

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1420

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 9 september 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 18 augustus 2021 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Agema
Griffier: Heller

Aanwezig zijn twaalf leden der Kamer, te weten: Agema, Bikker, Gündoğan, Van Haga, Van Houwelingen, Van Kent, Kuiken, Van der Molen, Paternotte, Van der Plas, Aukje de Vries en Westerveld,

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

Aanvang 10.00 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Ik open deze technische briefing die wordt georganiseerd door de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik heet mijn collega's van harte welkom, mevrouw Kuiken namens de Partij van de Arbeid, de heer Van Haga namens de Groep Van Haga, mevrouw Van der Plas namens de BoerBurgerBeweging, de heer Paternotte namens D66, de heer Van der Molen, de nieuwe woordvoerder namens het CDA, de heer Van Houwelingen namens Forum voor Democratie, mevrouw De Vries namens de VVD, de heer Van Kent namens de SP en mevrouw Westerveld namens GroenLinks. Het Ministerie van VWS heeft voor deze technische briefing de heer Van Dissel afgevaardigd. Wij gaan zo luisteren naar zijn inbreng. Daarna moeten we even bepalen hoeveel vragen we per fractie willen stellen. Als de heer Van Dissel een halfuur nodig heeft, zal daar namelijk meer ruimte voor zijn dan wanneer hij langere tijd nodig heeft. Ik stel dus voor dat we nu eerst gaan luisteren naar de update met betrekking tot het coronavirus van de heer Van Dissel. Het woord is aan u.

De heer Van Dissel:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik wilde u kort meenemen in de duiding van de huidige epidemiologische situatie. Vervolgens zal ik wat vertellen over hoe het OMT tot de aanbevelingen en de advisering is gekomen. U heeft allemaal de OMT-brief natuurlijk al kunnen lezen. We gaan er dus snel door. Ik ga weer even terug naar het overzicht van de coronavirusinfectie COVID-19. Dit is een bekend plaatje, neem ik aan, maar waar ik uw aandacht voor vraag, zijn de getallen in lichtblauw. Zoals u weet hebben we inmiddels zo'n 1,9 miljoen infecties vastgesteld. Dat wil zeggen: personen met klachten, over het algemeen, bij wie een test positief was. We weten dat het daadwerkelijke aantal ongeveer twee keer hoger ligt, dus dan kom je op ongeveer 4 miljoen. Ik kom daar straks op terug. U ziet ook dat de percentages die ik u steeds heb laten zien zich inmiddels heel redelijk vertalen naar de actuele getallen. Die 60.000 representeert ongeveer 1,5% van die 4 miljoen. Die 13.300 voor de ic is ongeveer de 0,3% die we daarvoor aanhouden. U ziet ook dat de sterfte onder 0,5% is als je het op de 4 miljoen berekent. Het overgrote deel van de patiënten is zoals u weet slechts mild tot weinig ziek. Een aantal wordt inmiddels ook thuis behandeld. Dat staat nu ook aangegeven. Ik noem dus even deze getallen, omdat ik daar straks op terugkom met betrekking tot de risico-inschatting momenteel.

Dan de duiding van het epidemiologische beeld. Aan de linkerzijde staan de meldingen die aan het RIVM zijn gedaan en aan de rechterzijde de ziekenhuisopnames. De ziekenhuisopnames zijn onderverdeeld in verpleegafdelingen en ic's. Wat u ziet, is het beeld van een pijlsnelle toename en ook weer afname vanaf begin juli, die met name gerelateerd was aan de nachthoreca. U ziet dat het aantal inmiddels nog wel afneemt, maar aanmerkelijk minder enthousiast dan aanvankelijk, nu nog zo'n 8%. Dat lijkt dus af te vlakken. Bij de ziekenhuis- en ic-opnames ziet u nog een afname. Ook daar blijft het misschien wat hangen. U ziet dat het totale

aantal testen wat is teruggelopen en dat het percentage positieve testen helaas weer wat is toegenomen, tot ruim 14,5%. Daar kom ik zo nog op terug. Het gewenste aantal is eigenlijk onder de 5%. Dan zou je voldoende sensitief testen. Maar ik wil wel benadrukken dat meldingen nu niet een-op-een te vertalen zijn naar meldingen van bijna een jaar terug. De reden is domweg dat we nu meldingen doen – dat zal ik straks laten zien – waarin in belangrijke mate ook zelftesten een rol spelen, terwijl natuurlijk aanvankelijk de testen alleen werden gedaan op personen met klachten. De meldingen zijn nu dus een andere mix dan u bij eerdere golven heeft gezien. Dat maakt het dus ook wat ingewikkelder om op grond daarvan alleen te sturen. De ziekenhuisopnames zijn natuurlijk veel harder. Dan de spreiding over Nederland. U ziet hier de verschillende veiligheidsregio's. Met geel zijn de getallen tot gisteren aangegeven, over de laatste week. U ziet dat in alle regio's sprake is van een daling van het aantal. Momenteel is de situatie in Amsterdam nog dat daar de hoogste aantallen nieuwe patiënten zijn, maar ook daar ziet u dat die piek duidelijk voorbij is. Maar in de verschillende veiligheidsregio's blijft het wel wat hangen. Dan de spreiding over de leeftijden. U ziet aan de rechterzijde verschillende leeftijdscohorten aangegeven, zoals 10 tot 19, 20 tot 30 et cetera. Het moge duidelijk zijn dat als je laatste piek analyseert, die zich voornamelijk heeft afgespeeld in de groepen onder de 30 jaar, met name de groep 20 tot 30 en ook wat in de groep daar vlak onder en de groep daar vlak boven. Maar de overige leeftijdsgroepen, zeker wanneer je het vergelijkt met de eerdere golven van de uitbraak, hebben natuurlijk in veel mindere mate bijgedragen aan deze laatste golf. Ook hier zien we voor alle leeftijdsgroepen een afname en weer wat stabilisatie, die zich dan ook gemiddeld genomen vertaalt naar een stabilisering van het aantal nieuwe gevallen per dag.

Hier is de leeftijdsverdeling in de afgelopen week op een wat andere wijze weergegeven. Opnieuw staan de leeftijdscohorten op de x-as, de horizontale as, en de aantallen op de y-as, de verticale as. Het moge duidelijk zijn dat de belangrijkste toename – ik ga inmiddels terug naar week 26 en week 27 – plaatsvindt in de groep 18 tot 24 jaar en dat de direct aanpalende groepen ook meedoen, maar dat er veel minder toename is geweest in de overige leeftijdsgroepen en met name niet in de alleroudeste leeftijdsgroepen. Daar zien we nog wel dat de aantallen wat hoog blijven, maar u ziet natuurlijk ook dat die aantallen in de hoogste leeftijdsgroepen absoluut gezien buitengewoon laag zijn.

Hoe is dit te duiden? Dit was een piek die optrad in een groep die, op dat moment zeker, nog niet gevaccineerd was. We hebben gezien dat die piek weer is teruggedaan door het nemen van maatregelen die alleen maar de bron van de verspreiding troffen. In dit geval is de nachthoreca gesloten, zonder uitgebreide maatregelen voor de andere sectoren en de rest van de bevolking. Dat absorberend vermogen en het weinig meedoen van de hogere leeftijdsgroepen, die al in belangrijke mate gevaccineerd waren, suggereren aan alle kanten dat we hier het effect van vaccinatie zien. Maar u ziet ook dat als er een groep is die nog niet gevaccineerd is, je dan toch nog een forse uitbraak kunt zien. Inmiddels zijn we weer verder – ik kom daar zo op terug – en zijn er natuurlijk meer personen gevaccineerd, maar dit is eigenlijk een illustratie van hoe je een uitbraak kunt hebben onder personen die nog niet immuun zijn door vaccinatie of door een infectie, terwijl je onder de groepen die wel gevaccineerd zijn veel minder verspreiding ziet.

Dan nog kort naar de verpleeghuizen. Ook daar zien we een toename. Maar als u de toename in perspectief ziet van de eerdere golven – dat is de inzet aan de linkerkant, die linksonder is uitvergroot – dan ziet u dat de piek die we nu zien en die eigenlijk niet meer verder lijkt toe te nemen, misschien nog een lichte stijging, natuurlijk buitengewoon klein is vergeleken met de aantallen die we gehad hebben, zowel wat betreft betrokken huizen, alsook binnen de huizen de betrokken personen.

Dan wilde ik u iets meer laten zien over de testen en de meldingen. Hier ziet u de meldingen van de testen die landelijk zijn gedaan bij de GGD'en. Aan de bovenzijde ziet u de testen en de meldingen exclusief de reizigers en aan de onderzijde ziet u alleen maar reizigers. Met reizigers bedoel ik degenen die vanwege een reis een test van tevoren moeten laten doen en vervolgens Nederland uitreizen. Allereerst ziet u dat er in beide gevallen sprake is van een afname van het aantal testen. U ziet dat het aantal positieve testen bij personen die niet vanwege een uitgaande reis worden getest inderdaad hoog is, zo'n 14,5%, en dat dit de afgelopen periode ook nog wat is toegenomen. Het aantal testen voor reizigers is ook afgenomen. Het percentage positief bedraagt bij de GGD'en ongeveer 1,4%. Maar ik moet daaraan toevoegen dat het overgrote deel van deze testen door commerciële testaanbieders wordt verricht. Daar is het percentage positief – dat wordt immers opgeteld bij het aantal meldingen – slechts 0,5%. Overall genomen is het ook weinig meer dan die 0,5%. Dat betekent dat het overgrote deel van de testen voor personen die naar het buitenland gaan en zo'n test nodig hebben buiten de GGD worden gedaan. Maar het moge duidelijk zijn dat het percentage positief bij de eerste en de laatste groep sterk verschillend is. Als er min of meer willekeurig testen worden gedaan, zit je ongeveer rond een half procent, zoals u ziet. Hetzelfde ziet u terug bij het testen voor toegang.

De voorzitter:

Meneer Paternotte wil een verduidelijkende vraag stellen.

De heer Paternotte (D66):

Over het verschil tussen de GGD en de commerciële testafnemers. Er lijkt een significant verschil te zijn in wat zij doorgeven. Ik kan op zich geen reden bedenken waarom daar zo'n groot verschil tussen zit. Je bent natuurlijk afhankelijk van die testafnemers. Mijn verduidelijkende vraag is of bekend is wat de verklaring daarvoor is.

De voorzitter:

Ja, maar dat vind ik een inhoudelijke vraag.

De heer Paternotte (D66):

Dan hoop ik nog op een antwoord.

De voorzitter:

De heer Van Dissel zal het meenemen. Als we nu allemaal inhoudelijke vragen gaan stellen, hebben we straks geen tijd meer voor discussie.

De heer Paternotte (D66):

Ik vraag alleen of bekend is wat hierachter zit.

De heer Van Dissel:

Het korte antwoord is: de kwantiteit. Er worden veel meer testen verricht bij de commerciële bureaus. Als je het optelt, dan voegen die veel meer toe aan het percentage wat je uiteindelijk krijgt. Of er echt een significant verschil is als je die anderhalf of die 1,4 en die 0,5 analyseert, betwijfel ik een beetje, maar het is gewoon het gebruikmaken van een aanbod. Het zou kunnen dat net iets andere personen naar de GGD gaan of dat ze denken: misschien heb ik toch een klacht. Dat is niet in detail geanalyseerd.

Een derde wat we hebben, is testen voor toegang. Dat is waar een toegangstest gevraagd wordt. Dat geschiedt door de Stichting Open Nederland. Inmiddels worden alle locaties meegeteld in deze berekeningen. U ziet dat daar afgelopen week nog zo'n 85.000 testen zijn uitgevoerd, waarvan 0,3% positief was: 257, min of meer gelijk aan het aantal bij uitgaande reizigers. Dit is iets wat niet bij de GGD'en gebeurt.

Dan een interessante bevinding met betrekking tot die testen. Ik moet u even meenemen door alle grafiekjes, want u ziet daar het nodige gebeuren. De bovenste lijn is het percentage personen dat thuis een sneltest heeft gedaan, meestal antigeen, die positief was. Die gaan naar de GGD en daar worden zij gehertest. Dat is ook wat wordt aangeraden. U ziet dat het overgrote deel, zo'n 90%, ook bij de GGD positief test. We weten natuurlijk niet wat we missen, maar dat betekent dat die positieve thuis testen bijna altijd bevestigd worden bij de GGD.

Dan ziet u in blauw weergegeven het percentage positieve testen bij de GGD dat toe te schrijven is aan deze groep. Interessant is dat je ziet dat het percentage positieven dat we in Nederland melden – dat was de eerste grafiek die ik liet zien – in toenemende mate personen zijn die thuis een zelftest hebben gedaan, thuis positief zijn bevonden en dan bij de GGD laten hertesten. U ziet dat dat inmiddels bijna 50% is. Dat is een interessante ontwikkeling. Dit ondersteunt het argument dat ik net maakte. U kunt die meldingen niet een-op-een vergelijken met meldingen in de winterperiode, omdat het aantal personen dat thuis een zelftest heeft gedaan en daarna naar de GGD gaat om die te laten bevestigen of ontkrachten – maar die wordt dus vaak bevestigd – belangrijk is toegenomen als aandeel van het totale aantal positieven bij de GGD.

Als je naar het totale aantal testen bij de GGD kijkt, in de lijnen daaronder, ziet u dat die zelftesten op 7,5% à 10% komen. Met andere woorden, de GGD'en testen een heleboel personen. Een aantal komen na een positieve zelftest. Dat is grofweg 7,5% tot 10%. Een positieve test zal de reden zijn dat je naar de GGD gaat en die wordt bijna altijd bevestigd. Dat maakt inmiddels ongeveer de helft uit van alle positieve testen. Dat is eigenlijk wel een ondersteuning dat het zelftesten thuis blijikbaar wel wat oplevert. Tegelijkertijd staat ook nog genoemd dat 80% tot 90% van de personen die bij de GGD komen, toch klachten heeft. U weet dat het algemene adagium tot nu toe was: doe bij klachten een test bij de GGD en als je die niet hebt, doe dan eventueel met enige regelmaat een antigeenzelftest. Je weet niet hoeveel antigeenzelftesten er in totaal worden bepaald, maar deze subgroep heeft over het algemeen toch klachten, zoals u ziet. Nou, op zich is daar niks op tegen, denk ik, want u ziet ook dat het een interessante opbrengst heeft. Maar het is toch een interessante verandering, na de introductie van die zelftesten.

Dan wilde ik heel kort ingaan op het bron- en contactonderzoek. We zaten eigenlijk net in een fase dat het bron- en contactonderzoek wat was afgeschaald, omdat die aantallen zo hoog waren. Inmiddels is dat weer terug op full force, kan ik u zeggen. Bij 34% of 37% – ik kan het niet helemaal lezen – wordt er een setting vermeld. Dat betekent dat degene die positief is, aangeeft dat hij anderen kent die positief zijn en dat hij denkt te weten waar hij het heeft opgelopen. Aan de rechterzijde ziet u welke plekken dat zijn. Dat zijn eigenlijk dezelfde plekken die je altijd krijgt. Een belangrijk deel van de infecties vindt thuis plaats, als gevolg van de introductie van een geval in een huishouden. U ziet dat dat nog steeds het belangrijkste is. Er is ook nog steeds sprake van bezoek thuis dat uiteindelijk de reden blijkt te zijn. Bij een deel is het terugkomen van een reis. Dat hoeft lang niet altijd met het vliegtuig te zijn. Er komen ook een heleboel mensen thuis met de auto en dergelijke. Dat wordt dan aangegeven als bron van de besmetting; dat men het elders heeft opgelopen. U ziet overigens ook een belangrijke daling bij de horeca: van 14% naar 3%, nadat er maatregelen zijn genomen met betrekking tot sluitingstijden en de nachthoreca. Binnenkort wordt dit weer vollediger, omdat het helemaal kan worden uitgevoerd.

Een volgend punt dat we meestal brengen is het reproductiegetal, het aantal secundaire gevallen als gevolg van een infectie. Als dat boven de 1 is, hebben we verspreiding. Als het onder de 1 is, is er sprake van uitdoving, al of niet snel. U ziet de laatste schatting, van begin augustus, want dat vereist altijd een follow-up van twee weken. Dat is 0,92. U ziet

dat het na een wat diepere dip iets meer naar de 1 toe loopt. Bij ziekenhuizen en ic's ziet u eigenlijk hetzelfde getal. Binnen Nederland zie je daarin weinig verschillen.

Het is misschien illustratief om dit plaatje te laten zien, dat ook het reproductiegetal weergeeft. Ik vraag met name aandacht voor het bovenste deel van de grafiek. Daar staat in verschillende kleuren weergegeven hoe het verloop is geweest van de verschillende varianten. We begonnen met wat we de Nederlandse variant noemen. Het was een type uit voornamelijk Italië, maar goed, zoals we het hier hebben aangeduid, dat ziet u in het blauw. Rond de kerst werd die langzaam en vervolgens snel overgenomen door de alfavariant uit Engeland; dat zult u zich herinneren. Die zagen we dalen en vervolgens kwam de deltavariant op. Die heeft recent een belangrijke rol gespeeld bij de verspreiding in Nederland. De verschillende kleuren geven mooi de opeenvolging van de verschillende varianten weer. Bij degenen die nog steeds een significante bijdrage vormen aan de verspreiding van het totale aantal in Nederland, kunnen we nog een reproductiegetal berekenen. Voor het deelttype dat niet meer voorkomt, is dat niet meer mogelijk omdat er gewoon te weinig data zijn.

Om dit onderdeel kort samen te vatten, we zien een dalende trend die lijkt af te vlakken. De testvraag is dalende, maar het percentage is nog steeds hoog. Er zijn veel positieve confirmaties van sneltesten; bijna alle infecties door de deltavariant. In de ziekenhuizen hebben we een piek gezien, en die lijkt nu af te vlakken. Gemiddeld neemt die nog steeds wat af. De R-waarde is onder de 1. De besmettingen in de instellingen voor langdurige zorg blijven gelukkig laag. Daar is de vaccinatiegraad ook hoog. De sterfte is tijdelijk licht verhoogd geweest.

Dan wilde ik u meenemen naar de achtergrond van de OMT-beantwoording. We hebben een aantal vragen gehad over het versoepelen van verschillende maatregelen. De vraag is steeds meer: wanneer kan wat? Bij de bekende maatregelen ligt dat meer bij u, maar ik zal u even meenemen in hoe het OMT geredeneerd heeft en waar we op zijn uitgekomen. U heeft zich daar natuurlijk ook over gebogen. Eén belangrijk punt met die vaccinatie is dat het uitgangspunt werd «als iedereen die gevaccineerd wil worden, dat ook is», met anderhalf, twee weken follow-up voor de opbouw van immuniteit. Dat vonden wij richtinggevend voor het moment om maatregelen te versoepelen. Daar zijn verschillende berekeningen op uitgevoerd. Wij kwamen uiteindelijk uit op zondag 19 of praktisch misschien maandag 20 september als datum waarop dat gerealiseerd is. Ik zal u straks laten zien op welke curves die datum gebaseerd is. Daar zit natuurlijk een aantal arbitraire keuzes bij, maar het OMT stelde die datum op 19 september.

Dan heeft het OMT zich opnieuw gebogen over de vraag of de doelen van het beleid waarover wij adviseren, veranderd zouden moeten worden nu we in deze fase zitten. De conclusie is – in ieder geval voor het OMT, zeg ik daar voor de duidelijkheid bij – dat de combinatie van zorgcapaciteit en kwetsbaren het belangrijkste eindpunt zijn. Met andere woorden: het eindpunt wordt niet ervoor te zorgen dat niemand ziek kan worden door het SARS-CoV-2-virus. Het gaat erom dat we de zorg, die natuurlijk ook voor andere ziektes belangrijk is, in stand houden en mogelijk maken. Dat betekent zowel in de eerste lijn als op de ic-afdelingen en alles wat daar tussenin zit. Een aparte groep zijn altijd de kwetsbaren in de samenleving. Die wil je een zo goed mogelijke bescherming bieden. Daar komt het OMT overigens in een later stadium nog op terug. Daar hebben we in deze brief nog niet veel over geschreven, omdat het nog niet actueel is.

Bij de doelen telt het kabinet ook het algemeen maatschappelijk belang mee. Dat heeft u ook kunnen lezen. Wij richten ons met name op de medisch-epidemiologische doelen. Die zijn voor ons gelijk gebleven. Wat is de epidemiologische context die je moet betrekken bij zo'n afweging over het moment van versoepelen? Dat is allereerst hoeveel virus nog

circuleert in Nederland. Daarbij is dat seizoenseffect van belang. Waar we daar nu nog min of meer van genieten, weten we dat het seizoenseffect met zo'n 10% à 15% invloed op het reproductiegetal zich straks tegen ons gaat keren. Dat is één. We zien nu eigenlijk dat die viruscirculatie toch stabiliseert en aanmerkelijk blijft. Dat is natuurlijk een punt van zorg. Dat zouden we graag verder zien dalen.

Een tweede punt is de import van terugkerende reizigers. In hoeverre doen die allemaal de testen die we uiteraard geadviseerd hebben, om te zorgen dat die import maar in beperkte mate optreedt? De vaccinatiegraad is natuurlijk een belangrijke factor en ook de geografische spreiding daarvan. U kunt zich voorstellen dat als er pockets blijven bestaan waar nog steeds veel personen een lage vaccinatiegraad hebben, dat natuurlijk pockets zijn waar de infectie makkelijker kan rondgaan.

De duur van de immuniteit is iets waarover de Gezondheidsraad binnenkort met een advies komt voor eventuele boosters. Het ontstaan van nieuwe virusvarianten hebben wij natuurlijk ook niet in de hand. Ten slotte ook nog het aanhouden van een aantal basisregels zoals bijvoorbeeld het isoleren bij de bron van iemand die geïnfecteerd is. Je mag toch hopen dat dat gewoon een maatregel is die blijft, en dat personen die daar contacten van zijn, oplettend zijn en zich snel laten testen. Al dat soort factoren bepalen hoe het zich gaat gedragen op het moment dat je verder versoepelt.

Voorzitter: Kuiken

De heer **Van Dissel**:

Dat geeft een intensieve dynamiek, kunt u zich voorstellen, en die dynamiek laat zich niet makkelijk modelleren, omdat je in feite een aantal uitbraken hebt die door elkaar lopen. Mensen die immuun zijn en op zich beschermd tegen bijvoorbeeld ziekenhuisopnames, kunnen soms nog wel toch klachten krijgen en het daarmee doorgeven. Maar dat is een andere uitbraak dan onder niet-immune personen. Onder die laatste groep kun je nog van een belangrijk aantal personen verwachten dat ze uiteindelijk naar het ziekenhuis en de ic zouden moeten.

Ik laat u de verschillende factoren zien, voor zover ze wel bekend zijn. Allereerst de vaccinatieopkomst aan de linkerkant en aan de rechterzijde de vaccinatiegraad. Het eerste is wanneer ze voor de eerste keer zijn gekomen. U ziet voor de verschillende leeftijdsgroepen weergegeven dat de alleroudste leeftijdsgroepen in zeer hoge mate, boven de 90%, zijn gekomen voor de vaccinatie en dat dat percentage in de jongere groepen iets is teruggelopen. Aan de rechterzijde ziet u dan de opgebouwde immuniteit als gevolg daarvan. Die is ook weer hoog bij de oudste leeftijdsgroepen en ietsje lager bij de wat jongere groepen. Bij de eerste dosis zitten we op zo'n 85% en inmiddels zitten we op 75% bij wie de vaccinatie volledig is afgesloten. Daar zijn dan weer die twee weken extra voor nodig.

Als je de grafiek van de linkerkant als het ware superponeert op die van de rechterkant en er dus van uitgaat dat men de afspraken maakt op geleide van wanneer men voor de eerste keer gekomen is – dat is eigenlijk wel te verwachten – dan kom je ongeveer op die datum van 19 september, voor de duidelijkheid. Dan is die twee weken immuniteitsopbouw daar ook aan toegevoegd.

Om na te gaan of dit daadwerkelijk zo is, hebben we de opbouw van antistoffen onderzocht. We weten natuurlijk dat daar ook een cellulaire component bij is, maar dit zijn even de antistofdata. Dat onderzoek deed een groep binnen het RIVM, Den Hartog en zijn medewerkers, die het zogenaamde PIENTER-PICO-onderzoek uitvoeren. Dat heeft zich inmiddels vier, vijf keer herhaald. Er wordt een aselechte bemonstering uit Nederland genomen, als ik het zo mag zeggen. Er doet een groot aantal personen, duizenden, aan mee. Die staan op vrijwillige basis bloed af. Hier wordt

gekoppeld aan de verschillende vaccins de ontwikkeling van de immuniteit en het ontstaan van antistoffen getoond, links na de eerste vaccinatie, aan de rechterzijde na de boostervaccinatie of voor Janssen natuurlijk, in rood weergegeven, na de enkele vaccinatie.

U ziet hier heel mooi de opbouw van antistoffen voor de totale groep in Nederland, op basis van bloed dat vlak na de inenting bij personen is afgenomen en bij anderen een of twee weken later. Aan de rechterzijde ziet u het weergegeven voor in dit geval alleen maar de Pfizervaccinaties bij de ouderen, hoe zich dat ook op zeer hoge leeftijd vertaalt in een aanzienlijke titer. Nu zult u zeggen: ik zie hem wat dalen, maar dan moet u ook in meerekenen dat natuurlijk de alleroudste groep als allereerste groep in aanmerking kwam voor de vaccinatie. Die zijn dus inmiddels alweer wat verder van het vaccinatiepunt af, want je verwacht natuurlijk altijd enige daling van de antistoftiters. Dit is een prachtig onderzoek dat laat zien dat je als gevolg van de vaccinatie een opbouw krijgt van antistofvorming. Inmiddels zijn er ook wat data beschikbaar over de cellulaire component en die gedraagt zich grosso modo op dezelfde wijze. Dat is dus zonder meer gunstig.

De volgende vraag is natuurlijk waar die antistoffen dan tegen beschermen. Hebben we nu niet met die deltavariant te maken? Ik roep u even dit al eerder getoonde plaatje in herinnering. Het toont met name Engelse data ten aanzien van de effectiviteit tegen de alfa- en de deltavariant. Tegen de alfavariant was het vaccin in hoge mate effectief, om zowel alle klachten te voorkomen – dat ziet u aan de bovenzijde – alsook om ziekenhuisopnames te voorkomen. U ziet dat het vermogen om alle klachten te voorkomen voor de deltavariant lager is dan voor de alfavariant, zeker na de eerste dosis, maar het is nog steeds 70% tot 90%. Met name de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopnames is nog steeds heel erg hoog. U ziet dat die na twee dosissen, in dit geval van het Pfizer- en het AstraZenecavaccin, tussen de 90% en 95% is. Als u weer naar de doelen kijkt, is dat natuurlijk toch het belangrijkste doel. Het is niet nodig om bij iedereen alle klachten te voorkomen. Dat doen we bij de deltavariant misschien ook niet meer. Wel wil je natuurlijk voorkomen dat het leidt tot ernstige ziekte en tot ziekenhuisopnames. De antistoffen die u op het vorige plaatje zag, vertalen zich op grond van dit onderzoek uit Engeland naar bescherming tegen klachten, maar vooral ook tegen ziekenhuisopnames.

Zien we daar dan al wat van terug? Want we zijn toch al enige tijd bezig. Ja, dat zien we. Ik laat u twee verschillende plaatjes zien. Binnenkort hopen we u dat veel eerder en min of meer geautomatiseerd te kunnen presenteren door koppeling van databestanden. Nu is een aantal keren in enquêtering gekeken hoeveel personen van degenen die naar het ziekenhuis komen immuun zijn door vaccinatie en/of doorgemaakte infectie. Dat heeft de vereniging van longziekten, de NVALT, gedaan, maar ook de rijksoverheid met het LCPS. U ziet hier de gemiddelde data. Volgens de laatste cijfers was ongeveer driekwart nog niet of in ieder geval niet volledig gevaccineerd. Ook onder personen die gevaccineerd zijn, is het vaccin immers niet 100% effectief. Daar kom ik zo nog op terug. Omdat die groep steeds groter wordt, verwacht je daarvan ook een representatie onder de ziekenhuispatiënten. Dat ziet u ook terug. Dat is ongeveer 15%, waarvan 5% ook een duidelijk aantoonbare reden had waarom ze minder reageerden op vaccinatie. Over een aantal is blijkbaar onvoldoende data. De NVALT geeft dezelfde data. Bij hen is het percentage dat op de ic komt en dat niet of niet volledig gevaccineerd is zelfs nog hoger. In de data die zij daarover hebben laten zien, is dat meer dan 85%. Dat toont aan dat de belasting van de zorg in belangrijke mate komt door de groepen die nog niet gevaccineerd zijn.

De leeftijdsverdeling die daaronder is geplot, komt uit een rapport van 3 augustus van de Stichting NICE. Zij hebben voor verschillende fasen van de uitbraak gekeken naar de leeftijdsopbouw van patiënten op de ic. Op

het karakteristieke plaatje linksboven ziet u dat hoe ouder men is, tot een zeker afkappunt, hoe meer personen met die leeftijd op de ic zijn. Als je rechtsonder naar het meest recente plaatje kijkt, ziet u dat die curve veel platter is geworden, omdat er relatief gezien natuurlijk ook meer personen van jeugdige leeftijd worden opgenomen. Dat reflecteert zich ook in de tabel die u daarnaast ziet, waar de leeftijd van zo'n 63 of 64 naar ongeveer 54 of 55 gaat. Dat zijn allemaal tekenen van het feit dat vaccinaties werken. We zullen zien of dat uiteindelijk precies de getallen zal opleveren die Engeland toont, want dat kunnen we binnenkort veel beter volgen. Dan is een tweede vraag niet alleen wie er antistoffen heeft ontwikkeld, maar je wil natuurlijk ook weten hoeveel personen de infectie op natuurlijke wijze hebben doorgemaakt. Daar geeft deels het Sanquinonderzoek duidelijkheid over. Aan de linkerkant ziet u de van bloeddonoren bepaalde antistoffen. Tegen de 95% van de bloeddonoren van 18 tot 75 jaar heeft inmiddels antistoffen ontwikkeld. Dat is een hoog percentage. Voor de duidelijkheid: bloeddonoren zijn natuurlijk een selectie van de bevolking, dus dat zou kunnen verklaren waarom dat percentage hoger is dan je misschien zou verwachten, maar blijkbaar is zo goed als die hele groep gevaccineerd. Aan de rechterkant ziet u in blauwe en rode blokjes per leeftijdscohort weergegeven welk percentage antistoffen heeft als gevolg van vaccinatie, maar ook welk percentage antistoffen heeft ontwikkeld als gevolg van infectie. Daar gaat het in dit geval om. U kunt zich voorstellen dat vaccinatie zich richt tegen het spike-eiwit, maar na infectie met het gehele virus ontstaan er ook antistoffen tegen andere eiwitten van het virus. Op die wijze kan je dat uit elkaar halen. De bepaling gaat enige tijd terug in de tijd, maar u ziet dat toen grofweg zo'n 20%, 21% van de bloeddonoren op natuurlijke wijze de infectie heeft doorgemaakt. Daar komt dan voor de jongste groep op dat moment nog zo'n 60% bij die de antistoffen heeft als gevolg van vaccinatie. Dan kom je uiteindelijk op die grafiek aan de rechterkant. Eigenlijk is dat ook heel consistent met de getallen die ik u net liet zien.

De voorzitter:

Een technische vraag van de heer Van Haga.

De heer Van Haga (Groep Van Haga):

In de linkergrafiek wordt er dus niet gedifferentieerd op basis waarvan je die antistoffen hebt?

De heer Van Dissel:

Volkomen juist. De linkergrafiek is dus het totaal. In de rechtergrafiek hebben ze het opgesplitst. Dat is even van belang, omdat ik het getal nodig heb van wat ongeveer het percentage is dat de infectie heeft doorgemaakt, antistoffen heeft en op die manier van nature beschermd is. U ziet dat dat rond de 20% is. Als je teruggaat naar de eerste slide, waarbij ik u heb laten zien dat ongeveer 1,9% bevestigde infectie heeft, dan ziet u dat die 20% ongeveer het dubbele daarvan is. Dat kan je ook nog op een andere wijze uitrekenen. Dat hebben we hier nog gedaan. Allereerst ziet u aan de linkerkant het overzicht van deze bloeddonoren over Nederland, maar het gaat me even om het rechtergrafiekje. Daar is het cumulatief aantal ziekenhuisopnames uitgezet op de horizontale as, de x-as, versus het percentage dat beschermd is op grond van de aanwezigheid van antistoffen. Aanvankelijk was dat alleen maar te verklaren door een natuurlijk doorgemaakte infectie, want we hadden geen vaccinaties. Op gegeven moment beginnen de vaccinaties en ziet u ook aan de punten dat de sero-immuniteit heel snel oploopt, maar het gaat even om de basislijn. Die kan je wat doortrekken. Als je het huidige aantal bevestigde ziekenhuisopnames – dat is natuurlijk ziekenhuis plus deels ic – optelt en je het tegen dezelfde lijn afzet, kom je opnieuw op zo'n 20% tot 25%. Dit gaat ook weer deels terug tot voor de laatste spike die we hebben

gehad, dus ik denk dat die 25% een realistisch getal is. Maar het betekent ook weer automatisch dat die 1,9 ongeveer de helft van het totale aantal is dat de infectie heeft gehad. Dat klopt op zich weer redelijkerwijs met wat we van de gedragsunit weten, namelijk dat ongeveer de helft van de personen met klachten zich ook daadwerkelijk laat testen. Al met al is het een consistent beeld.

Ik heb dat allemaal nodig om uiteindelijk tot dit plaatje te komen. Bij de afweging of we nu kunnen gaan versoepelen, is het natuurlijk van belang om te gaan berekenen hoeveel personen er in Nederland nog niet beschermd zijn. «Niet beschermd» heeft eigenlijk twee aspecten. Allereerst is er natuurlijk een groep die niet gevaccineerd wil worden. Dat is ongeveer die 15%. Daarnaast hebben we een groep die om medische redenen niet gevaccineerd kan worden. Dat is een kleine groep, maar je kan je voorstellen dat een aantal personen met ernstige allergieën daar bijvoorbeeld onder vallen. Nogmaals, dat is een kleine groep ten opzichte van die 15%. Daarnaast hebben we de groep die wel gevaccineerd wordt, maar we weten op grond van de uitkomsten die ik u net heb laten zien dat een aantal een zogenaamde non-respons hebben, tussen de 5% en 10%, die dan toch nog in het ziekenhuis zouden kunnen komen. Dat betekent dat we die ook eigenlijk niet als 100% beschermd moeten meerekenen. Hoe je dan de berekening ongeveer maakt, ziet u op deze dia samengevat. Het komt erop neer dat we dan uitkomen op ongeveer 1,8 miljoen personen die niet immuun zijn ten gevolge van het feit dat ze niet gevaccineerd zijn en ook niet de infectie op natuurlijke wijze hebben doorgemaakt. Ook onder de niet-gevaccineerden zit natuurlijk een groep die wel degelijk de infectie al heeft doorgemaakt. Dat moet je daarin betrekken. Dan kom je op die 1,8. Daarnaast heb je dus de groep van de non-responders, waarvan we denken dat vaccinatie dus wat minder goed helpt dan uiteraard bij de responders. Dan zou die groep in totaal op zo'n 2,5 miljoen niet-beschermden personen komen. Als wij met die 1,8 miljoen even doorrekenen, is dat dus de groep die niet immuun is op grond van het feit dat ze niet gevaccineerd zijn en niet de infectie hebben doorgemaakt. Ik heb u laten zien dat de vaccinatiegraad niet voor alle leeftijdsgroepen gelijk is. Die is met name hoog in de allerhoogste leeftijdsgroepen en wat minder hoog in de groep van, laten we zeggen, tussen de 30 en de 50. Dat moet je natuurlijk weer verdisconteren om te berekenen hoeveel van die 1,8 miljoen personen naar verwachting uiteindelijk ten gevolge van een COVID-19-infectie in het ziekenhuis ofwel op de ic kunnen worden opgenomen. Daar ziet u de getallen van weergegeven. Ik wil erbij zeggen dat dat een schatting is. U ziet ook dat daar een belangrijke range in zit, maar dit is wat je grofweg kan voorspellen. De premisse hierbij is dat het SARS-CoV-2-virus blijft circuleren. Dat is overigens ook wat we natuurlijk in alle landen om ons heen zien gebeuren. Dat leest u ook terug. Het tweede is dat je als gevolg daarvan verwacht dat misschien niet vandaag, maar in de komende periode – dat kan zich overigens best uitstrekken over een hopelijk lange periode – iedereen die ofwel de infectie niet heeft doorgemaakt of niet gevaccineerd is, dus die 1,8 miljoen, vroeger of later toch een keer in contact zal komen met het SARS-CoV-2-virus en dan de kans heeft om ziek te worden. Dat ziet u hier cumulatief weergegeven.

De voorzitter:

Een technische vraag.

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

Ja, dat klopt. Over welke periode worden die 16.000 tot 22.000 ziekenhuisopnames en de ic-opnames die daaronder staan dan gerekend?

De heer **Van Dissel**:

Dat is wat ik u eigenlijk net zei. Dat wordt niet over een periode gerekend. Dat is gewoon wat er cumulatief gaat komen. De belangrijkste vraag is natuurlijk: komt dat in een maand of strekt zich dat uit over twee jaar? Dat kunnen wij momenteel onvoldoende voorspellen, domweg omdat de modellering nog te complex is. Daar wordt zeker aan gewerkt. Waarom is die complex? Die is complex omdat je nu eigenlijk een onderverdeling kan maken in twee typen uitbraken.

We hebben een doorgifte van het virus onder personen die gevaccineerd zijn. Dat zullen ze minder vaak doen dan ongevaccineerde personen, voor de duidelijkheid. Ze zullen er ook veel minder vaak ziek van worden, maar ze zullen het virus waarschijnlijk soms nog wel door kunnen geven. Daarnaast heb je een groep die helemaal niet immuun is. Daar verwacht je het beeld dat we tot nu toe hebben gezien, namelijk het percentage, zoals ik u op de eerste of tweede slide heb laten zien, dat uiteindelijk ziek zal worden. Een deel zal ernstig ziek worden en in het ziekenhuis komen, deels ook op de ic. Die twee uitbraken spelen op elkaar in. De belangrijkste verspreiding is natuurlijk onder de groep die niet immuun is. Die zal deels ook overloop geven naar de groep die wel immuun is. De groep die niet immuun is, leidt uiteindelijk tot deze aantallen.

Wat zou bijvoorbeeld het meest gunstige scenario zijn? Dat is dat er plotseling een behandeling wordt gevonden voor COVID-19, want dan hoop je deze aantallen niet te gaan halen, maar vooralsnog hebben we die niet. Uit de 1,8 miljoen niet-immune en daardoor ook niet-beschermde personen kunt u cumulatief naar schatting de aantallen verwachten die ik in blauw heb gegeven. Die berusten op de groep die niet gevaccineerd is en ook niet de natuurlijke infectie heeft doorgemaakt.

Helaas is het zo dat afhankelijk van de circulatie onder de niet-immune groep ook een aantal van de wel-gevaccineerde personen weer in contact komt met dat virus. Die zouden dus – dat moet u eigenlijk nog toevoegen – binnen die 0,7 miljoen kunnen vallen. Dat zijn de non-responders uit de groep die wel gevaccineerd is. Ik hoop dat het helder is. Momenteel is het gewoon een complex beeld, omdat er verschillende factoren door elkaar spelen: infecties, vaccinaties, niet-gevaccineerden die wel een infectie hebben gehad en niet-gevaccineerden die geen infectie hebben gehad. Dat leidt tot deze getallen.

Vastgesteld hebbende, als ik dat mag zeggen, wat in potentie dus de zorgbelasting zou kunnen worden vanuit de groep die nog niet gevaccineerd is, is de volgende stap in welke scenario's je dan gaat nadenken met betrekking tot de versoepeling. Daar zijn vier belangrijke scenario's voor mogelijk. Twee daarvan laat ik verder buiten beschouwing. Eén scenario zou zijn om alles in één keer te stoppen. Een ander zou zijn om helemaal niks te stoppen, omdat we bijvoorbeeld komende winter ook een heftige influenza-uitbraak verwachten en we dat allemaal willen afwachten. Dat zijn natuurlijk de twee extremen.

Daartussenin liggen er twee die ik kort met u wil bespreken, want dat zijn wat verschillende aanpakken. Eén daarvan is dat je je richt op de hoogrisicosettings. Hoogrisicosettings waren in het verleden bijvoorbeeld de horeca, zeker de nachthoreca, scholen, festivals en dergelijke. Daar kan je je op richten om dan settingsgewijs te versoepelen. Dat betekent wel dat u uiteraard uiteindelijk ook een prioritering van die settings moet aanbrengen. Wij hebben die settings afgeleid uit de risicosituaties die afgelopen jaar op grond van het bron- en contactonderzoek duidelijk zijn geworden. Een andere aanpak is om niet op settings te varen, maar op aparte maatregelen. Daar hebben we er natuurlijk nog een paar van. We hebben nog met name de anderhalvemeterafstandregel. Je zou je ook op één zo'n maatregel kunnen richten en een aantal andere bijvoorbeeld nog in stand houden en dan zo'n maatregel stoppen. Beide geven natuurlijk de nodige onzekerheid. Het nadeel van stoppen met de maatregelen, zo vond het OMT, is dat die maatregelen in een interactieterm gaan met de settings. Dat moet u zich realiseren. Het opheffen van de 1,5 meter heeft

bijvoorbeeld buiten minder effect dan binnen. Het heeft misschien minder effect in een schoolklas dan in een horecagelegenheid. Er is dus een interactieterm, die maakt dat het heel ingewikkeld wordt om te gaan voorspellen wat er dan gebeurt. Uiteindelijk heeft het OMT als advies dus gekozen voor de tweede optie: richt je op settings. Voor de duidelijkheid: deels op grond van evident medisch-epidemiologische redenen hebben we het onderwijs als eerste in onze advisering geprioriteerd.

Los van welk scenario je kiest – u heeft daarin uiteindelijk het laatste woord – zijn er toch nog een aantal punten die wij meegeven. Allereerst wil je een aantal regels gewoon doorzetten. Dit geldt bijvoorbeeld voor de basisregels: bij klachten blijf ik thuis, bij klachten laat ik mij testen, als ik iemand heb met een bevestigde test en ik ben gevaccineerd, dan test ik mij weer op dag drie, en als ik niet gevaccineerd ben, dan ga ik in quarantaine. Dat zijn gewoon vaste regels die effect hebben. Deze worden bijvoorbeeld ook in Engeland nog steeds buitengewoon strikt uitgevoerd. Ze ressembleren natuurlijk een heel belangrijk effect, omdat ze zich richten op de bron. Als je iets bij de bron kan bestrijden, heb je natuurlijk down the road een heleboel dingen niet nodig. Hygiëne, hoesten in de elleboog et cetera: dit zijn allemaal onderdelen van dingen die we gewoon kunnen voortzetten. Dit geldt ook voor het bron- en contactonderzoek, dat ons op het spoor moet zetten van clusters, of laat zien wat op dat moment de belangrijkste reden van verspreiding van het virus is. Daar wil je dan, het liefst lokaal, maatregelen op nemen.

Het tweede punt is het volgende. Als je na versoepelingen ziet dat er een toename is van het aantal gevallen, niet zozeer een toename van meldingen, maar met name een toename van de druk op de zorgcapaciteit, dan wil je ook de mogelijkheid hebben om bij te sturen. Uiteindelijk is ook aan u de vraag of je dat dan landelijk of vooral regionaal wil doen. In onze ogen zou dat laatste veel logischer zijn. Als er regio's zijn met een lage vaccinatiegraad waar op dat moment een uitbraak is, dan richt je je daar namelijk op het bestrijden van de uitbraak, en niet op een plek waar de vaccinatiegraad heel erg hoog is en er geen gevallen zijn. Daar helpt het systeem van testen uiteraard bij, evenals de rioolwatersurveillance en dergelijke. Die moeten ons daarbij allemaal gaan helpen.

Waar kom je dan op uit? Dat is het scenario waarbij de kwetsbaren, de ziekenhuiszorg en zicht op het virus de belangrijkste doelen zijn en blijven van het OMT. U ziet het hier nog wat uitgesplitst. Voor de zorg geldt dit natuurlijk van de eerstelijnszorg en de wijkverpleging tot aan de ic, voor de duidelijkheid. Het OMT geeft in zijn advisering mee dat als je gaat versoepelen, je dat dan in onderwijsinstellingen moet doen. Laat die zonder verdere restricties hun werk doen. Die hebben lang genoeg stilgelegen. We denken ook dat er puur medische redenen zijn om dat zo snel mogelijk te doen. Daar is literatuur over. U vindt dat ook terug in de OMT-brief. Dat zal altijd tot meer verspreiding leiden. De vraag, die wij nog niet of onvoldoende kunnen beantwoorden, is dan weer of we dat kunnen absorberen door het feit dat een heleboel mensen immuun zijn. Dat is uiteraard de doelstelling, maar het virus zal blijven circuleren. Van de personen die niet immuun zijn, zal een deel in aanraking komen met het virus. Dit zal dus tot een zekere zorgbelasting leiden. Wij denken dat dat dan is waar je met name op stuurt.

Dan wil ik u nog het beeld van het buitenland meegeven, waarbij de situaties om een heleboel redenen ook altijd maar weer matig te vergelijken zijn. Voor de laatste periode, ongeveer vanaf juni tot aan gisteren, is het beeld dat Nederland recent een hoge piek heeft gehad maar inmiddels tot onder het gemiddelde van Europa is gedaald. U ziet dat een land als Denemarken inmiddels wat boven ons zit. Dat land heeft er recent voor gekozen om toch een heleboel dingen open te doen en te versoepelen. Dit geldt bijvoorbeeld nog niet voor de nachthoreca en de festivals, maar wel voor een heleboel andere dingen, wat heel gelijkend is aan Nederland. Een land als België, dat eigenlijk ook in zo'n fase zit, zit

daartussenin. We kennen natuurlijk het Verenigd Koninkrijk. Daar is een hoge piek geweest. Ik heb mij door mijn collega in Engeland laten vertellen dat die hoge piek met name toe te schrijven is aan het Europees voetbalgebeuren. Ze zagen namelijk duidelijk dat het van de mannen richting vrouwen en hun gezinnen overging. Dat heeft waarschijnlijk voor die extra opstoot gezorgd. Daarna is het gedaald. U ziet het nu weer langzaam stijgen. Daar zegt men, met een soortgelijke aanpak, dat de meldingen natuurlijk van belang zijn, maar dat ze met name sturen op ziekenhuiszorg en op ic-zorg. Daarover is nog wat toegevoegd in een van de laatste dia's, die ik nu verder niet wil behandelen. U ziet daarin dat ook daar de ziekenhuis- en ic-zorg momenteel aanmerkelijk lager is dan die geweest is in de eerdere pieken. Het beeld van Israël is natuurlijk opmerkelijk, omdat het land aanvankelijk behoorlijk voorop lag bij de vaccinaties. Maar het heeft natuurlijk ook groepen die niet gevaccineerd worden. U ziet dat dat ook daar tot een behoorlijke verspreiding leidt. Helemaal onderaan staat een land als Duitsland, dat er vooralsnog voor kiest om toch heel streng maatregelen aan te houden. Dat is voor nu wat ik u wilde vertellen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank. In de presentatie staat nog een vergelijking tussen Engeland en Nederland, maar die kunt u zelf lezen. Ik sta eerst één vraag per lid toe. Ik start met de heer Van Haga. Gaat uw gang. Graag korte vragen, zodat we hopelijk ruimte overhouden voor een tweede ronde. De heer Van Haga.

De heer Van Haga (Groep Van Haga):

U gaf op bladzijde 12 aan dat er nauwelijks verschil is tussen de reproductiefactor op basis van de positieve test, de ziekenhuisbezetting of de ic-bezetting. Maar de besmettingen leiden niet meer in dezelfde mate tot ziekenhuisopnames of ic-opnames, doordat veel mensen gevaccineerd zijn of corona hebben gehad. Inmiddels weten we ook dat gevaccineerde mensen ook nog positief kunnen testen. Mijn vraag is dus: moet er bij het bepalen van die R-waarde dan niet gedifferentieerd worden tussen gevaccineerde en ongevaccineerde mensen? Ik begrijp eigenlijk niet hoe er geen verschil kan bestaan tussen die verschillende R-waardes op basis van tests, ziekenhuisbezetting en ic-bezetting.

De heer Van Dissel:

Laat ik met dat laatste beginnen: dit is waar we nu op uitkomen. U ziet eigenlijk dat het zowel qua meldingen als qua ziekenhuisopnames als qua ic-opnames momenteel vlakke curves zijn. Dat betekent dat je kan verwachten dat die R-waarde ongeveer tegen de 1 aanligt. De ziekenhuisopnames nemen nog iets af. Dat maakt dat die net daaronder ligt. Maar het zijn natuurlijk altijd momentopnames die een andere duiding hebben per waarde. Ze komen nu alleen bijna helemaal overeen. Waarom zeg ik dat? Omdat we ons wat betreft meldingen realiseren – dat heb ik hopelijk ook duidelijk aangegeven – dat het aantal meldingen nu een andere mix is dan met Kerstmis of afgelopen najaar. We hebben natuurlijk steeds de R-waarden met name op de meldingen gebaseerd. Als die meldingen qua samenstelling gaan wisselen, heeft dat natuurlijk ook een andere duiding. Vandaar dat ik ze nu alle drie geef. Ik denk dus niet dat dat opmerkelijk is. Het is meer dat het nu net in de tijd allemaal samenkomt.

Dan het tweede punt. Dat is natuurlijk heel interessant. We zouden dat graag willen kunnen, maar dan moeten we wel over die informatie beschikken. Daar beschikken we helaas niet geheel over. Je moet dan namelijk precies weten wie wel en wie niet gevaccineerd is, om te weten in welke mate het bijdraagt aan de verschillende eindpunten en de meldingen. Dat is deels beschikbaar en deels zijn we zeer hard doende om dat te koppelen, maar het moet natuurlijk ook met alle privacywetgeving

in overeenstemming zijn. We hopen dat binnenkort wel te kunnen realiseren. Ik denk dat uw suggestie dan een hele goede is. Die dingen wil je dan eigenlijk uit elkaar gaan halen. Ik hoop dat we dat zullen kunnen.

De voorzitter:

Dat lijkt mij een heldere toezegging. Mevrouw Van der Plas, ik geef u graag het woord.

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

Ik heb eigenlijk geen antwoord gekregen op de vragen die ik heb ingediend. Ik vroeg onder meer hoeveel gevaccineerden er op de ic's en in ziekenhuizen liggen. Daarop heb ik een antwoord gezien, evenals op mijn vraag over de leeftijdsgroep. Maar ik had ook nog gevraagd hoeveel mensen daarvan primair met covid in het ziekenhuis liggen en hoeveel mensen er met een andere aandoening opgenomen worden, daar ter plekke worden getest en dan positief zijn.

De heer Van Dissel:

Dat percentage heb ik nu niet vermeld, maar dat staat wel vermeld op het coronadashboard. Dat was in de laatste peiling rond de 11%. Dat zijn dus personen die vanwege een andere reden primair worden opgenomen, bijvoorbeeld hartdecompensatie, kan ik mij voorstellen. Vervolgens blijkt covid daar toch ook een rol bij te spelen. In die setting was het 11%. Straks hopen we dat dus – ik zou niet willen zeggen «geautomatiseerd», maar veel nauwkeuriger in ieder geval – te kunnen volgen door koppeling van de databases.

De voorzitter:

Ik sta één vraag toe.

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

Even aanvullend.

De voorzitter:

Nee, u mag één vraag stellen. Straks mag u weer ...

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

Maar er zat nog een andere vraag in die ook niet beantwoord is.

De voorzitter:

Die is dan straks voor de tweede ronde. Ik ga nu naar de heer Paternotte. We hebben namelijk nog maar een halfuurtje. De heer Paternotte.

De heer Paternotte (D66):

De heer Van Dissel noemde Denemarken als voorbeeld van een land waar ze nu ongeveer net zo veel besmettingen hebben als wij. Ik heb daar schoonfamilie, dus ik was daar deze zomer. Ik zag dat er ongeveer enkele tientallen mensen in het ziekenhuis lagen. Het is natuurlijk een wat kleiner land met 6 miljoen inwoners, maar ook als je dat tegen elkaar afzet, is het relatief ongeveer vier keer minder dan bij ons in Nederland, terwijl ze dus ongeveer evenveel besmettingen hebben. Ik maak uit de ECDC-data op dat de vaccinatiegraad onder 50-plussers daar zo'n 97% is. Als ik hier naar de data kijk, zitten wij zo rond de 90%. Mijn vraag is: klopt daarmee mijn indruk dat het perspectief dat die druk op de zorg nog gigantisch hoog kan oplopen, namelijk tot die 3.400 ic-opnames in deze projectie, toch voor een heel groot deel wordt veroorzaakt doordat we te weinig 50-plussers gevaccineerd hebben?

De heer Van Dissel:

Correct. Dat is misschien een heel kort antwoord, maar ...

De voorzitter:

Het is een antwoord, dus dan kunnen we door.

De heer Van Dissel:

Nou, ik wil nog één zin toevoegen. De heer Paternotte noemde eigenlijk alle componenten, maar ik wil het nog heel even herhalen. De druk op de ziekenhuizen is leeftijdsafhankelijk. U geeft eigenlijk terecht aan dat als je alle leeftijdsgroepen hebt gevaccineerd waarvan personen naar het ziekenhuis gaan – voor de duidelijkheid: dat zijn personen van alle leeftijden, maar die verdeling is toch wel heel asymmetrisch – je kunt verwachten dat de druk op de zorg belangrijker afneemt. Dat is de situatie in Denemarken.

De voorzitter:

Dank. Mijnheer Van der Molen, mag ik u het woord geven?

De heer Van der Molen (CDA):

Zoals u weet heeft het kabinet het voornemen om het middelbaar beroepsonderwijs, het hoger beroepsonderwijs en universiteiten vanaf 30 augustus te openen. Ik vraag mij af hoe u daarmee rekening heeft gehouden in de modellering. U probeert zelf immers ook een beeld van het effect in te schatten, ook in de adviezen die u geeft.

De heer Van Dissel:

Voor de duidelijkheid: ik denk dat ik heb aangegeven dat de modellering op dit moment gewoon buitengewoon complex is vanwege alle verschillende groepen die je moet meenemen en waarvan je niet precies weet hoe de interactie is. Dat zal deels een leerproces zijn. Maar we denken dat als je versoepelt – zo hebben wij het ook geadviseerd – je om meerdere redenen moet beginnen met het onderwijs. Op de persconferentie heb ik van het kabinet gehoord dat het ook wordt gedaan op grond van een maatschappelijke afweging. Als er een keuze is, dan is dat een keuze die in ieder geval overeenkomt met het advies dat wij ook meer om medische redenen hebben gegeven. Je hoopt dan dat alle studenten et cetera gevaccineerd zijn. Je verwacht dan namelijk relatief weinig problemen. Maar uiteindelijk gaat het natuurlijk om de vraag welk percentage ongevaccineerd is. Dat maakt namelijk dat je toch de kans hebt op meer circulatie. Vervolgens is de vraag hoe zich dat vertaalt naar circulatie in gebieden waar de vaccinatiegraad laag is. We zullen dat nog even moeten afwachten.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik heb eigenlijk een vervolgvraag op de vraag van mijn collega, van wie het goed is om hem hier weer in ons midden te zien. Ten aanzien van het hoger onderwijs en het mbo heeft het kabinet besloten om die openstelling toch eerder in te laten gaan. Mijn vraag daarbij is de volgende. Het kabinet neemt een aantal maatregelen om de besmettingen alsnog zo laag mogelijk te houden. Ik zou van de heer Van Dissel heel graag horen hoe hij het punt van ventilatie weegt, juist voor deze instellingen. Ook is ten aanzien van de mondkapjes eerder vooral geadviseerd die in de wandelgangen te dragen, maar nu zullen ook veel studenten juist in een afgesloten ruimte college ontvangen. Geeft dat nog aanleiding tot nieuwe adviezen ten aanzien van de onderwijsinstellingen?

De heer Van Dissel:

Nee, ik denk het niet. Laten we weer even teruggaan naar wat belangrijk is. Allereerst vaccinatie. Als iedereen gevaccineerd is, maak je je over al deze punten een stuk minder zorgen omdat de risico's gewoon aanmerkelijk kleiner zijn. Het tweede is bronisolutie. Als iedereen met klachten thuisblijft en zich laat testen, is er helemaal geen druk op een mondkapje,

vaccinatie of wat dan ook. We denken dat dat het allerbelangrijkste is. We naderen toch die datum van 20 september. Dan gaat het relatief om drie, vier weken tijd, waarin gelukkig nog een heleboel personen immuniteit opbouwen en misschien ook nog een aantal personen van de groep mensen die nog niet gevaccineerd zijn en waarvan ook niet bekend is dat zij een infectie hebben doorgemaakt, zich alsnog laat vaccineren. Dat zou het onder controle hebben en houden ervan namelijk wel buitengewoon bevorderen. Dat betekent dus ook dat alle andere maatregelen die u noemt allemaal ergens secundair en van minder belang zijn als je maar die primaire maatregelen in acht neemt. Daarbij hoort misschien ook dat als je niet gevaccineerd bent, je van die zelftesten gebruikmaakt.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik vraag me het volgende af. Op pagina 23 staat een model. Ik begrijp dat dat over de huidige maatregelen gaat, maar ik zou eigenlijk willen zien wat de andere maatregelen voor effect zouden hebben. Ik zou daaraan het volgende willen toevoegen. Wat als we een mutant krijgen die nog erger is dan delta? Ik vind dat we op dit moment en ook in de afgelopen periode met vrij weinig verschillende modellen naar de situatie kijken. Misschien is dat ook wel een beetje postvakantie. Ik kom net terug uit Italië en ben ook door Duitsland heen gereden. Dat zijn twee landen waar nog veel meer maatregelen in acht worden genomen.

De heer **Van Dissel**:

Voor wat betreft de vraag of er maatregelen gelden, is de keuze aan u. Wij adviseren over scenario's en hopen duidelijk te maken wat de potentiële consequenties daarvan zijn. Wat er gekozen wordt, is natuurlijk aan u. Er worden binnen Europa duidelijk nog verschillende keuzes gemaakt. Duitsland is nog steeds heel erg strikt en heeft lage getallen. Denemarken en het Verenigd Koninkrijk laten veel meer los en hebben hogere getallen. Dat zijn allemaal keuzes die leiden tot een verschillende belasting van de zorg. Die moet je aankunnen. Dat zijn keuzes die niet zozeer bij degenen die adviseren liggen, als wel bij degenen die daar uiteindelijk over besluiten. Wij zeggen het volgende. Je kunt best modelleren, maar de onzekerheidsmarge is momenteel zo groot dat dat eigenlijk niet meer tot een zinvolle focus van het advies leidt, omdat er zo veel factoren meespelen. Dat is momenteel de situatie. Ik weet niet of het heel waarschijnlijk is dat er een mutant komt die zich weer helemaal nergens iets van aantrekt. Er zijn altijd horrorscenario's mogelijk, maar vooralsnog hebben we dat gelukkig niet gezien. Wij rekenen met name met de dingen die er al zijn. Dat is momenteel de deltavariant. Die geeft al genoeg problemen. Wat nog niet is gebeurd, kan misschien nog gebeuren, maar dat hoeft niet.

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

Dank voor uw presentatie. Ik heb één prangende vraag. Ik zie dat u daar een antwoord op heeft voorbereid in uw laatste sheet. Dank daarvoor alvast. Ik word toevallig net gebeld. Dat is onhandig. Excuus hiervoor. Ik heb u een onderzoek gestuurd – eerder is daar ook een studie over verschenen in Nature – dat volgens mij laat zien dat je, als je de infectie op een natuurlijke manier doormaakt, beter beschermd bent dan als je gevaccineerd bent. Het lijkt hierop en alle studies wijzen erop; u zei het net zelf ook al een beetje. Ik lees één conclusie voor uit de studie die ik u gestuurd heb: «We conclude that memory antibodies selected over time by natural infection have greater potency and breadth than antibodies elicited by vaccination». Mijn vraag is dus: is het dan niet logisch dat we vooral jongeren, die toch al niet zo'n zware infectie doormaken, de infectie eerder op een natuurlijke wijze laten doormaken, zodat ze langer beschermd zijn, dan dat we iedereen vaccineren?

De heer Van Dissel:

Voor de duidelijkheid: u refereert aan een reageerbuisonderzoek. Dat is geen onderzoek waaruit blijkt wat de verschillende effecten zijn op de bevolking. Dat is, denk ik, een belangrijke constatering, want je kan in een reageerbuis natuurlijk een heleboel dingen zien waarvan je niet weet hoe die zich vertalen naar de echte situatie. Waarom vaccineer je? Je vaccineert om iemand immuun te laten worden voor een ziektebeeld dat bepaalde risico's met zich meedraagt. Het doormaken van het ziektebeeld zelf geeft misschien optimale immuniteit, maar wel ten koste van alle potentiële gevolgen. Ik heb u op de eerste dia laten zien dat ongeveer 4,5 miljoen mensen zijn overleden aan covid. Dat is niet niks. Met vaccinatie wil je dus zo veel mogelijk immuniteit oproepen, in dit geval tegen het virus, om te voorkomen dat men er ernstig ziek van wordt. Dat doen die vaccins. Daarbij wil je natuurlijk zo min mogelijk bijwerkingen. Er zijn inmiddels tientallen en tientallen miljoenen vaccins gezet. De bijwerkingen daarvan zijn bekend. Die zijn er in zeldzame gevallen, afhankelijk van het vaccin. Dat kun je op websites, zoals die van het Lareb voor Nederland, goed nalezen. De uiteindelijke beoordeling lag overigens bij de Gezondheidsraad. Zij hebben gezegd: alles plussend en minnend vinden we het toch belangrijk dat de vaccins ook aan mensen vanaf 12 jaar gegeven worden. Dat is momenteel de situatie in Nederland. Ik geef u een verklarend antwoord, maar om het echte antwoord moet u misschien bij de Gezondheidsraad vragen, want dat is the body die dat advies heeft gegeven. Wij kunnen ons daar helemaal in vinden om de redenen die ik net noemde.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

De heer Van Dissel geeft aan dat er nog heel veel onzeker is en dat het moeilijk te modelleren is. Het kabinet werkt aan een nieuwe routekaart waarop staat welke maatregelen er worden genomen in een bepaalde situatie. De doelen blijven hetzelfde; de vaccinatiegraad neemt enorm toe. Is er straks dan ook iets te zeggen over de hoeveelheid besmettingen die je kunt accepteren waarbij er niet te veel ziekenhuis- en ic-opnames zijn? Is daar iets concreets over aan te geven voor de toekomst?

De heer Van Dissel:

Zeker. Dat doen we natuurlijk al om het zo te kunnen volgen. U vraagt alleen ook van mij om het doel te stellen, maar dat moet u doen. Het kabinet en het parlement moeten aangeven wat een acceptabele belasting van de zorg is ten gevolge van covid. Dan kunnen wij terugrekenen.

De heer Van Kent (SP):

Dank voor de presentatie. Ik heb een vraag over nut en noodzaak van een derde prik in Nederland, natuurlijk ook rekening houdend met landen waarin vaccins nog onvoldoende beschikbaar zijn. Zou u daar iets over kunnen zeggen?

De heer Van Dissel:

Ik wil de vraag niet afschuiven, maar die ligt momenteel nadrukkelijk bij de Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad zal in detail kijken naar alle achterliggende bewijsvoering vanuit de wetenschap over de pros and cons van eventuele boostervaccinatie en, misschien ook met de ethische afwegingen die u zelf toevoegt, naar de vraag of die vaccinaties dan hier gegeven moeten worden of dat we globaal moeten zorgen dat landen met minder kansen eerder gebruik kunnen maken van vaccins. Het advies daarover ligt echt bij de Gezondheidsraad.

De voorzitter:

Tot slot, mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Er zijn gelukkig al heel veel interessante vragen gesteld. Ik wil graag een vraag stellen over pagina 10. U laat daarop een beeld zien waaruit blijkt dat het zelftesten werkt en dat het steeds vaker wordt gedaan. Mijn vraag is of bekend is welke mensen zelftesten doen en in welke situaties. Doen ze dat bijvoorbeeld omdat ze in het onderwijs werken? Wordt daarover data bijgehouden?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat weten we niet. Dan zou je namelijk moeten weten hoeveel zelftesten er over de toonbank gaan bij de apotheek. Dat zijn gegevens waarover wij niet kunnen beschikken. Die zou je daarvoor moeten hebben. Het enige wat ik u kan tonen, is de groep die doorgaat naar de GGD-teststraten. Die is in deze grafiek weergegeven. De grafiek toont het belang om naar de GGD-teststraten te gaan na het doen van een zelftest. In de meeste gevallen blijkt de uitslag namelijk bevestigd te worden, maar niet altijd. Daarbij heeft iedereen dus potentiële winst. Het geeft ook winst voor ons, omdat als van een PCR-test gebruik wordt gemaakt, het bij de GGD-teststraten ook mogelijk is om bemonstering te doen, bijvoorbeeld voor de sequentieanalyses die ons iets zeggen over de variant.

De **voorzitter**:

Ik ga supersnel door naar een tweede ronde.

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

Ik heb een vraag over het besmettingsgevaar in de verschillende settings, waarover het gaat op bladzijde 24. Mensen mogen met tienduizenden tegelijkertijd naar een voetbalstadion en 75.000 mensen gaan straks naar de Formule 1. Kunt u aangeven wat precies het verschil is tussen die verschillende settings? Want festivals mogen nu niet, maar de rest wel.

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid: er is door het kabinet aangegeven dat het belangrijk is of het geplacerd of niet-geplacerd is, dat er een bepaald maximum is en of je wel of geen test moet doen. Vanuit de wetenschappelijke achtergrond kunnen we alleen maar aangeven dat bij dat soort besluiten natuurlijk geldt: hoe meer personen je samenbrengt, hoe hoger het risico dat er een persoon bij is die toch besmet is, ook al heeft die op dat moment misschien nog geen klachten. Een groep krijgt daarna pas klachten en kan het dan toch al verspreiden. Een belangrijke factor is met hoeveel personen zo iemand gemiddeld contact heeft op een festival. Je kan bijvoorbeeld een festival hebben met 10.000 personen waarvan één persoon besmettelijk is, maar dat betekent niet dat al die 10.000 personen dan daadwerkelijk de kans hebben om met hem in contact te komen. Uit onderzoeken blijkt dat dit zich in de praktijk tot zo'n 60 tot 100 man beperkt, maar dat hangt natuurlijk weer af van wat je doet. Al dat soort factoren geven wij mee. Uiteindelijk wordt er een besluit genomen over wat er wel of niet wordt toegelaten. U noemde het voorbeeld van voetbalstadia. Ik heb dat zelf ook gezien, omdat de Eredivisie weer gestart is. Terugdenkend aan de advisering, denk ik dat het van belang is dat als je het stadion voor twee derde mag vullen, je die mensen dan niet allemaal in één vak achter het doel zet, maar er ook voor zorgt dat ze letterlijk het hele stadion vullen. Bij die dingen heeft men zelf natuurlijk het invullen van de details in de hand.

De **voorzitter**:

Boerenverstand. Mevrouw Van der Plas.

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

Dan kom ik toch nog even terug op mijn tweede vraag die niet beantwoord is. Want ik ben ook benieuwd wie welk vaccin heeft gekregen. Welk vaccin hebben de mensen die nu in het ziekenhuis liggen ontvangen? Volgens mij moet dat vrij makkelijk te achterhalen zijn qua leeftijdsgroepen.

De heer **Van Dissel**:

De longartsen hebben daarnaar gekeken en zien daar nog geen patroon in, mits je de fase van de immuniteitsontwikkeling gehad hebt. Dat is ook consistent met het beeld uit het PIENTER-onderzoek dat ik u heb laten zien, van de opbouw van antistoffen na de verschillende vaccinaties. Dit is typisch een vraag die we natuurlijk graag min of meer realtime willen kunnen analyseren. Dat hopen we binnenkort dus te kunnen.

De **voorzitter**:

Excuus, ik had mijn microfoon aanstaan, dus ik hoop dat u in beeld was.

De heer **Paternotte** (D66):

Als je kijkt naar het percentage mensen dat immuun is, dan valt de groep in de leeftijdscategorie van 0 tot 9 jaar op, omdat die uiteraard niet gevaccineerd wordt. 6% van de kinderen in die groep zou nu immuniteit hebben en meer dan achttien op de twintig kan het virus dus nog gaan doormaken. Mijn vraag is wat de heer Van Dissel verwacht van de rol die basisscholen en kinderdagverblijven kunnen gaan spelen in de epidemie. Wat betekent het bijvoorbeeld voor vereisten aan ventilatie en het bieden van een veilige omgeving als je die rol zou willen vertragen?

De heer **Van Dissel**:

Iets wat vrij consistent terugkomt, niet alleen in Nederlands onderzoek, maar ook in onderzoek in Europa en Amerika, is dat die groep gewoon – gelukkig, kunnen we bijna zeggen – veel minder lijkt bij te dragen. U geeft zelf eigenlijk al een deel van het antwoord, want immuniteit door een natuurlijk doorgemaakte infectie is in die groep ook inderdaad heel erg laag, als je het vergelijkt met leeftijdsgroepen vanaf bijvoorbeeld 20 jaar. Dat betekent dat er de afgelopen 1,5 jaar minder virus heeft gecirculeerd. Je zou dan natuurlijk per casus moeten kijken waar men het virus precies heeft opgedaan. We weten dat dat bij deze groep vaak in de thuissituatie gebeurt. Dat maakt allemaal dat die groep minder geprioriteerd is en dat we daar bijvoorbeeld een snottebellenprotocol voor hebben, waarin staat dat een snottebel niet meteen moet leiden tot een test of tot thuisblijven. Het is een groep die gelukkig, in tegenstelling tot bij een aantal andere virusinfecties, minder meedoet aan deze uitbraak.

De heer **Van der Molen** (CDA):

Op pagina 30 van de presentatie maakt u een vergelijking tussen Nederland en Engeland. Ik wil nog een vraag stellen over hoe wij het doen in relatie tot andere landen, want daar wordt met name naar besmettingscijfers en vaccinatie gekeken. In een eerdere technische briefing heeft u gezegd dat met name de mate waarin de basismaatregelen in Nederland nageleefd worden erg laag is. Dat heeft natuurlijk ook effect op hoe wij het op andere vlakken doen. Zou u iets kunnen zeggen over de naleving van regels, specifiek in Engeland, maar ook in andere landen? Dan krijgen we dat beeld even scherp, omdat het in Nederland blijkbaar niet lukt om die basisregels goed met elkaar na te leven.

De heer **Van Dissel**:

Dat het helemaal niet lukt, wil ik ook niet zeggen, maar we moeten daar realistisch over zijn. Er zijn duidelijke culturele verschillen, maar er zijn ook culturele verschillen in hoe men woont. In Italië wonen meerdere generaties soms bijvoorbeeld in één huis. Dat heeft natuurlijk een hele

andere impact op het virus dan in Nederland, waar dat veel minder gewoon is. Er zijn een heleboel culturele verschillen die medebepalen hoe zo'n virus zich zal verspreiden. Nederland is ook veel meer een stadstaat, die voor een heel groot deel een heel grote bevolkingsdichtheid heeft. Dat is natuurlijk een totaal andere situatie dan de situatie in Noorwegen of Finland. Dat vraagt dus om een andere bestrijding en om een andere duiding van de getallen. Er was een vraag over een vergelijking tussen Nederland en Engeland, vandaar dat ik gisteravond even wat kerngetallen op een rij heb gezet. Maar van Engelse collegae – nogmaals, we hebben onderling behoorlijk wat contact en dan zijn juist dit de dingen die we uitwisselen – krijg ik heel duidelijk terug «we hebben een freedom day gehad» en «vrijheid, blijheid», maar ze geven ook aan dat men zich in Engeland nog wel degelijk aan een heleboel basismaatregelen houdt. Dat zal zich dus gunstig vertalen naar wat daar uiteindelijk gebeurt. Daarom durft men het misschien ook meer aan. Ik denk dat dat een bevestiging is dat ook wij ons het belang daarvan moeten blijven realiseren en dat hopelijk ook blijven respecteren.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik heb nog een vraag aan de heer Van Dissel over die 15% mensen die niet gevaccineerd zijn. Als hij naar omliggende landen kijkt maar ook naar de Nederlandse cultuur, welk percentage acht hij dan redelijk van mensen die uiteindelijk niet gevaccineerd zullen zijn? Hoe verhoudt het OMT zich daartoe, ook longterm?

De heer **Van Dissel**:

U vraagt mij welk percentage ik zou willen?

De **voorzitter**:

Nee, wat u verwacht dat nog gevaccineerd gaat worden.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Nee, wat u wilt is mij heel helder.

De heer **Van Dissel**:

Wat er nog bij zou kunnen komen?

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Niet wat wij graag wensen, maar als wij gewoon redelijk kijken naar andere landen en de Nederlandse cultuur, en ook naar mensen die om een of andere reden niet kunnen vaccineren, medisch gezien: wat is dan een haalbaar percentage, gewoon heel redelijk, los van onze wens?

De heer **Van Dissel**:

Het zal in ieder geval nog hoger kunnen. We zien dat de groep boven de 60 massaal die oproep heeft gevolgd. Daaronder schuurt het en is het minder. Ik denk dat er dus nog hele grote groepen zijn die nog van de vaccinatie gebruik kunnen gaan maken. Hoe hoog dat precies is, weet ik natuurlijk ook niet, maar als je de 60-plussers als maat neemt, dan zit je boven de 90% voor heel Nederland, en daar zitten we natuurlijk nu nog niet op. Ik wil wel iets benadrukken, als ik dat punt mag maken, want u noemde dat nog: de overgrote meerderheid komt gelukkig opdagen en kan ook gevaccineerd worden. Dan is er een groep die gewoon niet wil; dat moet je gewoon respecteren. Dan is er een groep die misschien nog over onvoldoende informatie beschikt, over onvoldoende juiste informatie beschikt of zich nog moet laten overreden met betere voorlichting. Op die groep wordt nu ingezet, bijvoorbeeld door bepaalde wijken in de grote steden met zo'n prikbus te benaderen. Niet iedereen heeft in dezelfde mate toegang tot informatie in Nederland. Dat is dus nog een groep, en je hebt een groep die wel wil, maar niet kan en een groep die het krijgt, maar

niet reageert. Die laatste twee groepen zou je graag willen beschermen. De groep die wel gevaccineerd is, maar omwille van onderliggende medische problemen niet reageert, bescherm je het beste doordat de bevolking in totaal solidariteit toont en zich wel laat vaccineren. Als we de cocon van gevaccineerden om zo'n persoon heen zo groot mogelijk maken, beschermen we die persoon. Al met al is dat een oproep om er wel gebruik van te maken.

De voorzitter:

Mevrouw Gündoğan.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik zou eerst een kleine correctie willen doen. Volgens mij is het niet zozeer een kwestie van cultuur, maar van handhaving. In Italië kom je geen supermarkt binnen zonder mondkapje en je temperatuur te laten meten. In veel restaurants en voor concerten moet je ook je green pass laten zien. Dat is toch wel iets heel anders dan hoe wij ermee omgaan. Maar mijn vraag gaat met name hierover. We beginnen nu een beetje te zien hoe de deltavariant verschilt van de andere varianten. Wat is de morbiditeit en de mortaliteit ten opzichte van de andere varianten? Zijn daarover al cijfers bekend?

De voorzitter:

Uw vraag is helder.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Dan kunnen we namelijk bij die 23 ziekenhuisopnames ook een beeld krijgen van waar we daarmee naartoe gaan.

De heer Van Dissel:

Het staat in ieder geval niet vast dat het anders is dan bij de andere varianten. Dat is misschien het belangrijkste om te zeggen. Er zijn onderzoeken die suggereren dat er met de deltavariant net wat meer mensen naar het ziekenhuis komen. Wij zien dat nog niet echt terug. Maar misschien zijn die getallen gewoon nog niet groot genoeg. Dat is ook niet iets wat overtuigend uit Engeland terugkomt, noch iets wat zich nu overtuigend in sterfte vertaalt. Die dingen worden continu gevolgd. U kunt zich voorstellen dat daar wel degelijk ook gunstige invloeden van therapieën doorheen zitten, die dat natuurlijk ook weer beïnvloeden. Maar er is overtuigend bewijs dat de besmettelijkheid gewoon hoger is. Voor het overige zijn die cijfers er nog niet.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Ik heb een vervolgvraag als dat kan, want ik was nog niet helemaal tevreden over het antwoord dat ik kreeg op mijn eerdere vraag. Ik zal hem nu heel concreet maken. Als u kijkt naar de laatste stand van de wetenschap, is het dan volgens u zo dat mensen die op een natuurlijke wijze de infectie hebben doorgemaakt, beter, langduriger en robuuster beschermd zijn dan mensen die gevaccineerd zijn, of niet? Dat mag een ja- of nee-antwoord zijn.

De heer Van Dissel:

De stand van de wetenschap is dat je dat nog niet kan zeggen, omdat de follow-up natuurlijk nog maar beperkt is. Het is een ziektebeeld dat één of anderhalf jaar bestaat. Ik kan u bijzonder weinig vertellen over hoelang het, zelfs al heb je het van nature doorgemaakt, bescherming gaat bieden tegen herinfectie. Dat is gewoon nog niet bekend. Als je naar de proxymaten kijkt, dus als je naar antistoffen kijkt als maat voor weerstand – en dat doen we natuurlijk ... We weten ook dat het niet alleen antistoffen zijn, maar dat het wel degelijk ook een cellulair onderdeel kent. Dan zie je dat

je met vaccinatie zo goed als gelijke titers bereikt vooralsnog en dat met name de virusneutraliserende titers na vaccinatie ruim boven het gewenste niveau zijn. Hoe zich dat uiteindelijk in de toekomst met wat dalende immuniteit zal vertalen in de ernst van het ziektebeeld of meer infecties, dat weten we gewoon nog niet.

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

We krijgen natuurlijk veel vragen vanuit de evenementensector, met name over evenementen die buiten plaatsvinden. We hebben testen voor toegang gekregen. Je zou kunnen zeggen dat iedereen getest zou moeten worden, ook als je gevaccineerd bent. Wat zou het risico zijn als je dit naast het onderwijs zou toestaan?

De heer **Van Dissel**:

Wij geven adviezen over en inzicht in de risico's van zo'n gebeurtenis. Dan is het verder aan u ter beoordeling hoe zich dit prioriteert ten opzichte van school of andere zaken. We hebben hiervoor een duidelijke lijst, die ik hier al eerder heb laten zien. Buiten is het risico altijd minder dan binnen. Als het kan met testen die kort voor het evenement worden gedaan, zijn de risico's minder dan wanneer er wel getest wordt maar de testperiode potentieel langer is, zoals het geval was. Een andere vraag is wat men er precies doet. Ga je dansen, ga je meezingen? Dat zijn allemaal factoren die maken dat er gewoon niet één antwoord mogelijk is. Je moet dus in detail inzoomen op wat er precies gebeurt. Dat geeft een risicoprofiel. Daarmee val je vervolgens wel of niet ergens in de besluiten dat het ongeplacerd tot een bepaald aantal kan en geplacerd tot een bepaald aantal, en dat het momenteel al dan niet gekoppeld is aan testen. Uiteindelijk wil je natuurlijk naar een situatie komen waarin het allemaal vrij is, maar de vraag is of je dat van het begin af aan moet doen of dat je dat moet prioriteren, zoals nu de aanpak is. Dat staat trouwens ook in het advies. Afhankelijk van wat we zien na de opening van de scholen – dat is natuurlijk toch belangrijke informatie – kun je dat vervolgens verder doorrekenen. Dus dat zullen we doen.

De **voorzitter**:

Een aantal mensen verlaat de zaal in verband met de regeling van werkzaamheden en het Afghanistan-debat dat daarop volgt, maar wij maken deze briefing gewoon af. Ik ga nu eerst naar de heer Van Kent en daarna naar mevrouw Westerveld. Daarna geef ik nog gelegenheid voor één vraag.

De heer **Van Kent** (SP):

Kunt u iets zeggen over de kans dat mensen die volledig gevaccineerd zijn het virus verspreiden? We hebben natuurlijk testen voor toegang. We hebben straks bijeenkomsten waarbij de 1,5 meter waarschijnlijk losgelaten kan worden en waar niet-gevaccineerden en volledig gevaccineerden samenkomen. Is daar iets over te zeggen?

De heer **Van Dissel**:

Dat zijn allemaal nog schattingen. We weten natuurlijk dat de kans om ziek te worden, hoe mild ook, minder sterk gedrukt is dan bij alfa. Bij delta zal, zoals ik u heb laten zien, een bepaald percentage toch nog ziek worden. Je verwacht dan dat men het virus tijdens zo'n milde ziekte ook kan doorgeven. Maar uiteindelijk zullen de gevaccineerden natuurlijk minder vaak ziek worden dan ongevaccineerden. Je komt dus echt op een hele complexe interactie tussen die groepen uit. Het motto daarbij is toch: hoe hoger het aantal gevaccineerden is – ondanks het feit dat het vaccin dus niet 100% tegen hele milde klachten zal beschermen – hoe lager het reproductiegetal overall wordt. Daarom is dat uiteindelijk toch de belangrijkste boodschap. U verwijst naar risico's als gevaccineerden en

ongevaccineerden samenkomen, bijvoorbeeld op grond van de testen voor toegang, waarbij je verschillende ingangen hebt. Dat heeft bepaalde risico's, omdat je weet dat sommige gevaccineerden het virus wel degelijk bij zich dragen en het misschien op zo'n festival zouden kunnen doorgeven aan ongevaccineerden. Dat is precies het dilemma. Daarom wil je die laatste groep echt zo klein mogelijk maken, want dan vallen deze risico's weg.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik zou nog graag een vraag willen stellen over de circa 1,8 miljoen mensen die nog niet immuun zijn. Op basis daarvan heeft u een berekening gemaakt van hoeveel mensen er, of het nu over twee maanden is of over een paar jaar, zoals u zonet zei, in het ziekenhuis terechtkomen en op de ic. Ik vroeg me af hoe die berekening gemaakt is. Zijn factoren zoals leeftijdsopbouw, varianten van het virus enzovoort daarin allemaal meegenomen?

De heer **Van Dissel**:

Het korte antwoord is ja. We kijken dan naar de leeftijdsopbouw, het aandeel van die leeftijd in ziekenhuis- en ic-opnames – dat is natuurlijk niet lineair – en de vaccinatiegraad die inmiddels bereikt is in de verschillende leeftijdsgroepen. Die vaccinatiegraad wisselt ook. De grootte van het aantal niet-immune personen en niet beschermden personen is per leeftijdscohort dus anders. Dat is allemaal doorgerekend, en zo kom ik tot de getallen die ik u genoemd heb.

De **voorzitter**:

Ik stel zelf nog een laatste vraag. We zitten nu nog een beetje in een tussenfase. We gaan richting versoepelingen en ook het quarantaineadvies is komen te vervallen. In een aantal situaties hebben mensen mij gemaïld. Zij zijn ziek geworden door bijvoorbeeld een collega die een besmette huisgenoot had. De werkgever zegt: er is geen quarantaineplicht of -advies meer, dus je komt maar gewoon naar het werk. Dat is natuurlijk extra zuur. Is het niet toch verstandig om het quarantaineadvies voor de komende maand of de komende twee maanden te handhaven? Dan heb ik het niet over mensen die je passeren, maar over je huisgenoot of degene waar je je bed mee deelt.

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid: dat geldt voor gevaccineerden.

De **voorzitter**:

Ja, dat bedoel ik.

De heer **Van Dissel**:

Dat is natuurlijk wel een hele belangrijke toevoeging, want...

De **voorzitter**:

Maar mijn voorbeeld ging ook over mensen die al gevaccineerd waren en die toch gevaccineerde collega's hebben besmet.

De heer **Van Dissel**:

Dat kan, maar dan komt uiteindelijk mijn vraag bij u terug: wat is precies het doel waarover u nog advies wilt hebben? Als het doel is om elke ziekte te voorkomen, dan is dat niet realistisch. We voorkomen ook niet alle neusverkoudheden. Dat is niet meer het doel. De doelen zijn nog gekoppeld aan de mogelijkheid om zorg te geven, met name de non-covidzorg, de ic-opnames en de belasting voor huisartsen, de wijkverpleging, de verpleeghuizen en dergelijke. Het doel is niet om alle ziektes te voorkomen. Als je gevaccineerd bent, dan is de kans om ziek te

worden kleiner en de kans om in een ziekenhuis terecht te komen is nog veel kleiner. We hebben dat allemaal doorgerekend – je wilt tenslotte ook zo min mogelijk verstoren – en gezegd dat een quarantaine weinig toevoegt als je gevaccineerd bent, maar dat je op dag drie wel een test doet. Ik weet niet wat er in dit geval precies speelde, maar er is natuurlijk wel degelijk een testmoment om te kijken of je positief bent en dan volgt er alsnog een periode. Er zit dus nog wel degelijk een testmoment in, maar het is minder streng dan het was. Daar heeft u gelijk in.

De voorzitter:

We gaan deze technische briefing beëindigen. Ik wil de heer Van Dissel hartelijk danken voor zijn tijd en zijn komst naar de Kamer. Ik dank tevens de aanwezige leden, iedereen die op afstand met ons meegekeken heeft en de ondersteuning in de zaal. Vanmiddag begint het plenaire debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus om 13.00 uur in de Ridderzaal. Althans, als het debat dat daaraan voorafgaat niet uitloopt. Volg dus vooral even de website om op de hoogte te blijven. Het debat is ook live te volgen via de website van de Tweede Kamer. Ik wens iedereen nog een fijne dag.

Sluiting 11.30 uur.