat het meest geel is. Tegelijkertijd hebben deze personen ook contact met hun ouders en grootouders en hebben de grootouders onderling contact. Zo ziet u heel duidelijk dat verloop in contacten.

De matrix daarnaast is de situatie tijdens de eerste lockdown, de zogenaamde «intelligent lockdown». U ziet dat alle kleuren een stuk minder geel zijn. Dat komt omdat er in die periode veel minder contacten waren. Dat is natuurlijk ook wat je beoogt, want contacten leiden in principe tot overdracht. Die wil je omlaag brengen. U ziet dat dat ook gebeurd is. Daarnaast zijn er nog een aantal andere metingen verricht. U ziet eigenlijk dat de invloed van de maatregelen een stuk minder was, want je ziet toch weer behoorlijk wat gele kleurtjes. Dat weten we natuurlijk ook. Dit hebben we in dit geval voor binnen en buiten het huishouden geplot, zoals u dit ook kent voor de horeca en voor de bioscoop. Zo is die kennis er. U kunt zich voorstellen dat je door die contacten te gebruiken als punt van overdracht, ook kunt gaan voorspellen en modelleren wat eruit komt en hoeveel ziekenhuisopnames en ic-opnames dat bijvoorbeeld geeft.

Dat is precies hoe het model werkt. Zoals we zullen zien, zitten daar natuurlijk wel een aantal aannames in. Want als je voorspellingen wilt doen, moet je wel uitgaan van bijvoorbeeld hoeveel zieken er wel of niet naar het ziekenhuis gaan. Dat hangt af van de eigenschappen van het virus. Die kennen we nog niet allemaal. Die moeten we nu uit andere landen proberen op te halen en te duiden. Die aannames kunnen we dan in het model stoppen.

Hier ziet u wat het model allemaal meeneemt. We kunnen namelijk veranderingen in gedrag en de booster daarin invoeren. Op de veranderingen in gedrag kunnen we correcties doen door de voorspelling die het model maakt en het actuele getal dat bereikt wordt. Dat doen we eens per week. We kunnen die op elkaar ijken. Als je het ijkt, haal je het verschil tussen wat voorspeld werd en wat bereikt is, als het ware per definitie weg. Op die wijze kun je corrigeren voor gedrag of voor als je wel iets wilt doen, maar dat niet wordt opgevolgd.

Zoals ik eerder ook al eens heb genoemd, gaat het model er wel van uit dat Nederland een homogene mix is. Daar is het model natuurlijk ook op gebaseerd, want je kunt het niet per dorp apart doen en dat allemaal optellen. Misschien zou dat kunnen, maar dat kan de computer van het KNMI, waar dit gebeurt, niet aan. Het is dus een homogene mix. Dat levert soms wat deviaties op, met name dat je heel veel verspreiding in een aantal dorpen ziet, zoals we eerder hebben gehad gedurende twee weken tijdens delta. Dat was bijvoorbeeld in Urk. Dat kunnen we natuurlijk niet in dit model voorspellen, dus dan moet je daarvoor corrigeren.

Dan zijn er een aantal relevante veranderingen van de delta- ten opzichte van de omikronvariant. Die laat ik hier nog even zien. Allereerst kijken we in Nederland min of meer realtime wat bijvoorbeeld de kans is om op de ic te belanden. U ziet dat die wat gewisseld is in de loop van de uitbraak, maar dat die momenteel wat omlaag lijkt te gaan. Als je naar andere landen kijkt, zie je daar hetzelfde fenomeen gebeuren. Dat heeft er bijvoorbeeld toe geleid dat in de nieuwe aannames het aantal patiënten dat van het ziekenhuis overgeplaatst moet worden naar de ic-afdeling niet een vijfde, maar een tiende is. Dat is een belangrijke daling. U ziet hier ook terug dat de kans dat iemand met omikron moet worden opgenomen in het ziekenhuis, ook ongeveer 40% lager is dan bij de deltavariant. U ziet een aantal referenties weergegeven waarop we dat baseren. Dat zijn gegevens uit Europese landen en gepubliceerde gegevens.



Er is net weer een verhaal uit Portugal verschenen. Dat probeer je te duiden. Het opnamebeleid in Portugal is ongetwijfeld anders dan in Nederland. Dat moet je er dus weer op de een of andere manier in proberen te verdisconteren. Maar uiteindelijk leidt dit ertoe dat wij nu uitgaan van 40% minder opnames en dat de kans om op de ic te belanden 10% is van het al mindere aantal opnames. Dat was eerder ongeveer 20%. Dan heb je nog zoiets als de ligduur: hoe korter de ligduur, hoe minder de bezetting van het ziekenhuis bij hetzelfde aantal opnames. Ook daar ziet u veranderingen in, deels ook weer ingegeven door onder andere stukken uit Californië en de verandering in het serieel interval. Die is van belang bij de modellering.

We moeten natuurlijk aannames doen over hoe goed de boostervaccinatiecampagne verder verloopt. Dat doen we op grond van de registratie van de gezette en de geplande prikken. Dat ziet u hier weergegeven, maar dat is natuurlijk geen zekerheid. Want als iedereen na de persconferentie van gisteren denkt dat de booster niet meer nodig is, betekent dat meteen dat onze inschattingen nu te optimistisch zijn. Dat zeg ik voor de duidelijkheid. Vandaar dat wij erg benadrukken: ga die booster gewoon halen! Dan hebben we de toename van omikron ten opzichte van delta. We zitten inmiddels op 100%. U ziet hier weergegeven hoe dat in een aantal testomstandigheden in Nederland verlopen is. In de ene stad was het wat eerder dan in de andere stad, maar uiteindelijk zitten we nu gewoon op 100%.

De inschatting van de effectiviteit van de vaccinaties is ook van belang. Ook daar zijn er steeds subtiele veranderingen gaande. U ziet hier weergegeven wat de vaccineffectiviteit tegen infectie is, dus een positieve melding bij de GGD, en tegen de ziekenhuisopname is. Dat ziet u weergegeven voor de standaard twee doses en voor de twee doses plus de booster. We hebben het hier weergegeven voor de deltavariant en de omikronvariant. De omikronvariant is nu het meest relevant. U ziet bijvoorbeeld aan de eerste lichtblauw gekleurde balk dat de bescherming van een standaarddosis tegen omikron bij maximaal 20% ligt, terwijl die bij delta toch een factor twee tot tweeënhalf hoger lag. Dat beschermt daar dus minder tegen. U ziet dat het met de booster weer wat hoger wordt en naar zo'n 50% gaat. U ziet dat de effectiviteit tegen ziekenhuisopnames gewoon nog steeds hoger ligt. Wij schatten in dat het met name voor de ic-opnames hoger is dan de getallen die u hier ziet. Tegelijkertijd is het ook duidelijk dat het lager is dan de vaccineffectiviteit tegen delta. Dan heb ik hier «laag» en «hoog». Dat houdt in dat we in de modellering ook met een range werken. Laag en hoog is apart doorgerekend. Ter vergelijking ziet u hier de percentages die de Engelse modelleurs aanhouden. Het verschilt op geen enkele wijze van de Nederlandse getallen.

Dan ga ik door met de resultaten, allereerst met de kortetermijnprognoses. Net zoals ik u liet zien voor het regressiemodel, ziet u dat wat betreft de ziekenhuisbezetting, de opnames, eigenlijk het laagste punt gepasseerd is. U ziet daar weer een punt onder hangen. Dat is weer zo'n punt met rapportagevertraging, dus dat zal ongetwijfeld omhooggaan. U ziet dat de voorspelling op de korte termijn is dat het aantal opnames gaat toenemen en uiteindelijk ook de bedbezetting.

Op de volgende slide ziet u dit voor de ic's. Daar is er ook weer één punt met rapportagevertraging. Eigenlijk is dit hetzelfde beeld als wat ik u net toonde. Het gaat in dit geval om het rode lijntje. U ziet dat we daar de bocht hebben genomen. Voor de duidelijkheid nog even: de groene en de blauwe lijn zijn eigenlijk controlelijnen, want die golden als bepaalde maatregelen niet zouden zijn getroffen. Als we het eerder hadden losgelaten, ziet u dat het ook al veel eerder omhoog was geschoten. Dan kom ik op de scenario's die zijn doorgerekend en die tot het OMT-advies hebben geleid. Allereerst is dat het scenario waarbij er geen verdere versoepelingen zouden zijn, anders dan ingezet. Dat gaat

natuurlijk over het onderwijs, de contactberoepen en dergelijke. Dan hebben we het scenario waarbij we teruggaan naar de avondsluiting. Dat is apart uitgerekend: mét en zonder de horeca of de horeca aanvankelijk gesloten en vervolgens geopend. Voor de duidelijkheid: in deze scenario's is meegenomen dat we de avondopening van de sport natuurlijk niet wilden terugdraaien. Dat blijft gewoon zoals het was. Ook wordt aangegeven dat voor cultuurbeoefening meegenomen is dat daar geen afkappunt van 17.00 uur voor gold. Want voor de duidelijkheid: de avondsluiting eerder was van 17.00 uur tot 5.00 uur. Dat hebben we voor deze modulering ook aangehouden. Dus de getallen die u ziet, zijn voor tijden van 17.00 uur tot 5.00 uur.

Wat zijn dan de vele aangepaste aannames op grond van getallen die vorige week beschikbaar zijn gekomen, de voorspellingen? Dat ziet u op sheet 34 weergegeven voor ziekenhuisopnames en ziekenhuisbezetting. Het gaat in eerste instantie om de lijnen. De lijnen geven de mediane schatting weer. De mediane schatting wil eigenlijk zeggen dat dit de lijn is waar 50% van de voorspellingen boven valt en 50% eronder. Dus dit is dan het meest waarschijnlijk, maar het betekent ook dat de helft van de voorspellingen in het ingekleurde gebied erboven zullen liggen en ook de helft eronder. Dat kan het model gewoon niet nauwer duiden.

Dan ziet u het volgende. Als er niks zou zijn veranderd door de toename die we natuurlijk krijgen ten gevolge van de versoepelingen die al waren ingezet – dat is dan de rode lijn – dan leidt dat toch nog tot een toename van het aantal gevallen. Maar als je dat bijvoorbeeld betreft op de deltagolf die we gehad hebben, dan blijft die daaronder. U ziet ook dat de verdere versoepelingen terug naar de avondsluiting, leiden tot een toename van het aantal ziekenhuisopnames en een toename van de ziekenhuisbezetting. Als je dat even op orde van grootte probeert te schatten, komt die net iets hoger dan of ongeveer neer op de deltagolf die we achter de rug hebben. Maar tegelijkertijd wordt er met de pijltjes onzekerheid weergegeven. Ik wil benadrukken dat die lijnen de mediane waarde aangeven. Dat betekent dus, zonder dat je het model iets kunt verwijten, dat de helft van de uitkomsten erboven kan liggen binnen het ingekleurde gebied. U ziet dan toch dat dat weer tot behoorlijke aantallen zou kunnen leiden. Dat hoeft gelukkig niet, maar het kan wel.

Ik ga nu naar sheet 35 met de voorspellingen voor de ic-opnames. Wij hebben de deltagolf er ook nog even aan de linkerkant aan geplakt. Dan ziet u dat de voorspelling is dat met de versoepelingen die we als OMT gesuggereerd hebben, we toch weer uitkomen op waarden die tegen die deltagolfpiek aanliggen. Daarbij moeten we ons realiseren dat we de deltagolf achter de rug hebben. Daar kan niets meer aan veranderen. Maar wat betreft de voorspelling en de onzekerheid, zou de helft van de waarden natuurlijk boven die piek kunnen liggen. Aan de rechterzijde is de bedbezetting weer weergegeven. Opnieuw ziet u, zoals net al aangegeven, nog een punt eronder liggen. Dat is een punt waar de nacalculaties nog op moeten plaatsvinden. Dus die zal zich ongetwijfeld nog meer omhoog begeven.

Waar komt het kortweg op neer? Op sheet 36 ziet u eigenlijk in woorden de samenvatting die ik net gegeven heb. De orde van grootte is toch dat we naar een potentiële piek gaan die erg lijkt op de deltapiek, met de nodige onzekerheden. Ik geef aan dat we gemodelleerd hebben met de avondsluiting van 17.00 uur tot 5.00 uur. Het is dus geen avondsluiting vanaf 22.00 uur. Waarom hebben we dan in de OMT-brief vermeld dat wij 20.00 uur ook nog als optie zien? We hadden terugkijkend het idee dat het winst zou zijn als we kans zouden zien om als het ware alle mechanismen en wat we dan tegenwoordig leefregels noemen om letterlijk met omikron te leven, nog wat aan te scherpen en de opvolging ervan te verbeteren. Vandaar dat verschil tussen 17.00 uur en 20.00 uur in het OMT-advies. Ik wil tegelijkertijd ook een winstwaarschuwing afgeven. Er moeten nog altijd zo'n 3 miljoen boosters gegeven worden. Die moeten dan wel

verzilverd worden, want anders is deze prognose eigenlijk weer te optimistisch. Want die boosters houden natuurlijk een aantal ziekenhuisopnames tegen.

Dit is de curatieve zorg. Wanneer je kijkt naar het aantal infecties onder de bevolking, dan schatten we in dat het aantal toch nog in belangrijke mate zal toenemen. Ik gaf u net al even de vergelijking van Denemarken nu met Nederland. Denemarken zit wat betreft meldingen onder de bevolking nu grofweg op het dubbele aantal van Nederland. Dat is tussen de 100.000 en de 120.000. Dat is toch wel een duizelingwekkend aantal, want daarvan zal toch altijd een bepaald percentage naar de curatieve zorg komen. Dat heb ik u net laten zien. Maar het gaat natuurlijk sowieso een hele grote belasting betekenen voor huisartsen, mantelzorgers, wijkverpleging en verpleeghuizen. Daar zal nu met name druk op liggen, nog naast de druk op de cruciale en vitale beroepen. Ongetwijfeld is er ook uitval bij brandweer, politie en dergelijke. Daar wil je je ook op voorbereiden. Ik denk dat iedereen dat dus ook moet doen.

Ik heb u net de isolatie- en quarantainegevolgen al geschetst. Ik heb ook de uitval van personeel benoemd. Eén staat ongeveer tot drie, drieënhalf. Er wordt natuurlijk steeds kritisch bekeken of er toch aanwijzingen zijn dat dat wat korter kan, of misschien met wat minder risicoreducties op een andere wijze. Dit is natuurlijk allemaal bedoeld om de schade die nu ontstaat in de bevolking, zo veel mogelijk te minimaliseren. Daar komen we ongetwijfeld in de komende weken op terug. De aannames heb ik net al uitvoerig benoemd, dus die zal ik niet opnieuw benoemen. In blauw zijn de aanpassingen weergegeven.

Zoals ik u net al zei, hebben we ook nog gekeken naar de situatie waarin het wat besmettelijker of minder besmettelijk is, en naar de vraag of de booster net wat meer bescherming biedt tegen ziekenhuisopname. Dat noemen we dan «sensitiviteitsanalyses». Je bekijkt hoe gevoelig het model is als je kleine veranderingen in bepaalde parameters aanbrengt. Je krijgt dan een grafiek zoals die hier is weergegeven. De situatie die ik u net toonde, is de situatie linksboven. U ziet die situatie in de andere kwadranten terugkomen als zwarte lijn. Dat is als het ware de referentielijn. Rechtsonder ziet u aan de bovenzijde dat we er in die situatie van uitgaan dat we net wat meer bescherming hebben en dat het ook wat beter beschermt tegen opname. Wat heeft dat tot gevolg? Dat de voorspelling wordt dat de opnamekans beduidend daalt. Er zitten dus onzekerheden in het model die, als we nu te pessimistisch zijn, maken dat we overschatten, waardoor de uitkomst uiteindelijk gunstiger is. Die uitkomst ligt overigens wel binnen de onzekerheidsmarge die ik u al heb aangegeven. Maar zo kunt u ook een aantal berekeningen maken waardoor het minder gunstig wordt. Dat geldt bijvoorbeeld als die boosters minder goed opvolging krijgen.

Dan het OMT-advies. Hierna ga ik afsluiten. Het belangrijkste is dat we weten dat een lockdown wel effectief kan zijn, maar dat uitstel geen afstel is. Als je het stopt, komt het toch weer terug op de wijze waarop het was toen de lockdown begon. Je zal op een of andere manier dus toch door een golf heen moeten. De manier waarop je dat doet, hangt natuurlijk samen met hoe mild of niet mild zo'n variant wordt ingeschat. Inmiddels hebben we natuurlijk een heleboel aanwijzingen dat die milder is en dat we ons in belangrijke mate kunnen beschermen door die boostervaccinatie, ook al weten we dat die misschien korter effectief is. Denk aan de Israëlische data.

We hebben op dit moment het optimale window om van die boostereffectiviteit gebruik te maken, omdat we in Nederland de meeste boosters kort op de omikron gezet hebben. Hopelijk wordt de druk op de curatieve zorg nu minder kritisch, maar we realiseren ons dat de druk op de maatschappij alleen maar groter wordt. Dat heeft alles te maken met het aantal infecties. Ik denk dat het ook belangrijk is dat we ons ervan moeten vergewissen dat als we willen leven met omikron en de maatschappij

willen openen, dat betekent dat de leefregels, de basisregels die we tot nu toe hadden, des te belangrijker zijn. Op die manier zorgen we er in ieder geval voor dat niet alle infecties tegelijk komen en dat daar een zekere uitsmeer in zit. Die uitsmeer is eigenlijk wat ik u net al toonde. Het feit dat die lijn uiteindelijk omlaaggaat, komt natuurlijk doordat de personen die niet beschermd waren, personen die toch omikron krijgen ondanks vaccinatie of personen die niet gevaccineerd zijn, omikron inmiddels hebben gehad. Hopelijk is dat gebeurd met weinig klachten. Uiteindelijk is de weerstand tegen omikron dan zo groot, dat u die curve ziet dalen. Ik heb net al genoemd wat de adviezen waren. Ik heb ook al het punt van de sluitingstijd benoemd en het belang van de maatregelen. Die ziet u hier. Deze grafiek heb ik u al vaker getoond. Het is hier nog een keer weergegeven. De logica die hierachter zit, is om eerst contacten tussen individuen toe te staan, vervolgens tussen individu en groep en vervolgens tussen groepen onderling. Dat vertaalt zich naar de wijze waarop het is aangepakt, bijvoorbeeld ten aanzien van de contactbezoeken versus voetbalstadions, en ten aanzien van lokaal versus regionaal versus nationaal. Dat is natuurlijk ook iets. Bij cultuur zullen er toch weer meer mensen van buiten de regio komen, terwijl je ook regionale dingen kan hebben. Het onderscheid tussen binnen en buiten is daar een belangrijke maat voor. Dat heeft alles te maken met hoe snel die omikron zich kan verspreiden als de maatregelen minder opvolging kennen. Dat ziet u hier grof weergegeven, overigens nog met een basisreproductiegetal van 2,5. We weten dat dit gold voor de eerste coronavariant, maar zeker niet voor de omikronvariant. In de poppetjes aan de rechterkant ziet u weergegeven wat er gebeurt als de opvolging van wat in wezen een aantal basismaatregelen zijn, percentueel terugloopt. Het gaat boven van driekwart, naar de helft naar geen opvolging. U ziet hier weergegeven tot hoeveel infecties dat op zeer korte termijn kan leiden. Elk poppetje wordt vervolgens weer de initiator van zo'n nieuwe golf. Daarom zijn de basismaatregelen, die we tegenwoordig liever «leefregels» noemen, van groot belang.  
Dank u wel.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank voor uw presentatie, meneer Van Dissel. We gaan direct door naar de vragen. Meneer Van Haga, namens Groep Van Haga.

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

Ik heb een vraag over bladzijde 30, over de vaccineffectiviteit. Het is jammer dat daarop de natuurlijke immuniteit ontbreekt. Ik heb een vraag over wat Mark Rutte gister zei tijdens de persconferentie. Ik citeer: «Als mensen de ziekte doormaken, zijn ze ook een tijdje immuun. Maar de beste route naar immuniteit is het vaccin, is de booster.» Mijn vraag aan de heer Van Dissel is of dat klopt. Heb je nou echt een betere immuniteit nadat je een vaccin of een booster hebt genomen, zoals de premier zegt, dan wanneer je op natuurlijke wijze de ziekte doormaakt en overwint? In alle artikelen die ik daarover heb gelezen, staat: je kan zelfs wel tot acht keer zo veel immuniteit hebben als je het op een natuurlijke wijze doormaakt.

**De heer Van Dissel:**

Er zijn verschillen tussen natuurlijk doormaken en vaccineren. Dat komt natuurlijk al door het vaccintarget. In het vaccin gaat het om het S-eiwit. Dat is een essentieel eiwit in «de pathogenese», zoals wij dat noemen, oftewel het ziekmakend vermogen van het virus. Het is belangrijk om een manier te vinden om dat te blokken met antistoffen; dat gebeurt ook. Natuurlijke immuniteit geeft niet alleen immuniteit tegen dat specifieke eiwit, maar ook tegen andere eiwitten in het virus die al of niet een eiwit vormen waar de afweer zich op kan richten. Dat is niet altijd het geval.

Op pagina 36 is de geschatte effectiviteit van vaccins tegen infectie weergegeven. Het is goed dat u dit punt opbrengt, want ik heb het net niet genoemd. Tussen haakjes is weergegeven dat we aannemen dat er sprake is van eenzelfde bescherming na natuurlijke infectie. U kan zien dat we de vaccineffectiviteit van een basisvaccinatie, die tussen de 20% tot 60% ligt, gelijk schatten aan het doormaken van een natuurlijke infectie. Dat nemen we ook in het model mee. Daar zitten natuurlijk ook inschattingen in op grond van de PIENTER-studie en de Sanquin-studie over hoeveel personen immuun zijn door doorgemaakte infectie. Dat wordt allemaal meegenomen in het model, voor de duidelijkheid. We schatten dat grofweg gelijk.

Als de premier de opmerking heeft gemaakt dat het versterkt wanneer je drie maanden geleden een infectie hebt doorgemaakt en nu een booster neemt, dan ben ik het helemaal met hem eens. In die zin is er dus wel een additioneel effect. Maar een doorgemaakte infectie heeft ook een zekere beschermende werking. Tegelijkertijd – dat heb ik u ook laten zien met die doorbraakinfecties – zien we voor omikron dat waar eerder maar 3% een infectie had doorgemaakt, dat inmiddels zo'n 13% is. Dit duidt erop dat ook een doorgemaakte natuurlijke infectie geen absolute bescherming biedt.

De heer Van Haga vraagt nog: hoelang duurt dat dan? Dat is natuurlijk iets wat we leren naarmate we verder komen. Ook dat is dan weer een inschatting. Het zou kunnen dat die bescherming voor omikron korter duurt, net zoals de booster een korter effect heeft, maar dat zal moeten blijken.

De heer **Azarkan** (DENK):

Nederlanders snakken naar vrijheid. Ondernemers willen ondernemen. De cultuursector wil zichzelf weer presenteren en mooie dingen maken. Er zijn een aantal landen die zeggen: wij stoppen met alle maatregelen. Spanje heeft aangekondigd dat op termijn te doen. En ook Schotland en het Verenigd Koninkrijk hebben dat aangegeven. Het meest bijzondere is Denemarken. Denemarken heeft zelfs aangegeven te stoppen met het houden van afstand en met de coronapas. Daar is het klaar. Nu hoor ik de heer Van Dissel zeggen dat Denemarken heel erg lijkt op Nederland. Waarom doen wij dat niet?

De heer **Van Dissel**:

Denemarken lijkt zeker op Nederland, maar dat land ligt wel ongeveer drie weken voor op Nederland. Dat is precies de manier waarop wij ernaar kijken. Verder wil ik toch wel benadrukken dat het percentage boosters er hoger is. Je moet je afvragen hoe de leefregels worden opgevolgd. En er zijn natuurlijk vele andere dingen die meespelen. Je kunt niet zomaar even heel kort zeggen: dit is het aantal besmettingen en ze laten alles los. Het aantal mensen daar dat in de afgelopen tijd een infectie heeft doorgemaakt, speelt een rol. Op zo'n manier moet u ook naar Spanje en ook naar Engeland kijken. Engeland heeft heel veel delta-infecties gehad omdat men daar in die periode ook minder maatregelen had. Dan krijg je dat een deel van de bevolking door die delta-infectie nu toch een zekere bescherming tegen de omikron heeft, zoals de heer Van Haga net aangaf. Die bescherming is niet optimaal, maar er is zeker een zekere bescherming. Zo is de situatie in elk land toch weer anders. In Nederland hadden we kortgeleden nog een zeer belangrijke bezetting van de ic's en de ziekenhuisbedden. Dan wil je niet dat je op dat moment meteen weer een toename krijgt, die Denemarken wel degelijk ziet. U kunt zich misschien herinneren dat dat toen eigenlijk ook een belangrijke reden was voor ons om te zeggen: neem nou striktere maatregelen, want we moeten er eerst voor zorgen dat de bedbezettingen in de ziekenhuizen en op de ic's tot goede aantallen komen. In die ziekenhuizen en op die ic's had men immers al ik weet niet hoelang zo hard gewerkt. Die goede aantallen lijken

we natuurlijk nu door de belangrijke afname bereikt te hebben, in ieder geval in belangrijke mate. Daardoor kunnen we ook weer meer aan. Dus ja, er komen altijd een heleboel dingen samen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Mag ik één vraag stellen, voorzitter? Dank u wel. En wederom dank aan de heer Van Dissel voor de duidelijke uitleg. We kijken naar Denemarken. Mijn buurman refereerde daar ook al aan. Ik lees dat er toch weer een besmettelijker variant aan zit te komen. We praten ook heel veel met elkaar over de lange termijn en de voorwaarden die in de plannen daarvoor moeten worden opgenomen. Als u denkt aan een besmettelijker variant dan de huidige, wat zou dan volgens u een zwaartepunt moeten zijn in zo'n langetermijnplan?

De heer **Van Dissel**:

Langetermijnplanning is natuurlijk altijd ingewikkeld. Je probeert immers altijd te duiden wat er nú gebeurt. En je kunt natuurlijk met name niet voorspellen of die omikronvariant voorlopig het laatste is wat we krijgen. Of komt er toch plotseling weer een andere variant op? En biedt omikron, en met name de afweer die we daartegen hebben opgebouwd, daar dan wel of geen bescherming tegen? Dat is toch een beetje koffiedik kijken, of kijken in een kristallen bol. Duidelijk is in ieder geval dat het scenario waar we nu in verkeren, bepaald niet het beeld van een griep oplevert. Ik heb u hier eerder de verschillende scenario's geïllustreerd die de WRR met de KNAW heeft opgesteld. Een griep is namelijk iets wat jaarlijks in een bepaalde fase terugkeert en verder eigenlijk weinig circuleert. Maar wat hebben we nu in Nederland, en eigenlijk in heel Europa gezien? Op een bepaald moment denken we: nou, nu krijgen we eindelijk een goede kerst. Op zo'n moment komt de volgende variant weer opzetten, die uiteindelijk toch weer tot een heleboel strikte maatregelen leidt. Dus eigenlijk zitten we in Nederland tot nu toe meer in het scenario van continue strijd. Dat betekent dat vaccins niet zonder meer effectief zijn en dat er steeds moet worden gebouwd aan nieuwe.

Het betekent dat je natuurlijk altijd oog moet hebben voor de resilience, de veerkracht van de bevolking en van de economie. Als die in orde zijn, is dat natuurlijk altijd gunstig. Datzelfde geldt voor de ziekenhuizen, en de mate waarin daar toch een soort harmonicasysteem is met betrekking tot bedden. Daar moet je dus zeker aan werken. Want het vertrouwen in vaccinatie zal natuurlijk ook altijd wat afnemen. Stel dat we straks weer een variant krijgen die zich er misschien zelfs nog minder dan de omikronvariant aan gelegen laat liggen of iemand wel of niet gevaccineerd is. Voor de duidelijkheid: ik zeg niet dat dat heel waarschijnlijk is. We verwachten dat er altijd zogenaamde kruisreactiviteit zal zijn, dus kruisbescherming. Maar daarover bestaan geen zekerheden. Er is een hoge mate van onzekerheid of er weer een nieuwe variant komt. Mevrouw Paulusma refereert aan die subvariant van de omikron, die in Denemarken meer speelt dan in Nederland. In ons land is die nog zeer beperkt, maar deze variant lijkt zich wel weer sneller te verspreiden. Zo zouden er natuurlijk ook hele andere varianten kunnen komen, met weer andere mutaties in dat S-eiwit. Dat zijn veranderingen waardoor die varianten zich weer minder van de omikronafweer aantrekken. Dat is echt koffiedik kijken. Maar ik noem ook de algemene maatregelen. Zorg dat je vaccins kunt maken en dat de wetenschap daarachter top of the bill is. Zorg voor allerlei dingen die je altijd nodig hebt, zoals mondkapjes. Zorg voor de meer brede vragen die in de maatschappij leven met betrekking tot dit soort problemen en zorg dat men meer weerbaar wordt. Dat zijn natuurlijk altijd belangrijke onderdelen.

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

Ik dank meneer Van Dissel weer voor de presentatie. Op pagina 14 staat goede informatie over de vaccinatiestatus van mensen die in het ziekenhuis en op de ic worden opgenomen. Ik kijk ook naar pagina 5. Wat is de reden waarom we van de mensen die getest zijn, nog maar van zo'n laag percentage weten wat de vaccinatiestatus is? Dat zou ons ook kunnen helpen.

De heer **Van Dissel**:

U doelt op die 29%. De GGD'en zijn momenteel natuurlijk helemaal overwerkt. Dat kunt u zich vast voorstellen als u naar de aantallen kijkt. Het noteren en doorgeven heeft gewoon iets minder prioriteit. Dat loopt dus achter. Wat betreft de maand december weten we het van 75%. Het zou best kunnen dat we over enige tijd, als het allemaal weer is bijge- werkt, ook de aantallen krijgen die momenteel spelen. Maar dit is wat we gisteren klokslag 22.00 uur binnen hadden. Het zal best nog hoger worden.

De heer **Hijink** (SP):

Opnieuw dank voor de presentatie. Mijn vraag gaat over de subvariant die op dit moment in Denemarken schijnt op te komen: BA.2. Het zijn allemaal van die namen uit Bassie en Adriaan. Die zou omikron alweer aan het verdringen zijn. Sommigen zeggen dat je het eigenlijk als een aparte variant moet beschouwen. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is: in hoeverre zien we deze variant al in ons land? Wat zijn de eventuele risico's van deze variant en wat betekent die voor de modellen die zijn opgesteld en voor wat eventueel nog op ons afkomt?

De heer **Van Dissel**:

Die variant is waarschijnlijk in Denemarken verspreid tijdens een van de twee superspreadingevents waarmee omikron begon in Denemarken. Dat waren vooral hele grote bijeenkomsten, feesten, van studenten. Het is geïntroduceerd vanuit Zuid-Afrika. Als je tijdens zo'n grote gebeurtenis al een geweldige verspreiding hebt van een afwijkend type – het is gewoon de omikronvariant, maar dan een iets afwijkend type – dan kun je je voorstellen dat dat zich meteen verder verspreidt in Denemarken. In Nederland zien we dat in veel geringere mate. We zien dat type wel, maar het percentage is echt nog gering. We zullen moeten afwachten of dat gaat toenemen.

Uiteindelijk gaat het er in Denemarken ook om of de biologische karakteristieken, anders dan de verspreiding, echt anders zijn. Daar zijn eigenlijk nog geen harde aanwijzingen voor. Ik doel dan met name op de vraag hoe ziek je ervan wordt, hoe vaak je naar het ziekenhuis moet en hoe vaak je naar de ic moet. Dat lijkt daar niet zo door te worden beïnvloed, maar dat is iets wat we momenteel nauwgezet volgen. Die mutant is ook in Nederland aanwezig, maar in veel geringere mate. Als de afweer van de ene omikronvariant bescherming biedt tegen de andere, dan zou de variant die we nu hebben daarmee in competitie gaan wat betreft bescherming. Je verwacht dat wel gezien de nauwe gelijkenis. Je kunt ze genetisch uit elkaar halen met sequencing, maar ze lijken natuurlijk wel op elkaar. Ik denk dat we dat voor Nederland echt even moeten afwachten, maar we zien hem wel.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik heb nog een vraag over de vergelijking met een griepgolf. Het gaat niet om de oude discussie over hoe erg het is, maar puur over de gevolgen voor het ziekteverzuim en de zorgbelasting. Kunnen het ziekteverzuim en de zorgbelasting bij een bepaalde variant van corona, zoals de omikronvariant, toch erg lijken op wat we zien bij een ernstige griepgolf, zoals we hadden in 2017 en 2018? Dat is eigenlijk mijn vraag.

De heer **Van Dissel**:

De griepgolf waaraan u refereert, was natuurlijk ernstig. Ik kan me herinneren dat we toen drie of vier acute opnames moesten sluiten, omdat het personeel gewoon niet voorhanden was. In die zin lijkt dat natuurlijk op de huidige situatie. Maar de aantallen die uiteindelijk gaan komen, zijn natuurlijk vele malen hoger als destijds bij de griep. De jaarlijkse griep gaat tot ongeveer 10% van de bevolking, terwijl dit uiteindelijk een veel hoger aantal treft. Dan krijg je toch dat aantallen ertoe doen. Dat maakt ook die vergelijking een beetje mank.

Het tweede is dat de complicaties van omikron als ziekte, de ziektekenmerken, echt anders zijn dan bij griep. Daarover hebben we het hier al eens eerder gehad. Bij omikron spelen toch vooral zaken zoals stollingscomplicaties in de long, allerlei longembolieën en allerlei microthrombi. Bij griep is dat toch een heel ander verhaal. Daar spelen vooral de bacteriële superinfecties, zoals wij dat noemen, dus dat je onder griep makkelijker een tweede infectie door een bacterie krijgt. Dat lijkt bij omikron ook veel minder te spelen, terwijl dat bij griep vooral de complicaties zijn die de ziekenhuisopnames veroorzaken. Ook daar zit dus wel een heel belangrijk verschil.

Ik vind het met de huidige kennis dus veel te optimistisch om van griep te spreken. Daar komt het op neer.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank aan de heer Van Dissel voor de presentatie, met name ook voor de toelichting hoe die aannames tot stand komen en hoe die er nu ongeveer uitzien. In hoeverre is het model zelf de afgelopen twee jaar nou nog aangepast? En in hoeverre zitten ook gedragsfactoren in het model? Want u noemde net zelf al dat de naleving ook een ding is.

De heer **Van Dissel**:

Het model is een belangrijk model dat natuurlijk al veel langer bij het RIVM wordt gebruikt om bijvoorbeeld vaccinatie-effecten en dergelijke door te rekenen. Dat is een bekend model; daaraan wordt wetenschappelijk continu vernieuwd en gewerkt. Dus dat is natuurlijk het geval. Natuurlijk komt dan weleens de vraag op hoe dat kan afwijken van wat we lijken te zien. Dan noem ik u het belang van de aannames. Soortgelijke, maar op details andere modellen worden gebruik in Denemarken, bij het Robert Koch-Instituut in Duitsland en bij de twee voorbeelden in Engeland, Imperial College en de London School of Hygiene & Tropical Medicine. Dat zijn principieel wat andere modellen, die ik hier een aantal weken terug ook weleens heb laten zien; ik heb ze er nu maar uit gelaten. Maar als je bijvoorbeeld kijkt wat de groep van Neil Ferguson van Imperial College voorspelde op het moment dat wij dat ook deden – ofschoon dat heel andere modellen zijn, want zij doen het gewoon wat anders – waren die uitkomsten exact gelijk. De consequenties die daaraan gegeven werden, waren echter verschillend. Wij zeiden: wij zien zo veel onzekerheden en onze zorg is nog overbelast, dus wees nou voorzichtig en ga uit voorzorg meer doen. In Engeland, waar natuurlijk een heleboel andere overwegingen gelden, heeft men ervoor gekozen om het op dat moment anders aan te pakken. Zo gaat dat. Maar als je terugkijkt, gaven de modellen die daar getoond werden – qua impact op aantallen infecties, aantallen ziekenhuisopnames en de hoeveelheid sterfte – eigenlijk exact dezelfde getallen als wanneer je ze op Nederland projecteert. Hetzelfde gold voor Frankrijk, Denemarken en Duitsland. Ik kan u overigens van die modellen voorzien, want we hebben ze allemaal, maar ze zijn ook allemaal terug te vinden op de websites van de public health-instituten. Met Google Translate kom je dan tegenwoordig ver. Wij vonden het opmerkelijk hoe consistent het uiteindelijke beeld was, hoewel de conclusies die je daaruit trekt, al dan niet uit voorzorg, misschien anders zijn.



Mevrouw **Tielen** (VVD):  
En de gedragsaannames?

De heer **Van Dissel**:

O ja, sorry. De gedragscomponent zit in het model op de wijze die ik aangaf. Het model geeft een voorspelling, maar we kunnen die voorspelling natuurlijk toetsen aan de werkelijkheid. Wat zijn de gerealiseerde getallen uiteindelijk? Dat is wat we doen. Daarmee corrigeer je als het ware voor de mate van opvolging van de maatregelen. Om u een voorbeeld te noemen ... Tja, wat is nou een goed voorbeeld? Neem bijvoorbeeld de opvolging die iemand geeft aan de mond-neusmaskers of aan de afstand. In het model gaan we uit van een bepaald effect daarvan. Daarmee reken je door. Als dat niet gerealiseerd wordt, zal er een deviatie, een verschil ontstaan tussen modeluitkomsten en realiteit. Dat kun je als het ware terugfitten, waardoor het model die mindere opvolging – of soms betere opvolging, mag je hopen – ook meeneemt.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Toch heb ik nog een beetje de schrik van afgelopen najaar in het lijf, namelijk dat wij redelijk laat hebben gereageerd op delta. Ik zie dat omikron zich echt wel anders gedraagt of lijkt te gedragen. Als we nu een andere formule, een andere signaalwaarde zouden moeten maken voor het aantal ziekenhuisopnamen waarbij we toch weer op de rem moeten gaan trappen met wat we op dat moment weten, dan begrijp ik dat de variabelen ligduur, besmettelijkheid, ernst en misschien nog een aantal andere heel veel duidelijkheid kunnen geven over die signaalwaarde waarbij we opnieuw iets moeten zeggen. Of dat nu 500 ziekenhuisbedden zijn of 750, laat ik even in het midden. Het zou voor ons als Kamer en voor de samenleving mooi zijn om die formule op te stellen en de uitkomst te delen op basis van wat we op dat moment weten van omikron, zodat we met z'n allen alert blijven. Tegelijkertijd snakken we natuurlijk ook naar meer ruimte en moeten we die stapsgewijs weer gewoon gaan invullen. Mijn vraag aan u is of dat mogelijk is. Kan de Kamer daar een volgende keer over worden geïnformeerd?

De heer **Van Dissel**:

Als ik het goed begrijp, wilt u eigenlijk zien in hoeverre de ontwikkeling die we nu gaan zien, afwijkt van de voorspellingen. En als die te ver afwijkt, wilt u de mogelijkheid hebben om op de rem te trappen. Zoiets bedoelt u. In feite speelt dat al. Als we nu zeggen dat we over drie weken een belangrijk moment hebben – dit is in principe misschien voor langer, maar over drie weken wil je weer evalueren; voor de duidelijkheid: we doen dat natuurlijk elke week, maar over drie weken is er een belangrijk moment – dan verwacht je nu op grond van de curves die ik heb laten zien, dat we dan in wezen in een veel benardere situatie zijn dan momenteel. Want we voorspellen nu dat de aantallen besmettingen over drie weken veel hoger liggen. Kijk maar naar Denemarken drie weken terug en vandaag. Dat is een belangrijk verschil. Dat gaan wij nu inhalen. Op grond van de grafieken die ik u net getoond heb, verwachten wij ook dat het aantal opnames en het aantal ic-opnames zal zijn toegenomen. Ook is het waarschijnlijk dat er allerlei berichten zullen rondgaan over de druk op de ziekenhuiszorg en de verpleeghuiszorg. Ik meende dat de Minister dat gisteren als voorbeeld gaf tijdens de persconferentie. Dat is allemaal terecht. Op welk moment moet je je dan realiseren dat het toch harder gaat dan voorspeld? Wij denken nu dat de voorspelling toont dat we het net aankunnen. Dat is eigenlijk gebaseerd op de grafieken, op de voorbeelden die ik heb getoond. Die zullen we in de komende tijd natuurlijk blijven updaten. Dan gaat het over pagina 34 en 35. Wij zullen de komende tijd natuurlijk volgen hoe goed de actuele getallen inderdaad op of rond de mediane lijnen die u hier ziet, blijven. We

bekijken dus hoe goed ze die lijnen gaan volgen. We kunnen ook zien of er een afwijking omhoog of omlaag is die maakt dat de voorspelling die ik u nu toon, uiteindelijk toch te pessimistisch of te optimistisch was. Daar komt het eigenlijk op neer. Want al de eindpunten die u noemt, zitten al in het model.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Bijna, maar net niet helemaal. Ik denk dat het helpt. Het vergt best wel veel denkkracht om dit te blijven volgen en te begrijpen. Ik denk dat het uitschrijven en het wellicht wat laagdrempeliger uitleggen al kunnen helpen om een dashboard te hebben dat wat makkelijker te volgen is. Daar zit mijn vraag misschien meer in.

De heer **Van Dissel**:

Nu ik zo even uw suggestie doordenk, denk ik dat die eigenlijk heel goed is. Wat wij zouden kunnen doen en wat u eigenlijk suggereert, is om dit onderdeel te maken van het dashboard. Je kunt als het ware per dag aangeven of je erboven of eronder zit. Dat is eigenlijk wat u vraagt. Ik denk dat we daar snel naar moeten kijken, want dat is een goede suggestie. Want het andere van nu is toch wel: waar we eerder strenger werden qua maatregelen als het omhoogging, gaat het nu omhoog en gaan de maatregelen er ook af. Daar zit natuurlijk een soort paradox in. Ik vind het een prima suggestie. Wij gaan daarnaar kijken.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Hartelijk dank weer voor de presentatie. Ik weet dat de heer Van Dissel ook zitting heeft in het OMT-Z. Ik ben benieuwd of het OMT-Z de afgelopen tijd bij elkaar is geweest en of en, zo ja, wanneer er een mogelijk nieuw advies komt over de huidige situatie en de eventuele dreigingen voor de volksgezondheid als het gaat om het vogelgriepvirus.

De heer **Van Dissel**:

Gaan we het over vogelgriep hebben? Goed. Vogelgriep is natuurlijk iets wat al enige tijd speelt in West-Europa. Er zijn in het verleden al een heleboel OMT-Z's geweest. De «Z» is van zoönotische ziekten, dus ziekten die bij dieren voorkomen en soms naar de mens kunnen gaan. Dat heeft ertoe geleid dat het veel meer geprotocolleerd is. In het verleden was er vaak onrust bij zo'n uitbraak. In eerste instantie is het namelijk toch vooral iets wat veterinaire speelt, dus bij de NVWA. Bovendien heeft het ook Europese consequenties. Een heel groot deel van de aanpak ligt dus vast in protocollen. Zodra er gevallen zijn waarbij ook overdracht op de mens is, is dat een moment voor het OMT-Z of OMT om daar opnieuw voor bijeen te komen. Maar omdat we daar zo veel over geleerd hebben in het verleden, zijn de protocollen daar eigenlijk al op ingesteld. De aanpak met de kilometerzones en het helaas moeten ruimen van dieren is al zo geprotocolleerd, ook op grond van Europese wetgeving. Daarbij zijn de humane risico's al ingeschat. We hebben gelukkig niet veel infecties onder de mensen gezien, dus de aanpak loopt goed. Dat maakt dat het op dit moment geen heel actueel probleem is, anders dan dat het überhaupt een probleem is omdat het zo uitgebreid is. Ik kan me voorstellen dat als er meer over bekend is, ook over het beloop in andere landen, dat aanleiding kan zijn om daar nog eens apart naar te kijken. Dat gaat dan meer principieel over de vraag hoe je het überhaupt probeert te voorkomen.

De heer **Edgar Mulder** (PVV):

Het zijn een hoop cijfers. Er zijn 1 miljoen testen per week. Daarvan is bijna de helft positief. 99% is echter weinig ziek of heeft vrijwel geen klachten. Er is een 40% lagere kans op ziekenhuisopname. Kunnen we het nou eens in gewonemensentaal doen? Er zijn 1 miljoen testen per week.

Bijna 500.000 daarvan zijn positief. Hoeveel van die 500.000 komen er in het ziekenhuis?

De heer **Van Dissel**:

Dat heb ik u net voorgerekend. Dat aantal is gering. Het punt is alleen dat als je het loslaat, dat aantal dan te groot wordt. Dat is precies de essentie van het geheel.

De heer **Edgar Mulder** (PVV):

Maar dat vraag ik niet. Ik vraag het volgende. Er zijn hele duidelijke cijfers. Er zijn 1 miljoen testen. Daarvan is bijna 50% positief. Dat weet u allemaal. Hoeveel, in aantallen, komen er in het ziekenhuis?

De heer **Van Dissel**:

Ik weet niet waar u naartoe wil. Het aantal mensen in het ziekenhuis is momenteel iets van 1.200. Dat heb ik ook genoemd. De voorspellingen hoe de positieve testen uiteindelijk gaan doorwerken in het aantal ziekenhuisopnames heb ik ook getoond, want dat zijn de uitkomsten van de modellering. Dan verwacht je dat die aantallen uiteindelijk ongeveer gelijk zullen zijn aan de aantallen die we in de deltaperiode hebben gehad. Daar kunt u dat uit aflezen. Momenteel is het aantal natuurlijk laag. Dat komt doordat het altijd achterloopt. Je wordt eerst ziek. Vervolgens word je ernstig ziek. Dan moet je al of niet naar het ziekenhuis en kom je al of niet op de ic. Dat is niet iets wat instantaan geldt. Het aantal testen – je kunt er op zich kritisch naar kijken hoe je dat doet en dat zullen we ongetwijfeld ook doen – vertaalt zich nu nog niet een-op-een naar eenzelfde soort toename. Maar nogmaals, als je naar landen om ons heen kijkt, dan zie je dat dat met een of twee weken achterstand ook gewoon omhooggaat. Dat heb ik net getoond.

De **voorzitter**:

Meneer Mulder, laatste vraag.

De heer **Edgar Mulder** (PVV):

Ik probeer het nog een keer. Ik wil gewoon een aantal horen. We hebben ik-weet-niet-hoeveel pagina's met allerlei ingewikkelde percentages, kaarten en weet ik wat. De enige vraag in gewonemensentaal is de volgende. 1 miljoen mensen testen zich. Bijna 500.000 zijn positief. Dat zien we al een paar weken, zegt u. Hoeveel komen er daarvan dus in het ziekenhuis? Dat is mijn enige vraag. Ik wil gewoon een aantal.

De heer **Van Dissel**:

Wilt u dan een aantal per dag of een cumulatief aantal? Kijk, de aantallen per dag en de mate van bedbezetting ziet u gewoon weergegeven en kunt u aflezen op de y-as en x-as op pagina 34 en 35. Daar zit geen woord Japans of wat dan ook tussen. U kunt de aantallen rechtstreeks aflezen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Er is nog tijd. Ik kijk even de tafel rond. Ik zie dat mevrouw Tielen en mevrouw Gündoğan graag nog een vraag willen stellen. Dan geef ik die gelegenheid nog. Gaat uw gang, mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ja, als de heer Van Dissel er toch is... Bij de deltavariant en de varianten daarvoor was het op een gegeven moment best duidelijk wat kwetsbaarheidscriteria waren. U noemde zelf al de leeftijd, en ik noem ook een gecompromitteerd immuunsysteem en in het verlengde daarvan ook overgewicht. Is het bekend hoe dat bij omikron zit? Ligt het daarbij precies hetzelfde, of zijn er ook andere dingen?

De heer **Van Dissel**:

Dat is iets wat deels natuurlijk moet volgen uit de kennis die we opdoen, maar je verwacht eigenlijk dat dat grotendeels hetzelfde is. De reden daarvoor kan ik u natuurlijk ook geven. Een infectie is gewoon een belasting van het lichaam. Per graad verhoging van de temperatuur, per graad koorts moet het lichaam ongeveer 10% harder werken. Dat betekent dat het hart 10% harder moet werken, evenals de nieren, de lever, alles. Sommige personen zijn gewoon dusdanig gecompenseerd dat ze dat niet aankunnen. In feite ben je tijdens het ziektebeeld, zeker als je hoge koorts hebt, continu een trap op aan het lopen. Dat lukt niet iedereen. U ziet eigenlijk al waar ik naartoe wil. Koorts kun je bij een heleboel infectieziekten krijgen en koorts is niet per se omikronspecifiek. Dat maakt dat de situaties waarin iemand meer vatbaar is en eerder complicaties van infecties heeft, toch vrij algemeen zijn. Daarbij spelen dan onderliggende medische condities een rol. Een ervan is een situatie die u ook al noemde, waarin iemand überhaupt minder goed afweer kan opbouwen. Dat is zeker een van de condities. Maar bijvoorbeeld extreme adipositas, dus belangrijk overgewicht, is natuurlijk ook een van die condities, niet zozeer vanwege het overgewicht zelf, als wel vanwege het feit dat mensen met overgewicht gewoon minder diep inademen omdat dat toch in de weg zit. Dus je hebt een heleboel afgeleide factoren die voor de omikron eigenlijk naar verwachting helemaal niet anders zullen zijn dan voor de delta. We hebben eerder benoemd dat zwangerschap ook een rol speelt. Dat komt natuurlijk doordat tijdens zwangerschap het middenrif omhoog wordt gedrukt. En ook daardoor is er een toch wat gecompromitteerde situatie met betrekking tot de longen. Dus op die manier gelden denk ik eigenlijk wel dezelfde achterliggende medische problemen bij omikron die ook bij de eerdere golven golden. Ze gelden bijvoorbeeld ook bij influenza.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik pak heel even de tekst erbij die ik van de heer Rozendaal heb gekregen, omdat ik het ook een beetje probeer te begrijpen. Hij legde mij uit dat er een belangrijk verschil is tussen  $R_0$  en R-effectief. Hij zegt dat de  $R_0$  bij een zware griep op ongeveer 1,5 tot 2 zit, en dat omikron naar alle waarschijnlijkheid een  $R_0$  van tien keer hoger heeft. Hij hielp mij in ieder geval enorm. Sommige collega's doen het hier af met: «het is maar een griepje». Op sociale media zie je dat ook veel gebeuren. Daarbij wordt ook vergeten dat een griepgolf 4.000 doden per jaar betekent. Wij moeten vaker deze feitelijke kennis goed delen met elkaar, zodat dat betuttelende, dat neerbuigende en de ernst van de ziekte gewoon weg worden gehaald, en zodat de reden beter wordt begrepen waarom we de maatregelen niet allemaal meteen wegnemen. Zou u daar misschien verder in mee kunnen denken? Hoe kunnen we dat doen?

De heer **Van Dissel**:

Natuurlijk. Ik kom nog even terug op griep. Griep staat er waarschijnlijk ook wel bij op sheet 41. Ja, griep is daarop het tweede plaatje. Griep heeft een lager basisreproductiegetal. Nog even:  $R_0$  versus R-effectief, dus eigenlijk  $R_{\text{eff}}$ .  $R_0$  is de verspreiding in een maagdelijke populatie. Dat wil zeggen: niemand heeft het eerder gezien en niemand heeft weerstand. Dat is wel heel erg belangrijk, want  $R_0$  geldt dus niet meer, hè. Vandaar dat wij uitgaan van R-effectief, dus van: hoe is op dit moment die R-waarde? De R-waarde van de omikronvariant wordt, denk ik, iets van 5. Ik denk daarbij echt niet aan 15. Het zal iets rondom de 5 worden. De R-waarde van griep kennen we natuurlijk veel beter. Maar ook daar gaat de vergelijking natuurlijk weer een beetje mank, want de jaarlijkse uitbraak van griep in het seizoen is natuurlijk weer iets anders dan een griepdemonie. De laatste griepdemonie – dus dat het letterlijk de hele aardbol betreft – hebben we natuurlijk gehad met de Mexicaanse griep. Die is zeker rondgegaan. Sterker nog: die circuleert in feite natuurlijk nog steeds. Maar

omdat die extra mild was heeft die tot een nog milder beeld geleid dan een normale seizoensgriep, interessant genoeg. De seizoensgriep ontstaat natuurlijk omdat griep niet jaarlijks iedereen raakt, waardoor de afweer ook wat afneemt. Daarnaast heeft de griep natuurlijk een aantal eiwitten heeft waar ook veranderingen in optreden, waardoor een deel van de bevolking er toch weer dermate gevoelig voor wordt dat ze het tijdens de griepuitbraak krijgen. Omikron is momenteel echt nog een hele andere situatie; ik denk dat ik dat net ook benoemd heb. Ik zou nu dan ook niet willen spreken van een griepsituatie. Griep is echt iets wat in een bepaald tijdstip van het jaar mogelijkheid ziet tot verspreiden omdat het dan de wind in de rug heeft van het seizoenseffect. Dat geldt natuurlijk bij griep ook. Dan is die R-waarde één belang. Bij griep is ook de generatietijd heel erg kort. Dat maakt dat je toch een hele snelle verspreiding ziet. Er zijn dus nog duidelijke verschillen in epidemiologische kenmerken tussen griep en omikron.

Zoals ik net al aangaf aan de heer Hijink of meneer Van der Staaij, zijn er ook verschillen in wat wij dan met een heel deftig woord immunopathogenese noemen. Daarmee bedoelen we: hoe komt het nou dat je ziek wordt van zo'n heel klein virus? Dat is vaak ook de reactie van het lichaam erop. Het gaat altijd om het samenspel. Dat is bij griep gewoon heel anders. Dat maakt dat griep andere complicaties kent. Zo hadden we het er al even over dat patiënten om andere redenen naar het ziekenhuis moeten. Dat is deels vanwege ontregeling van hun onderliggend lijden. Maar als ze naar de ic moeten, komt dat vaak door superinfecties die erbovenop komen. Dat is iets wat bij omikron weer veel minder speelt, dus wat mij betreft gaat het echt mank. Ik denk dat men ernaar verwijst in de hoop dat het iets wordt wat één keer per jaar terugkeert. Dat weten we eigenlijk gewoon niet.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Het staartje van de vraag was: hoe kunnen we qua communicatie meer doen zodat dit soort desinformatie beter bestreden kan worden en mensen de ernst en daardoor ook de maatregelen hopelijk beter gaan begrijpen en volgen, ook qua gedrag?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat dat samenhangt met hoe iedereen ermee omgaat. Dat geldt voor alle fases. Ik denk dat de Minister gisteren ook duidelijk heeft aangegeven dat hij het niet als een griep ziet. Wij zien het niet als griep. Ik hoop dat u dat ook niet zo ziet en dat u dat ook tijdens het Kamerdebat zo uitdraagt. Want dat wordt natuurlijk ook door vele personen bekeken. En dit is natuurlijk iets wat op populairwetenschappelijke media ook zo wel terug te lezen is. Je moet het wel tot je willen nemen.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank, meneer Van Dissel. Hartelijk dank voor uw presentatie en het beantwoorden van alle vragen over allerlei onderwerpen. Hartelijk dank aan de collega's voor de goede vragen, aan de mensen thuis en aan de ondersteuning. De sheets zijn beschikbaar via de website van de Tweede Kamer en om 13.00 uur is het coronadebat.

Sluiting 12.01 uur.