
Vergaderjaar 2021–2022

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1460

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 4 oktober 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 15 september 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 dertien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bikker, Van Esch, Gündoğan, Den Haan, Hijink, Van Houwelingen, Kuiken, Paternotte, Pouw-Verweij, Aukje de Vries en Westerveld,

alsmede de heer Van Dissel, de heer Kullberg en de heer Van Raaij.

Aanvang 17.31 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Ik open deze technische briefing die wordt georganiseerd door de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Deze technische briefing zal natuurlijk gaan over het coronabeleid en we zullen in twee blokken worden bijgepraat. In het eerste blok zullen we luisteren naar de heer Kullberg, voorzitter van de Gezondheidsraad, en de heer Van Raaij, programmadirecteur COVID-19 van het vaccinatieprogramma van het RIVM. In het tweede blok gaan we luisteren naar de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM.

We hebben maar twee uur gereserveerd voor deze technische briefing, dus het is een beetje ingewikkeld. Ik zit namelijk met het volgende. We weten natuurlijk niet precies hoelang de presentaties gaan duren, maar opgeteld zullen ze wel lang gaan duren. We hebben dus eigenlijk maar één vraag per fractie beschikbaar. Als we aan het einde van de rit nog tijd over hebben, kunnen we nog een tweede vraag doen, maar dan zijn deze gasten al weg en is alleen de heer Van Dissel er nog. Het is dus een beetje lastig dat we het zo organiseren, maar ik stel toch voor om één vraag per fractie te doen, anders hebben we misschien helemaal geen tijd meer voor de heer Van Dissel.

Ik heet mevrouw Van den Berg van het CDA, meneer Hijink van de SP, mevrouw Den Haan van de Fractie Den Haan, mevrouw Westerveld van GroenLinks, mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren, de heer Van Houwelingen van Forum voor Democratie, mevrouw Kuiken van de PvdA en de heer Paternotte van D66 van harte welkom. Mijn naam is Fleur Agema, en ik ben fungerend voorzitter van de commissie-VWS totdat er een kabinet is, en ik mag op het einde ook nog een vraag stellen namens mijn fractie. Mevrouw Gündoğan van Volt en mevrouw De Vries van de VVD sluiten ook aan.

Blok 1

Gesprek met:

- de heer Kullberg (voorzitter van de Gezondheidsraad)
- de heer Van Raaij (programmadirecteur COVID-19 vaccinatieprogramma van het RIVM)

De voorzitter:

Ik stel voor dat we nu gaan luisteren naar de bijdrage van de heer Kullberg, voorzitter van de Gezondheidsraad.

De heer Kullberg:

Dank u wel. Dank voor de uitnodiging om u hier opnieuw bij te praten. Dat zullen we doen over de boostervaccinatie. Het is goed om nog even te beginnen met een plaatje dat u van de vorige keren al kent, over de werkwijze, de taak en de samenstelling van de Gezondheidsraad. Dit onafhankelijke adviesorgaan adviseert Ministers en parlement. Het bestaat uit meer dan 100 raadsleden die allemaal werkzaam zijn in de praktijk, die niet ergens in een achterkamer zitten te studeren en die zijn

benoemd op basis van zowel wetenschappelijke expertise als ervaringsdeskundigheid. In tweede instantie is er na een commissieadvies ook nog een interne toetsing door een brede beraadsgroep van andere Gezondheidsraadleden. Zoals ik u eerder heb gezegd, zijn er een paar kernwoorden voor de adviezen en de werkwijze van de Gezondheidsraad. We zijn multidisciplinair en onafhankelijk en organiseren discussies aan tafel voordat u een consensus naar buiten ziet komen.

Ik laat u nog even zien uit wie deze commissie bestaat en hoe die is ingebed in de klinische behandeling van COVID-19 in de praktijk: internist-infectiologen, geriateren, huisartsen, GGD-artsen en artsen-microbiologen. Die komen allemaal uit de dagelijkse praktijk en worden aangevuld door de anderen die u aan de linkerkant ziet staan. Zij worden geraadpleegd als deskundigen voor specifieke onderwerpen die u allemaal herkent: medicatieveiligheid, jongeren, ethiek en recht. Dat zijn nog een aantal mensen die aanschuiven bij de commissie.

Het derde plaatje, waarvan u de basis kent, gaat over de afgrenzing van de taken tussen EMA en andere groepen, waaronder de Gezondheidsraad. Ik heb dat er nog een keer bijgedaan vanwege de drie regels die bovenaan staan, en om even te kijken waar het EMA staat en hoe we daar tegen aan moeten kijken. Het gebruik van de vaccins als booster is nog niet goedgekeurd en geregistreerd door het EMA, dus wat we nu wel of niet zouden doen, valt onder de term «offlabelgebruik». Het EMA heeft samen met het European Centre for Disease Control op 2 september een statement doen uitgaan dat primair van de ECDC kwam. Even in één zin samengevat was de hoofdboodschap dat er voor dit moment geen urgente noodzaak voor boostervaccinatie van de algemene bevolking was. Dat heeft misschien verwarring veroorzaakt, omdat het EMA één of twee dagen daarna mededeelde dat hij het dossier van BioNTech/Pfizer vaccin als boosterdosis in behandeling had genomen en dat hij dat nu aan het beoordelen is. Dat lijkt misschien in tegenspraak, maar dat is het natuurlijk niet, want het EMA beoordeelt alle dossiers die fabrikanten aanbieden voor markttoelating en doet geen uitspraken over specifieke inzet. Dat is goed om nog een keer te benadrukken. Ook van vaccins die door het EMA zijn goedgekeurd, moet worden afgewogen waar en hoe ze inzetbaar zijn, ook in relatie tot elkaar. Nationaal of internationaal wordt dit gedaan door beroepsgroepen, en in het geval van het vaccinatieprogramma door de Gezondheidsraad. Het EMA kijkt namelijk alleen naar individuele middelen, en niet naar hun plaats in het bestel.

Dan kijken we naar de doelstellingen van het hele vaccinatieprogramma. Dit plaatje kent u ook uit de eerste Gezondheidsraadadviezen. In Nederland, maar eigenlijk in de hele wereld, is de doelstelling altijd geweest: het verminderen van ernstige ziekte en sterfte. Dat is het eerste blokje, bovenaan. Dat is relevant om nu nog een keer te benoemen, omdat de vraag in dit geval is: wat moet de doelstelling zijn van een eventueel boostervaccin? De Gezondheidsraad heeft gemeend dat dat dezelfde doelstelling zou moeten hebben als het hele vaccinatieprogramma, namelijk primair het verminderen van ernstige ziekte en sterfte. Het voorkomen van milde ziekte is een andere nut-risicoafweging. Dat is niet primair. Over de vraag of je transmissie zou kunnen terugdringen met vaccins hebben we eerder geadviseerd dat dat ten dele, maar niet volledig zou kunnen. Daarom kan dat geen specifiek doel zijn van een booster. Bij een eventuele boostervaccinatie kijken we dus primair naar ernstige ziekte en sterfte, en naar nut en risico.

Dan is het goed om onderscheid te maken tussen twee verschillende doelen en principes. Dat heeft de Gezondheidsraad gedaan en die staan hier bovenaan de pagina. De WHO en ECDC hebben dat eigenlijk ook gedaan, dus dat is internationaal een geaccepteerde indeling. Aan de ene kant hebben we dan wat we in strikte zin geen booster noemen maar een additionele, dus meestal derde dosis bij mensen met een ernstige afweerstoornis, als onderdeel van de primaire vaccinatieserie. Het gaat

dan om mensen die nog onvoldoende antistofrespons hebben gehad op die primaire vaccinatie. Dat zijn gelukkig niet heel grote groepen. U heeft gehoord, ook in het nieuws van de afgelopen weken, dat er veel groepen zijn met soorten afweerstoornissen waarin mensen toch voldoende reactie op de vaccins hebben gehad. Maar er zijn bepaalde groepen waarbij dat niet zo is of verminderd zo is. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de niertransplantatiepatiënten. De Gezondheidsraad heeft eerder deze zomer gezegd dat het evident is en er geen wetenschappelijke twijfel over is dat deze mensen een extra booster nodig hebben. Nu zeg ik zelf «booster», maar ik bedoel dat ze een extra dosis nodig hebben in het kader van het verbeteren van die primaire vaccinatie. Wij vonden dat daar niet eerst een advies en een wetenschappelijke discussie over moesten komen voordat het implementatietraject en het identificeren van die groepen in gang gezet worden. Dat heeft de Minister van de zomer dus belegd bij het RIVM en de behandelende specialisten. Dat heeft hij, dacht ik, ook beschreven in de Kamerbrief van 13 augustus. En u heeft in de Kamerbrief van gisteren, van 14 september, net als ik kunnen lezen dat het proces is afgerond. Daar staat het advies van het RIVM en de specialisten over de identificatie en ook over de uitvoering beschreven. De Gezondheidsraad ondersteunt dat volledig en ondersteunt ook het belang en de urgentie van dat programma zoals uitgewerkt door het RIVM. Waar we het wel specifiek over moeten hebben, is dus de booster in engere zin bij mensen die wel met succes gevaccineerd zijn, maar waarbij de immuniteit in de loop van de tijd afneemt. De term die u daarvoor zult tegenkomen is, in jargon, «waning immunity», afnemende immuniteit dus. Dat is niet gek, want er zijn heel weinig vaccins tegen heel weinig infecties die levenslang beschermen. Bij de meeste vaccins loopt die activiteit langzaam terug. Op een goed moment is er dan een herhaalvaccinatie nodig. Het is dus heel goed te verwachten dat dat bij COVID-19 ook zal gebeuren.

Voordat ik met u naar de wetenschappelijke gegevens en de onderbouwing van het advies kijk, is het handig om een paar uitgangsoverwegingen door te nemen. Dan kunt u ook door die bril kijken naar de presentatie van de evidentie en de argumentatie.

Het eerste wat goed is om je te realiseren, is dat niet alle infecties bij gevaccineerden – in jargon noemen we dat: doorbraakinfecties – wijzen op zo'n afnemende immuniteit. We weten uit de eerste studies dat de bescherming van die primaire vaccinatie, afhankelijk van het type vaccin, ergens ligt tussen die bekende getallen: 62% en 95%. Dat is geen 100%, dus dat betekent dat er altijd infecties bij gevaccineerden zullen optreden. Dat kun je dus ook niet veranderen met nog een extra vaccin.

Als er nieuwe virusvarianten komen of als maatregelen afgeschaald worden, kunnen dat andere redenen zijn dat het aantal infecties onder gevaccineerden eventueel zal stijgen op bepaalde momenten. Ik ben ervan overtuigd dat Jaap van Dissel daar straks prognoses voor en voorbeelden van laat zien. Dingen veranderen in de pandemie. Dat wijst dus niet per se op afnemende immuniteit van gevaccineerden.

Het andere dat goed is om ons te realiseren, is dat op dit moment de meeste ziekenhuisopnames, ic-opnames en sterfte worden bepaald door mensen die niet gevaccineerd zijn of bij wie het vaccin niet heeft aangeslagen, zoals de groep die ik net noemde, om wat voor reden dan ook. Dit geldt eigenlijk over de hele wereld. Die groep zal dus voornamelijk bepalen hoe de belasting op de zorg is. Ook daar kan je niet iets aan doen door die groep wel-gevaccineerden misschien nog beter te vaccineren. Van Dissel zal ongetwijfeld ook laten zien hoe die verhouding ligt tussen gevaccineerden en ongevaccineerden in de ziekenhuizen.

Dan komen we op het punt: wat is de optimale timing voor zo'n booster? Ik denk dat iedereen het erover eens is dat het tijdig moet gebeuren, om ernstige ziekte te voorkomen, want dat is tenslotte het doel. Maar het is niet: baat het niet, dan schaadt het niet. Er zijn een aantal argumenten om

daar niet te vroeg mee te komen. Het theoretische argument is dat een langer tijdsinterval tussen de eerste vaccinatie en de booster immunologisch waarschijnlijk een betere, duurzamere bescherming geeft. Dat is theoretisch.

Maar er zijn ook een aantal praktische overwegingen. Ik zal het u straks laten zien, maar er zijn nog niet of nauwelijks studies gedaan naar de effectiviteit en veiligheid van boostervaccins of naar de optimale dosis. Misschien kan die veel lager zijn dan bij het primaire vaccin. Als je de tijd hebt om die studies af te wachten omdat er nog geen toename van het optreden van ernstige ziekte is, dan kan dat een voordeel zijn. Ik noemde al even dat de EMA de boostervaccins nog niet als zodanig voor die indicatie heeft geregistreerd. Dat zou betekenen dat je dat offlabel zou toepassen. Dat zou in een vaccinatieprogramma heel uitzonderlijk zijn. Theoretisch zou je daar redenen voor kunnen verzinnen, maar dat moet je niet willen, denk ik, als het niet nodig is.

Er zijn boostervaccins onderweg die aangepast zijn, bijvoorbeeld specifiek aan de deltavariant of aan andere varianten. Als die te laat komen, dan komen ze te laat, maar als die op tijd zijn, zou dat prettig zijn. Ik breng u ook het statement van de WHO en de ECDC in herinnering. Zij pleitten ervoor om de vaccins primair te gebruiken voor initiële vaccinatie wereldwijd – ook in Nederland zijn er overigens nog genoeg mensen die niet gevaccineerd zijn – omdat dat efficiënter is voor iedereen. Dat is natuurlijk voor een belangrijk deel een sociaal-maatschappelijk onderwerp waar de Gezondheidsraad niet over gaat, maar waarbij het duidelijk aan u is om de afweging over de wereldwijde inzet te maken. Er zijn wel medisch-technische overwegingen die je daarbij zou kunnen meenemen, namelijk dat zolang er wereldwijd veel infecties zijn, er door reizen ook veel import zal zijn in Nederland en er dus ook veel kans is op het ontstaan van nieuwe varianten. Afhankelijk van de manier waarop dat argument gewogen wordt, persoonlijk of politiek, zijn er dus mondiale, maar ook nationaal-medische overwegingen. Dat zijn de uitgangspunten. Dan wil ik nu met u bespreken wat we op dit moment weten van de bescherming van de bevolking door de primaire vaccinatie, die in principe twee prikken, één met Janssen óf doorgemaakte covid plus één prik betreft. Daarnaast wil ik bespreken of we daar wel of geen afname in zien. Je kan het op twee manieren onderzoeken. Het liefste doe je dat natuurlijk door de mensen echt zelf te onderzoeken en door zieken te tellen, maar zolang dat nog niet duidelijk is, kun je het bloed onderzoeken. Dat betreft dus het immunologische onderzoek. Kijken of de antistoffen in het bloed aan het afnemen zijn bij gevaccineerden is niet een-op-een een maat voor bescherming. Er zijn een aantal redenen waarom dat niet zo hoeft te zijn. We weten dat de antistoffen in de loop van de tijd afnemen na vaccinatie, bij alle vaccins. Dat is een natuurlijk proces. We weten niet precies wat dat zegt over de bescherming tegen infecties. Wel is het duidelijk dat er voor het oplopen van een coronabesmetting hogere antistofconcentraties nodig zijn, maar dat voor ernstig ziek worden en sterfte lagere concentraties voldoende zijn. Daar zit dus een verschil in. We weten ook dat je naast die humorale immuunrespons, dus de antistoffen in het bloed, andere mechanismen hebt ter bescherming, dus geheugencellen en cellulaire afweer, die ook langdurig goed meetbaar zijn bij gevaccineerden. Er zijn nu weinig indicaties dat die significant zouden teruglopen. Die zijn vooral van belang voor bescherming tegen ernstige infectie. Dat is de theorie.

Belangrijk is natuurlijk het klinische onderzoek, dus hoeveel mensen er nou toch ziek worden na vaccinatie. We moeten ons daarbij realiseren dat zelfs de eerste landen, dus Israël en het Verenigd Koninkrijk, pas eind of half december zijn begonnen met vaccineren. Met name Israël heeft de tweede dosis snel gegeven, namelijk in de loop van januari. Wereldwijd kijken we dus pas vanaf eind januari, dus zes à zeven maanden, naar eventuele terugloop bij mensen die twee doses hebben gehad. Dat is nog

niet zo lang. We hebben dus gegevens over 7 maanden na volledige vaccinatie, maar hoe dat na 10, 12 of 24 maanden is, weet nog niemand. De klinische studies in verschillende landen laten zien dat er mogelijk een afname is van bescherming tegen milde of asymptomatische infecties, dus infecties die je met een PCR-test meet, maar niet tegen ernstige ziekte en sterfte. Ik zal u daar zo de details van laten zien. In Nederland is het RIVM dat heel nauwkeurig nagegaan door de verschillende databronnen, zoals NICE – dat zijn de ziekenhuisopnamen en ic-opnamen – naast de vaccinatieregistraties te leggen. Op deze plaatjes ziet u links de alfaperiode en rechts de deltaperiode, zoals we die noemen. De plaatjes zijn misschien wat complex, maar ze zijn heel belangrijk voor de boodschap. De grens tussen de periodes ligt in Nederland ongeveer op 4 juli. U ziet de bescherming tegen ziekenhuisopname en ic-opname van gevaccineerden in de verschillende leeftijdsgroepen. De samenvatting is simpel. U ziet in één oogopslag dat de bescherming in beide perioden grofweg boven de 90% was én is. Rechts onderaan zie je dat in de deltaperiode – die is natuurlijk het belangrijkste, want voor delta zijn we het meest beducht – de overall bescherming tegen ziekenhuisopnamen 95% is en tegen ic-opname 97%. Er zit dus geen enkele trend in van teruglopen van bescherming tegen ernstige infectie vanaf het begin van de vaccinatie-campagne. Dat was steeds ergens rond 95%.

Dan kijken we naar dit plaatje, dat kleiner wordt, met belangrijke gegevens voor de geïnteresseerden, namelijk een uitvergroting van wat er gebeurt in de deltaperiode, van 4 juli tot eind augustus. U ziet de datum 12 augustus in de kop staan als besmettingsdatum. Dan duurt het nog een paar weken voordat mensen in het ziekenhuis op de ic komen, dus de data van de ziekenhuisopnames zijn geüpdatet tot eind augustus.

Dan ziet u twee dingen. Ik wil eerst even met u kijken naar die absolute aantallen en dan pas naar de percentages. Het eerste wat je ziet is dat in deze periode, dus juli/augustus, verreweg de meeste ziekenhuisopnames en ic-opnames gevormd werden door ongevaccineerden en dat de aantallen gevaccineerden daarbij relatief in het niet vielen. Des te meer is het van belang. Als je een vaccinatiegraad van zo'n 80% hebt, is de pool waaruit die ongevaccineerden komen, van maar 20% van de bevolking, natuurlijk veel kleiner en desondanks zie je die hoge aantallen. Dat vertaalt zich dan ook in die beschermingspercentages, die grofweg tussen 90% en 100% liggen.

Hoe kunt u dit lezen? Dit is hoelang het geleden is dat mensen hun twee doses hebben gehad, of vier weken na één dosis Janssen. Dan is het meest interessant de groepen vijftien tot negentien weken, dat wil zeggen vier maanden na volledige vaccinatie, of twintig weken of meer, dat wil zeggen vijf maanden na volledige vaccinatie, en langer is dat nog niet. Dan zie je vrijwel 100% bescherming tegen ic-opname. Wat je ziet, is geen trend in leeftijden of in duur hoelang het geleden is dat mensen gevaccineerd zijn.

Als ik dat op een rij zet – het RIVM-rapport van 27 augustus geeft nog meer getallen – dan zien we net als bij internationaal onderzoek, behoudens gegevens uit Israël die ik zo toon, geen afname van bescherming tegen ernstige ziekte, ziekenhuisopname, ic-opnames en sterfte. Dat geldt voor alle leeftijdsgroepen en voor alle vier de vaccins. Dat liet ik u niet zien, maar dat kun je wel terugzoeken in het RIVM-rapport. Dat geldt voor alle tijdsintervallen, hoelang geleden mensen hun primaire serie hebben gehad. En dat geldt ook voor de deltavariant.

De tweede vraag die we moeten beantwoorden, is: wat weten we over de booster? We hebben het nu gehad over de bescherming van de eerste twee doses. Wat weten we van die derde dosis? Weten we daar al iets van, qua werkzaamheid, effectiviteit en veiligheid? Dat is eigenlijk heel kort samen te vatten: daar weten we nog relatief weinig van. We weten uit de eerste studies dat zo'n derde prik als booster inderdaad een toename

geeft van de antistoffen in het bloed. Het is dus wel heel aannemelijk dat het iets zal doen met de bescherming, al weten we dat formeel niet, maar het zou raar zijn als het niet zo was. Eigenlijk is er nog geen klinisch onderzoek of observatie onder patiënten die een booster hebben gehad, behalve in Israël.

Ik wil niet alle individuele onderzoeken met u bespreken, maar omdat de gegevens uit Israël heel erg de mening vormen, en terecht, en ook suggereren dat ons veel te wachten staat, is het toch goed om een paar opmerkingen te maken over hoe je die moet interpreteren. Ik denk dat er internationaal wetenschappelijke consensus is dat je die niet zomaar kunt vertalen naar andere situaties en andere landen.

Ten eerste is het goed om te weten dat de bescherming tegen ernstige infecties ook in Israël nog boven de 25% is, althans volgens de gepubliceerde data uit Israël die we tot gister hebben gezien. Er is inderdaad een toename van het totale aantal infecties. Het is wel goed om te weten dat dit voor een deel ook onder mensen met een gestoorde afweer is, die we anders groeperen in Nederland en in het advies.

Wat ook goed is om je te realiseren, is dat de totale vaccinatiegraad in Israël in de orde van 60% is, althans volgens de WHO-data, dus toch aanzienlijk anders dan in Nederland, hoewel ze in het begin heel snel zijn geweest, en dat er ook een groot verschil is tussen verschillende bevolkingsgroepen, orthodoxen en Palestijnen versus de rest van de bevolking. We weten niet precies wat voor effect dat heeft. Ze hebben die eerste twee vaccins met een heel kort interval gegeven. We weten nu dat dat waarschijnlijk veel minder bescherming geeft dan een langer interval tussen dosis 1 en 2, zoals in Nederland voor het grootste deel gedaan is. Ook in Israël zijn maatregelen losgelaten in de afgelopen maanden en is de deltavariant opgekomen. Dit is niet een laboratoriumexperiment waarin je alle omstandigheden gelijk houdt en dan kijkt wat er gebeurt, met of zonder booster, maar dit is een observatie in het geheel van de bevolking, zonder dat je controle hebt over de andere dingen die veranderen.

Dan de gegevens over boostervaccinatie. Ik zal de voorzitter zo wijzen op uw hand, maar misschien mag ik even mijn zin afmaken. Bij het effect van boostervaccinatie, zoals de afgelopen weken gerapporteerd uit Israël, is de bottomline dat men een tienvoudige verbetering ziet van de bescherming. Daarbij zijn ook wel wat kanttekeningen te maken. Ze hebben mensen na die booster van de afgelopen maand bekeken. Maar dat je een week na die extra dosis goed beschermd bent, zegt nog heel weinig over hoe het is als dat eerste effect is uitgewerkt. Bij een tienvoudige verbetering – als dat zo is, en we hebben geen reden om daaraan te twijfelen – moet je je altijd afvragen: een tienvoudige verbetering van wat? Als de bescherming in Nederland tussen 95% en 100% is, zoals ik u heb laten zien, dan is het boven de 95% nog opkrikken met een bepaalde factor per saldo maar in de marge van een effect van tussen 95% en 100%, dus zo absoluut moet je niet naar zo'n factor kijken.

De voorzitter:

Dank u wel. Een inhoudelijke vraag over de sheet kunt u stellen na de inbreng van beide insprekers. U heeft een technische vraag naar aanleiding van de sheet?

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

Een verhelderende vraag, maar ik kan die anders ook wel bewaren.

De voorzitter:

We gaan 'm bewaren. Gaat u verder.

De heer **Kullberg**:

Dank u wel. Er is nog zeer beperkt onderzoek gedaan naar de veiligheid van de boostervaccinatie. De reactogeniciteit volgt natuurlijk wel uit die eerste series met boosters. Die hele kortetermijneffecten die je in de dagen na vaccinatie ziet, lijken bij zo'n derde dosis niet meer of minder dan na de tweede dosis. Er zijn uiteraard geen gegevens of de bekende bijwerkingen, zoals myocarditis, trombose of het trombocytopeniesyndroom, meer of minder zullen optreden na zo'n derde dosis. Dit zijn de data en de overwegingen die tot het advies van de Gezondheidsraad hebben geleid dat die additionele doses bij ernstig immuungecompromitteerde specifiek benoemde groepen door het RIVM van groot belang zijn. Wat ons betreft is ook urgent, en we hebben inmiddels in de Kamerbrief gezien wat de reactie daarop was, dat bescherming tegen ernstige ziekte en sterfte nog letterlijk onverminderd hoog is in Nederland en in alle landen, voor zover we weten, behalve in Israël. Er is dus eigenlijk geen ruimte voor verbetering, om die 95% tot 100% nog verder op te krikken. Ik heb eerder een aantal argumenten genoemd om niet te vroeg te komen – wel op tijd maar niet te vroeg – met zo'n booster. Daarom is de basis van het advies om het RIVM te vragen om heel goed te monitoren in Nederland. Dat moet je niet alleen in de ziekenhuizen doen, want dan mis je het effect in de verpleeghuizen, waarvan mensen niet in het ziekenhuis terechtkomen, ook internationaal. Zodra er een afnemende trend is, is het goed om op dat moment te praten over een eventuele boostervaccinatie in het licht van de gegevens over veiligheid en werkzaamheid die er dan zijn. Tot slot nog even, want anders gaat u dat onmiddellijk vragen: wat verwachten we dan; hoe snel zal dat aflopen? Daar is echt geen peil op te trekken. Bij sommige vaccins duurt dat jaren. Bij andere vaccins, zoals voor varianten van influenza, weet u dat het kort is en dat je elk jaar opnieuw zou moeten vaccineren. Wat we wel verwachten is dat het niet in één keer instort van 99% naar een heel laag getal. Dat zal heel geleidelijk gaan. Om die reden is het wat ons betreft een goed advies om dat nauwkeurig te monitoren. Als je dat in de loop van weken of maanden ziet teruglopen, laten we zeggen van 97% naar 95% of 93%, dan zal er genoeg tijd zijn om tijdig te vaccineren, als er nu geanticipeerd wordt op die logistiek, in gedachten houdend dat beschermingen boven de 90% nog enorm hoog zijn en dat die nauwelijks te verbeteren zijn, maar wel misschien een trend.

Dank.

De **voorzitter**:

Dank u zeer. Dan gaan we nu luisteren naar de presentatie van de heer Van Raaij, programmadirecteur COVID-19 van het vaccinatieprogramma van het RIVM. Aan u het woord.

De heer **Van Raaij**:

Dank u wel, voorzitter. Ik ben inderdaad van het vaccinatieprogramma van het RIVM, voor de uitvoering. Ik wilde u vooral het een en ander vertellen over wat er allemaal gebeurt om de vaccinatiegraad zo maximaal mogelijk te krijgen in Nederland. Even kort waar we staan. Die cijfers zijn ook in de brief aan u gemeld. Hoe pakken we het aan? Wat is de aanpak die we kiezen? Wat weten we van de doelgroepen waar we het over hebben? Wat voor belemmeringen spelen er? Wat weten we daarvan? Wat voor interventies zouden we daarop kunnen toepassen? Dat is eigenlijk de kern van dit verhaal. De stand van zaken van afgelopen weekend, iets afgerond naar boven: 23,3 miljoen prikken. Dat is afgerond naar boven; het werkelijke getal zit er net iets onder. We verwachten komende weken nog ruim honderdduizend prikken te zetten. Dat zijn echt andere getallen dan voor de zomer, maar daar kom ik zo nog even op terug. We zijn nu bezig met campagnes voor

de vaccinatiegraad, met het fijnmazig vaccineren om al die bijzondere doelgroepen te bereiken. We gaan nu de voorbereiding voor de immuno-gecompromitteerden, waar de heer Kullberg het net over had, in gang zetten en we bereiden ons technisch voor op een eventuele boostercampagne. Dat gaan we nu al doen. Alles wat daarvoor nodig is, gaan we in werking zetten om daar klaar voor te zijn. Dat zijn de taken die nu voorliggen.

Dan even naar de vaccinatiegraad; de update van gisteren. De opkomst bij 18 jaar en ouder komt nu op 85,6%. Die stijgt langzaam. Het zijn kleine stapjes van nieuwe mensen, nieuwe eerste prikken die er nog bij komen. De vaccinatiegraad is nu 81,7%. Dat is deels omdat er nieuwe tweede prikken bij zijn gekomen, maar ook omdat we de mensen die een covid-infectie hebben doorgemaakt en daarna een vaccinatie hebben gekregen, in Nederland als voldoende beschermd, als volledig gevaccineerd beschouwen. Die konden we nog niet eerder identificeren. Door de GGD-data die we nu hebben, kunnen we die mee gaan rekenen bij de volledig gevaccineerden. Dat getal staat nu op 81,7% voor 18-plus. Voor 12 jaar en ouder zijn die getallen uiteraard ietsje lager.

Als we dan een beetje uitzoomen en kijken naar hoe dat proces er door de maanden heen uit ziet, dan ziet u dat we aan het begin van het jaar zijn gestart en dat er voor de zomer een tempoversnelling heeft plaatsgevonden. U ziet dat er zo'n beetje half juli een knik in komt. Het lichtblauwe deel zijn de eerste prikken, de eerste dosis. Dat vlakt wat meer af en gaat langzamer oplopen. Het donkerblauwe vlak zijn de tweede prikken, die daar enkele weken achteraan lopen.

Het is misschien goed om hier nog even te vermelden dat het wat meer fijnmazig vaccineren niet nu pas aan het plaatsvinden is. Vanaf mei was er al de eerste mobiele prikbus die ging rijden. Over de zomer heen zijn er steeds meer initiatieven ontstaan om de vaccinatiegraad te verhogen. Deze curves heeft u waarschijnlijk vaker gezien. Dit zijn de plaatjes die we ook wekelijks updaten, per vijf jaar leeftijdscohort. Daar kunt u zien hoe de opkomst in de tijd is bij één eerste prik, aan de linkerkant. Aan de rechterkant staat volledige vaccinatie per leeftijdscohort. Ik moet er wel even bij zeggen dat de doorgemaakte covid in deze grafieken nog niet is meegenomen. Daar was technisch nog een extra slag voor nodig. In de hierop volgende week zijn ook deze plaatjes weer bijgewerkt op dat punt. Het belangrijkste om te zien is dat we in al die leeftijdscategorieën, behalve de jongste categorie, denk ik, wel een afvlakking zien van de toenames en dat het plafond lager wordt naarmate de leeftijd lager is. Dat patroon is min of meer vergelijkbaar met wat we in alle Europese landen zien.

Dan even geografisch. Dat is op zich een redelijke verdeling over het land. U ziet links de opkomst bij de eerste prikken en rechts de volledig gevaccineerden. Dan zien we vooral dat bijvoorbeeld de Waddeneilanden en Zuid- en Oost-Nederland het eigenlijk heel goed doen, met een hoge opkomst en een hoge vaccinatiegraad. Er zijn ook een aantal gemeenten of gebieden waar het achterblijft. Dat is niet helemaal nieuw. Dit is een weergave van data over het staartje van de gemeenten. Dan zien we dat de gemeente Urk de laagste vaccinatiegraad heeft in Nederland. Maar u ziet vooral in dit lijstje een aantal klassieke gemeenten uit de biblebelt, zoals Urk, Staphorst, Nunspeet, Barneveld, om er een paar te noemen, maar ook de grote steden: Rotterdam, met buurgemeente Schiedam, Amsterdam en Den Haag. Daar concentreert die achterblijvende vaccinatiegraad zich in het bijzonder in bepaalde wijken. Daar komen we straks nog even op terug.

De voorzitter:

Meneer Hijink, een verduidelijkende vraag?

De heer **Hijink** (SP):

Ja, een verduidelijkende vraag. Dit gaat natuurlijk alleen over bescherming door vaccinatie. Zijn er ook cijfers beschikbaar waarin gekeken wordt, bijvoorbeeld voor deze gemeenten, in hoeverre mensen op een andere manier beschermd zijn, bijvoorbeeld omdat zij de infectie al hebben doorgemaakt? Wordt dat meegewogen? Anders krijg je toch een vertekend beeld van in hoeverre mensen daadwerkelijk nog bevatelijk zijn voor het virus.

De **voorzitter**:

Dit was gedeeltelijk inhoudelijk, maar wel een goede scherpe vraag. U wilt ook graag een overzicht van doorgemaakte infectie voor deze gemeentes. U vraagt of er ook een overzicht is van doorgemaakte infectie.

De heer **Van Raaij**:

Ik heb die cijfers niet in mijn presentatie zitten, maar er zijn natuurlijk wel regionale cijfers over de besmettingen. Ik dacht niet dat collega Van Dissel die in zijn presentatie had, maar misschien kan hij daar straks wel een beter antwoord op geven dan ik.

Dan even naar de aanpak van de vaccinatiegraad, even door de oogharen heen. We hebben gezien dat we in de periode mei, juni, juli een hoog tempo hebben weten te bereiken, met een hoge opkomst. Iedere keer als er een leeftijdscohort werd uitgenodigd, zag je de curves ook heel snel stijgen, dus veel mensen maken na die oproep gebruik van de mogelijkheid om zich te laten vaccineren. Tot in juli kon je zeggen dat de beschikbare vaccins eigenlijk de beperkende factor waren voor het tempo. Alle vaccins die we kregen, werden eigenlijk ook direct verder uitgerold en weggeprikt, zoals dat dan heet. Zo'n beetje medio juni kwam het omslagpunt dat we meer vaccins beschikbaar hadden dan er bovenarmen waren om de prik in te zetten. Die omslag was zo'n beetje in de zomer. Over de zomer heen zijn stapsgewijs de activiteiten verder gericht op groepen die barrières ervaren, zoals ik net al zei, die dus niet gelijk gebruik hebben gemaakt van die oproep om zich te laten vaccineren en de groepen die per definitie minder makkelijk bereikt worden met informatie. Dat zijn soms ook wel groepen die best bereid zijn om die vaccinatie te nemen. Uit de enquêtes blijkt dat de vaccinatiebereidheid best hoog is, maar dat er nog een gat zit tussen de bereidheid en de werkelijke vaccinatiegraad. Het kan ook zijn dat de enquêtes over de vaccinatiebereidheid enigszins positief gekleurd zijn, omdat de mensen die je toch al moeilijk bereikt met die informatie, misschien ook minder bereid zijn om aan zo'n enquête mee te doen. Hun geluid wordt dan dus minder gehoord. Het is van belang om te weten dat het een lange adem vereist om deze verdere stappen te zetten. Er zijn geen easy fixes, er zijn geen golden bullets die je kunt inzetten om het te fixen. Dit vergt een bredere aanpak.

Hoe doen we dat? Het RIVM en de GGD pakken dat samen aan middels drie, misschien wel vier activiteiten. Enerzijds is er een data-aanpak. We willen weten wie die mensen zijn en hoe groot de groepen zijn. Wat weten we daarvan en kunnen we dat verder analyseren? Anderzijds gaat het om de vraag welke interventies er mogelijk zijn. Wat leren we van de interventies die in de praktijk worden toegepast door de GGD? De ervaringen worden gedeeld, en waarop kunnen we bijsturen? Ook is er de communicatiekant. Dit wordt gevoed door verschillende onderzoeken die nu lopen, soms op de wat langere termijn, maar de GGD doet middels enquêtes in de prikbus ook heel korte onderzoekjes naar de motivatie. Bijvoorbeeld: wat maakt dat u vandaag bent gekomen? Dat zijn toch relevante vragen om te verzamelen en dat is relevante informatie om mee te nemen in het verhaal.

We onderscheiden drie doelgroepen van mensen die zich nog niet hebben laten vaccineren. Doelgroep A bestaat uit de mensen die eigenlijk best

willen, maar het nog niet gedaan hebben, om welke reden dan ook. De omvang van deze groep is niet helemaal goed in te schatten. Doelgroep B betreft de mensen die nog twijfelen, die nog vragen hebben of andere redenen hebben dat ze nog geen vaccinatie hebben genomen of die dat misschien toch niet willen doen. Doelgroep C zijn de mensen die het écht niet willen, soms uit heel principiële redenen, of die besloten hebben om het voorlopig nog niet te willen.

De voorzitter:

Is er overlap? Of is het een kwestie van optellen?

De heer Van Raaij:

Er is een grijs gebied; je kunt het niet helemaal met een schaarstje knippen. Sommige mensen uit doelgroep B zullen op een gegeven moment misschien doelgroep C worden, omdat ze denken: nou, toch maar niet. Maar er zijn ook mensen uit doelgroep C die het eerst niet wilden, maar het nu toch maar wel doen. Je ziet dus continu een beweging tussen die groepen en de overwegingen die mensen daarbij hebben.

Op grond van vaccinatieprogramma's in het algemeen en het Rijksvaccinatieprogramma weten we dat 5% tot 9% van de mensen zich niet laat vaccineren om meer principiële redenen. De hoogste deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma is 95%. Het is ook niet voor niets dat het OMT dat getal in zijn advies heeft genoemd: daar zou je naar moeten streven en op uit moeten komen. We zien ook andere onderdelen van het Rijksvaccinatieprogramma waar 91%, 92% geldt. Dat is ongeveer de orde van grootte. Dat matcht ook een beetje met de enquêtes naar de vaccinatiebereidheid. Die komen ook ongeveer daarop uit.

Ook lastig in te schatten is hoe groot doelgroep B precies is. We gaan ervan uit dat het om 15% van de volwassenen gaat. We weten ook dat globaal 5% tot 9% het om wat meer principiële redenen niet doet. Dan houd je ongeveer zo'n zelfde percentage mensen over, die in doelgroep B of misschien nog wel in doelgroep A zitten. De energie is erop gericht die mensen toch te «bereiken»; ik gebruik bewust dat woord.

Ik heb in mijn presentatie een aantal voorbeelden genoemd van mensen die in doelgroep A zitten, en die niet direct na hun oproep maar later alsnog een vaccinatie hebben gehaald. Welke overwegingen spelen er voor mensen in de persoonlijke sfeer om te zeggen: nu doe ik het wel, want ik vind het nu toch belangrijk worden? Ook zijn er mensen die, zoals de dame onder C, zeggen: ik heb het voorlopig niet gedaan, maar ik heb nu toch besloten om wél een vaccinatie te halen.

Ik zoom iets in op die 15% van de bevolking. Wat zijn globaal genomen de karakteristieken van die heel grote groep, of nou ja, van die 15% die zich nog niet heeft laten vaccineren? Je kunt daarin eigenlijk een viertal groepen onderscheiden. Dan simplificeren we het wel een klein beetje, maar dit zijn wel de grote groepen, die overigens niet heel anders zijn dan bij bijvoorbeeld een HPV-vaccinatiecampagne. Je ziet daarbij de parallellen met de covidvaccinatie.

Eenzijds is er de jongere doelgroep, die natuurlijk een veel lagere vaccinatiegraad heeft. Dan zien we een groep mensen met minder vertrouwen in de overheid of in de instanties. Verder blijft de vaccinatiegraad onder mensen met een migratieachtergrond toch wat achter. Dat is ook waarom je het, zoals ik daarstraks zei, in sommige wijken in grote steden ziet optreden. Dat gaat om mensen bij wie de informatie vaak minder goed aankomt. Die zijn minder bereikbaar en hebben zorgen. Ten slotte zijn er mensen met een wat meer religieuze achtergrond die zich om meer principiële redenen niet laten vaccineren. Dat zijn een beetje de vier groepen waar we het over hebben.

De belemmeringen die in die groepen leven, proberen we op de volgende manier aan te vliegen. U ziet in het schema bovenaan in het lichtblauw weer «ja», «twijfel» en «nee». Daaronder ziet u de barrières die die

mensen ervaren, uitgedrukt in fysieke, emotionele, functionele en sociale barrières. Fysieke barrières kunnen zijn dat de priklocatie te ver weg is, of dat men eerst op vakantie geweest is en nu gaat. Dat zijn heel praktische barrières waardoor een prik nog niet gehaald is. De meer emotionele of sociale barrières vergen natuurlijk een andere aanpak. Daar zoomen we even op in met het volgende plaatje.

Wat zijn die belemmeringen en wat weten we daarvan? We weten bijvoorbeeld dat informatie de doelgroep niet of nauwelijks bereikt. Voor ons hier in de zaal, allemaal mensen die het nieuws volgen, is het soms niet voor te stellen, maar er zijn echt groepen mensen die denken «o, waar ging dit nou ook alweer allemaal over?» of «ik heb de oproep niet gezien en ik het snap het niet», et cetera. Ondanks alles wat je toetst met panels et cetera, krijgen we ook nog wel terug dat de informatie soms nog steeds te complex is voor bepaalde mensen en dat je de informatie toch nog op een andere manier moet aanreiken.

Desinformatie en fakenieuws, zoals ik het maar even heb genoemd, circuleren soms in heel specifieke groepen. We horen bijvoorbeeld van de GGD Amsterdam dat in bepaalde bevolkingsgroepen bepaalde verhalen circuleren. Dan moeten we dus specifiek in die bevolkingsgroep een interventie plegen met sleutelpersonen om het gesprek aan te gaan over zo'n verhaal, dat soms nonsens is. We moeten dan in gesprek komen over waarom dat zo is. Het kan dat dit in een andere bevolkingsgroep of in een ander deel van de stad niet speelt, en je dus heel lokaal moet acteren.

Laten we wel wezen: er is natuurlijk ook een hele groep die geen urgentie voelt om zich te laten vaccineren. Die mensen zeggen «ik word toch niet ziek», «ik ben gezond», «ik vertrouw op mijn eigen lichaam» of «ik ben jong en heb weinig kans om ernstig ziek te worden». Die overwegingen, soms heel praktisch, spelen ook. Dat zagen we trouwens ook in de voorbeelden met de fotootjes. Ik heb het over mensen die zeiden: ik kan hem nu hier om de hoek halen, dus heb het nu maar gedaan, want eerder had ik nog even geen tijd. Het is soms echt heel praktisch.

Maar er zijn natuurlijk ook mensen – dat zal u niet verbazen – die nog echt met twijfels zitten over de vaccins zelf. Wat zijn de langetermijneffecten? Die vraag leeft. Er leven nog steeds vragen bij jongere vrouwen die nog zwanger willen worden. Kan dat allemaal? Die vragen leven in die groepen.

Soms zijn er ook twijfels over de eigen medische omstandigheid, zo van: ik heb een bepaalde medische conditie, dus is het dan wel goed voor mij om een vaccin te halen? Dan zou je zeggen: vraag je huisarts, enzovoorts. Maar daar komt het toch niet altijd van. Dat is bijvoorbeeld een ervaring die we horen van GGD's die op een markt staan. Die komen dit soort mensen tegen, die vragen stellen als «is het voor mij dan wel verstandig?». Er zijn ook dokters op zo'n markt. Die beantwoorden die vragen. Dan zeggen mensen: o, maar dan wil ik toch wel gevaccineerd worden. Zo praktisch is het soms ook.

Dus dit zijn echt een beetje de beelden die we hebben. In die blauwe wolkjes heb ik wat voorbeelden genoemd. Op eigenlijk al die thema's vinden allerlei interventies plaats. Dus er zijn informatieflyers die nog eenvoudiger zijn gemaakt in taalgebruik om in de regio of in de wijken in steden uit te delen. Er zijn Steffies gemaakt. Dat zijn hele simpele animaties om bepaalde dingen mee uit te leggen. Er zijn informatie-filmpjes gemaakt die ook via andere socialmediakanalen, TikTok et cetera, in de regio gedeeld worden. Er wordt gebruikgemaakt van de lokale dialoog die ik net al noemde, maar ook van het inschakelen van vertrouwde personen in een bepaalde wijk of gemeenschap.

Dan is wat er nu allemaal al gebeurt hier nog eens wat meer gerangschikt naar de verschillende typen barrières. Ik ga ze niet helemaal doorlopen hoor. Er zijn interventies wat betreft de fysieke kant, zoals de prik dichtbij brengen, ervoor zorgen dat mensen zonder afspraak langs kunnen komen en aparte prikkurtjes voor mensen met prikangst organiseren. Er blijken

veel jonge mensen met prikangst te zijn. Zij hebben eigenlijk sinds hun kindertijd nauwelijks een dokter gezien, laat staan een injectie gehad. Dat is toch iets wat je ook kunt begeleiden. Maar er wordt ook gekeken of je mensen met bepaalde angsten, die geen prikangst hebben maar bijvoorbeeld pleinvrees of moeite om naar een locatie toe te komen, op een bepaalde manier kunt helpen met een apart protocol et cetera. Dus er gebeurt echt van alles in die regio's.

Eén bijzondere groep die ik op dit moment even wil uitlichten, is de 50-plusgroep. Daarvan zien we dat die eigenlijk best al een hoge vaccinatiegraad heeft van in ieder geval boven de 80%. Maar de groep van 50- tot 70-jarigen heeft wel een grote kans om uiteindelijk toch ziek te worden en in het ziekenhuis te belanden en daarmee het ziekenhuis en de ic te belasten, wat slecht is voor de toegankelijkheid van de zorg. Dus ook al is die vaccinatiegraad al hoger, het zou juist ook voor de belasting van de zorg een enorm belangrijke factor kunnen zijn als je die van 85% naar 90% zou kunnen brengen. Apart aandacht hebben voor de 50-plussers is dus belangrijk.

Dat is makkelijk gezegd, maar ons beeld is dat die groep van 50-plussers net zo heterogeen is als alle leeftijdscategorieën bij elkaar. We zien diezelfde typen mensen en diezelfde typen belemmeringen allemaal ook in deze groep. Dus de interventies zijn waarschijnlijk niet wezenlijk anders, maar we zijn op dit moment wel aan het kijken of we op korte termijn nadere communicatieacties kunnen plegen via nadere kanalen waarmee je deze mensen vooral kunt bereiken. We kijken ook welke mechanismes er dan spelen in deze groep, zodat we een gevoelige snaar kunnen raken. Dat even apart.

Dan hier nog een aantal voorbeelden van nieuwe ideeën en experimenten die lopen. Ik noem maar even snel een voorbeeld. Als je bij de teststraat komt en je een negatief testresultaat hebt, wordt gezegd: als u nog niet gevaccineerd bent, kunt u hiernaast terecht. Dat is bijvoorbeeld een test die we doen. Vaccinatielocaties bij voedselophaalpunten, bij voedselbanken richten zich op een ander soort doelgroep en een ander soort omgeving. Er worden gesprekken gevoerd met apotheken om te zien of dat een netwerk is waarmee we bijvoorbeeld samen pop-uplocaties kunnen opzetten. Maar er wordt bijvoorbeeld ook gekeken of je bijvoorbeeld zaken kunt doen in wat grotere winkelcentra met grote doorstroomlocaties, omdat je daar weer een ander type publiek treft.

Dan nog even speciaal allerlei activiteiten uitgelicht die samen met het onderwijs worden ondernomen, met name voor de jongere doelgroep. Het hoger onderwijs is zeer actief geweest in de afgelopen periode met de introductieweken en de start van het nieuwe academisch jaar. Eigenlijk alle universiteiten en hogescholen hebben iets in samenwerking met de GGD gedaan, als het geen informatiesessies zijn, dan wel pop-uplocaties et cetera. Daar is veel gebeurd de afgelopen periode. Ook gesprekken met de mbo's en de roc's komen meer op gang, ook met de start van het nieuwe jaar. Dus daar is ook bereidheid om aan informatievoorziening te doen. Dat is vaak nog wat lokaler in de samenwerking met de regionale GGD en in wat voor contacten daar lopen. Voor het voortgezet onderwijs is onder andere bijvoorbeeld dat lespakket ontwikkeld door het Nederlands Instituut voor Biologie om informatie te verstrekken aan de scholieren. De tienerleeftijd is natuurlijk een wat complexere leeftijd, omdat de ouders daar ook een belangrijke rol spelen en je daar dus wel op een prudente manier mee om moet gaan.

Dit is nog even een weergave van de vrije inloop bij de GGD. Dat gaat om vaccinaties bij alle open locaties van de GGD waar mensen zonder afspraak naartoe kunnen komen. We zien eigenlijk in de afgelopen weken dat die een toenemende populariteit kent. Dus de aantallen groeien. De zaterdag van de afgelopen weken waren zeer populair. Daar werden echt pieken bereikt. U ziet de grijze stukjes van de balken. Dat zijn de eerste prikken, dus dat zijn echt nieuwe mensen. Maar heel veel mensen,

weergegeven met de oranje stukjes van deze balken, komen ook gewoon hun tweede prik halen in de vrije inloop. Zij dragen dan uiteindelijk wel bij aan de vaccinatiegraad, maar je wil natuurlijk ook nieuwe mensen bereiken. Dat is ongeveer het beeld. De GGD probeert zo goed mogelijk vooruit te prognosticeren wat ze de komende week verwachten, maar dat is altijd met een zekere mate van armslag.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg heeft een verduidelijkende technische vraag naar aanleiding van deze sheet.

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

Ja, het ging eigenlijk nog even over de vorige sheet, waar zo expliciet stond: geen prikbusen op locatie op het voortgezet onderwijs. Als u daar een toelichting op gaf, heb ik dat in ieder geval even gemist.

De heer **Van Raaij**:

Er zijn scholen in het hoger onderwijs die bijvoorbeeld heel expliciet zeggen: «Ik wil wel aan informatievoorziening doen, maar ik wil geen prikbus op het plein. Er is in de nabijheid een priklocatie, maar een prikbus op het plein doen wij niet vanwege de verantwoordelijkheid die je als school hebt in het onderwijs, maar ook vanwege de rol van de ouders.» Dat varieert. Dat werd daarmee bedoeld.

Hier nog even wat plaatjes. Het onderwijs zit daartussen. Links is nog een keer de markt van Rotterdam te zien. Wat ik nog niet eerder heb genoemd, zijn allerlei projecten met arbeidsmigranten, waarbij bijvoorbeeld uitzendbureaus en distributiecentra meewerken om allerlei maatwerk te leveren voor deze groep, die ook wat langer in Nederland verblijft.

Een korte opmerking over de internationale context. Het werd net ook al even in de vorige presentatie aangehaald. Je kunt niet zomaar iedere situatie vertalen naar de Nederlandse context. Dus ja, je kunt kijken naar wat je internationaal kunt leren. Maar de context van de maatschappij, de bevolkingssamenstelling en noem alles maar op, zijn altijd wel belangrijk om mee te wegen bij de vertaling naar de Nederlandse context, ook als het gaat om vaccinatiegraadcijfers.

Dan ga ik met een aantal slides richting het einde van mijn presentatie. Dit was een onderzoek dat afgelopen weekend uitkwam. Daarin werd ook gesteld dat we meer moeten inspelen op de motieven van vaccinatieweigeraars. Ik lees de kop maar even zoals hij in het artikel stond. Ik heb het plaatje dat ik eerder liet zien hier nog even teruggehaald, met de drie doelgroepen waar we het over hebben. Waar het eigenlijk om gaat is wat de motieven in die groep zijn, wat de boodschap is die bij hen resoneert en wie de boodschapper is. De boodschapper hoeft niet altijd dezelfde te zijn. Sterker nog, als de boodschapper vaak dezelfde is, kan dat ook tot irritatie leiden en misschien wel een averechts effect hebben. Dus je moet ook kijken welk maatwerk nodig is voor deze lastiger te bereiken doelgroepen.

Deze sla ik even over. Dan krijgen we eigenlijk een tweesporenaanpak. Enerzijds is er de aanpak die we even de dialoogaanpak noemen. Dat is eigenlijk waar de GGD'en, zoals ik daarstraks heb gezegd, al in grote mate mee bezig zijn. Zorg dat dat lokale maatwerk doorgevoerd gaat worden. Neem de lange adem. Neem de tijd en ruimte om de mensen over hun eigen belemmeringen aan te spreken en te voorzien in wat zij nodig hebben. Maar leer anderzijds ook dat je het gesprek soms op een ander niveau moet voeren.

In dat kader wilde ik dit nog even laten zien. We zijn op dit moment ook bezig met onderzoek naar wat de belemmering is, wie de personen in kwestie zijn, maar ook welke boodschap deze mensen zouden willen horen, wat zij in welke vorm nodig hebben, wat resoneert en wie de afzender is. Er worden bijvoorbeeld ook communicatieframes getest op

responses. Wat vinden mensen daarvan? Hoe reageren de mensen daarop? Dat is nog lopend onderzoek, dus daar kan ik nog niet op vooruitlopen. Maar daar blijkt in ieder geval uit de eerste indicaties dat waar mensen wel op aanslaan – als ik het zo mag formuleren – soms niet de prik is, maar een heel ander element. «Kan ik straks wel doen wat ik eigenlijk wil?» Of: «Is mijn familie of kleinkind straks wel veilig?» Dat gaat om andere waarden waarvan mensen eigenlijk de afweging maken, en niet om of ze die prik wel of niet willen. Die prik hoeft niet centraal te staan. Dat is iets waar we op korte termijn nog van proberen te leren. Dus hier hebben we spoor 1. Dat is wat ik al verteld heb, met de open dialoog met de sleutelpersonen, het lokale netwerk, het maatwerk, maar ook met de andere afzenders die we daarbij nodig hebben. De overheid is dan dus niet altijd de enige afzender voor het voeren van dit gesprek. Dit is dan dus de andere aanpak, waar we hopelijk binnenkort meer over kunnen zeggen als dat onderzoek ook afgerond is en we weten wat we daarvan kunnen leren.

Dit zijn echt random krantenkoppen, dus trekt u zich daar niet te veel van aan, maar we zien dus eigenlijk wel dat we dat bredere maatschappelijke debat nodig hebben. Vaak wordt de keuze of je van B naar C gaat, van C naar B gaat, of van B naar A gaat toch in de eigen sociale omgeving gemaakt. Die sociale omgeving is belangrijk. De keuze wordt niet alleen maar door informatie van de overheid beïnvloed, maar ook door het eigen sociale netwerk: je werkomgeving, je verenigingsleven, de bevolkingsgroep waar je bij hoort, et cetera. Dus dat debat in die eigen omgeving is heel erg belangrijk.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we nu naar de leden die in deze ronde hun enkele vraag willen inzetten. Ik zie een hoop twijfelaars. Mevrouw Westerveld van GroenLinks.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik zou graag een vraag willen stellen aan de heer Van Raaij. In uw presentatie zien we dat een aanzienlijke groep nog twijfelt en dat daar verschillende motieven voor zijn. Dat heeft u allemaal uitgelegd. Nu gaan wij morgen ook een debat hebben over de maatregel waarbij een coronatoegangsbewijs wordt gevraagd, wat door een groot deel van de mensen ook wel wordt gezien als drang. Ik zou u willen vragen of u wat kunt zeggen over wat dat doet met de groep twijfelaars. Is daar zicht op? Zijn dit mensen die dan denken: dan plan ik wel een afspraak, want ik sta er heel praktisch in? Of zou het ook kunnen dat een heel groot deel van deze mensen de overheid daardoor juist nog meer gaat wantrouwen? Is daar zicht op?

De heer Van Raaij:

Daar is gedeeltelijk zicht op. Het coronatoegangsbewijs is natuurlijk niet bedoeld als maatregel om de vaccinatiegraad te verhogen, maar het zou zeker zo kunnen zijn – dat weten we – dat er mensen zijn die uit puur praktische overweging zeggen: dan moet ik me zo veel keer laten testen, dan vind ik het eigenlijk handiger om die prik te halen. Dat zijn geen mensen die principieel tegen de vaccinatie zijn. Dat zijn ook vaak mensen die heel praktisch redeneren, vanuit hun eigen positie. Ik sluit ook niet uit dat er mensen zijn die zeggen: dit gaat mij even te ver, nu doe ik het zeker niet. Ik kan uw vraag dus niet in kwantitatieve zin beantwoorden. Maar allebei zou kunnen, en allebei zouden we kunnen zien optreden.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

We weten dat het overheidsbeleid is om in ieder geval het doel te hebben om een vaccinatiegraad van meer dan 90% te halen. Ik ben benieuwd of er een soort tijdsspanne is aangegeven waarbinnen we bij die 90% willen zijn, en welke groepen we daarin een soort van voorrang geven door daar meer prioriteit op te leggen dan – ik zeg het even – op sommige groepen die misschien sowieso geen vaccinatie willen, punt. Worden die groepen per se ook benaderd of zeggen we gewoon: er is nu eenmaal een groep in Nederland die zegt principieel tegen vaccinatie te zijn, en die nemen we dus niet mee in die campagne om die 90% in totaal te halen?

De heer **Van Raaij**:

Nee. De focus ligt op de groepen die eigenlijk wel willen of nog vragen hebben. Wij vinden dat je daar de meeste energie in moet steken, want daar is ook de ruimte, zou je kunnen zeggen. Mensen die echt om principiële redenen niet willen, gaan wij ook niet overtuigen door nog een keer een folder uit te delen. Dat is niet de manier waarop we het doen. Dus als dat een antwoord is op uw vraag, dan ... Nee, u had ook nog een vraag over de tijdslijn. Ja, die is nog lastig te beantwoorden. Kijk, we doen dit samen met de GGD. Die stoppen hier enorm veel capaciteit in met een beperkte hoeveelheid mensen, wat er trouwens ook heel veel zijn. In mei, juni en juli kon je dus echt even 1.000 prikken per locatie wegzetten. Bij dit soort initiatieven moet je soms een hele dag werken om 80 prikken te zetten. We moeten ons realiseren dat dat een lange adem en veel capaciteit van de GGD vergt. We hebben gezegd dat we dat voorlopig nog even volhouden, want we vinden het doel te belangrijk om nu te zeggen: nou, laat maar zitten. Dat gaan we dus niet doen. Maar we hebben daarvoor nog niet een einddatum of een eindstreep bepaald.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Den Haan.

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

Ik wil toch mijn ene vraag aan de heer Van Raaij stellen. We zien in groep B en C dat het percentage migranten dat nog niet is gevaccineerd vrij hoog is. Nu zag ik in het nieuws dat de prikbusen op hele specifieke locaties worden ingezet, bijvoorbeeld bij moskeeën. Is er zicht op het effect op de groep die nu in B en C zit van de inzet van die prikbusen op specifieke locaties?

De heer **Van Raaij**:

In kwantitatieve termen kan ik dat niet beantwoorden. Dat soort cijfers heb ik niet beschikbaar. We zien wel dat het verschillend is. De ene moskee werkt heel erg mee en dan zie je ook dat dat effect oplevert. In een andere gemeenschap is het gewoon lastiger. Ook dat is echt maatwerk. Het is dus nog een beetje vroeg om daar een soort algehele conclusie over te trekken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Heeft iemand aan de andere kant van de tafel een vraag? Meneer Paternotte van D66.

De heer **Paternotte** (D66):

Dank. Ik wil ook een vraag stellen aan de heer Van Raaij, met overigens heel veel dank aan de heer Kullberg voor de presentatie. Fijn dat u er vandaag bij bent.

Ik zie dat er heel veel gebeurt, dat er ook heel veel onderzoek is en dat er overall in Nederland veel inzet van de prikbusen is. Tegelijkertijd vraag ik me af of die inzet nou op alle methodes met dezelfde daadkracht plaatsvindt. Het OMT-advies geeft aan dat we echt haast hebben en dat de

te lage vaccinatiegraad de reden is dat we nog steeds het risico op overbelaste ziekenhuizen hebben. Dit doet er dus toe. Ik zie dat heel terecht de analyse is gemaakt dat het belang extra bij de 50-plussers zit, want die lopen natuurlijk verreweg het meeste risico om in het ziekenhuis te komen, maar ik zie eigenlijk geen concreet voorbeeld genoemd van een inzet die we bij 50-plussers plegen. Ik snap dat het lastig is, maar ik en ook anderen hebben daarvoor in een debat vier weken geleden concrete suggesties gedaan, bijvoorbeeld het inzetten van apothekers die dat hebben aangeboden. Zijn er dan verkennende gesprekken met apothekers? Nu we haast hebben, wil je dat er snel afspraken worden gemaakt over hoe apothekers kunnen worden ingezet. Er wordt ook gezegd dat huisartsen een belangrijke rol hebben, maar huisartsen kunnen niet structureel zelf de prik zetten. Ze kunnen wel het gesprek voeren, maar dan is het meestal ook handig als je meteen kan zorgen dat je tot prikken overgaat. Mijn vraag is dus: is de inzet nu over de hele linie, van de prikbus tot de huisartsen, op volle sterkte, of moet dat nog komen?

De heer **Van Raaij**:

Je leert continu wat effectief is en wat niet effectief is. Wat niet werkt, schaal je weer af en wat wel effectief is, probeer je door te vertalen. Op die manier probeer je met de capaciteit om te gaan. Bij de vraag over de apotheken zei ik overigens bewust «apotheken» en niet «apothekers», want het zetten van een vaccinatie is een medisch voorbehouden handeling. Een apotheker kan dus niet zomaar prikken. Maar het netwerk van de apotheken, die overal in de wijk zitten en die een deel van de bevolking vaak zien langskomen, wil je natuurlijk wel benutten. Daar gaan de gesprekken over: om daar iets mee te doen en om daar concreet op in te zetten. Bij de 50-plusgroep is het inderdaad ingewikkeld, omdat het bij die groep niet over een hele specifieke interventie gaat. Het is een heterogene groep, zoals ik al zei. Er spelen dus verschillende belemmeringen, maar het is wel een groep die je via bepaalde kanalen kunt bereiken. Daar zijn natuurlijk ideeën over, maar ik wou hier niet zomaar ideeën gaan ventileren zonder dat er afspraken zijn.

De heer **Paternotte** (D66):

Kunt u misschien één voorbeeld geven? Want we horen nu eigenlijk geen enkel voorbeeld van wat we dan specifiek voor 50-plussers doen. Ik zou één voorbeeld willen. Dan heb ik in ieder geval een beeld.

De heer **Van Raaij**:

Er zijn bijvoorbeeld bepaalde mediakanalen waar die 50-plusgroep vaak gebruik van maakt. Die zou je extra kunnen benutten om boodschappen af te geven, maar dan moet je ook goed nadenken welke boodschap je in welk kanaal afgeeft. Daar moet je even iets verder mee door. Ik ga hier niet een proefballonnetje neerleggen, maar ik hoop daar binnenkort iets meer over te kunnen zeggen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Kuiken van de PvdA.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Omroep MAX, denk ik dan. Nee hoor, flauwe grap.

Voorzitter. Ik wil de heren danken voor de informatie. Die is nuttig, maar voldoet toch net niet helemaal aan wat ik had gehoopt. Daarom stel ik toch mijn vraag, aan de Gezondheidsraad in dit geval. De Gezondheidsraad heeft namelijk in februari een heel mooi ethisch kader geschreven over hoe om te gaan met de vaccinatiecampagne en de pandemie. Juist die ethische vraagstukken beginnen zich nu zo langzamerhand op te werpen, van welke kant je er ook tegen aankijkt; dat vind ik

namelijk niet zo relevant. Het gaat over drang, dwang en registratie van vaccins. Mijn vraag is eigenlijk meer: buigt de Gezondheidsraad zich ook nog over de maatregelen die het kabinet neemt in relatie tot het ethisch kader dat in februari is gepubliceerd? Wordt daarover geadviseerd of staat dat helemaal los van elkaar? Ik zou ook graag een inhoudelijke reactie hebben gevraagd, maar aangezien dat geen onderdeel was van de presentatie, ondanks dat ik daar wel om heb gevraagd, laat ik dat nu maar even achterwege.

De heer Kullberg:

De Gezondheidsraad is destijds gevraagd om kaders aan te geven en afwegingen te maken over dat wat we dan kort «drang en dwang» noemen en waar met name private partijen aan zouden moeten voldoen. De Gezondheidsraad heeft juist voor de politiek en voor de toepassing een algemeen kader aangegeven met een aantal overwegingen, om toekomstige voorgenomen besluiten langs te leggen. Het is de taak geweest van de wetenschappers op het gebied van ethiek en recht om dat kader neer te leggen. De uitvoering daarvan is typisch aan andere partijen. Dat kader staat, denk ik. Er is vanuit de Gezondheidsraad geen reden om het kader te veranderen. Het is toe te juichen als het gebruikt wordt in de praktijk.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Daarom zei ik ook dat ik het zonde vind, want ik had eigenlijk gehoopt dat er naast de boosters ook een aantal handleidingen waren gegeven over de praktische toepassing van het ethisch kader ten opzichte van de vraagstukken die nu voorliggen. Dat is niet gebeurd. Ik weet ook dat het een politieke opdracht is, maar ik had hier graag dat gesprek gevoerd met de Gezondheidsraad.

Voorzitter, ik hou nu op, want we zijn door de tijd heen. Maar dat is een beetje mijn worsteling.

De voorzitter:

Dank u wel. Als de leden aan de ene kant van de tafel twee keer het woord gaan nemen, dan moet ik de leden aan de andere kant ook twee keer het woord geven. Daarvoor hebben we geen tijd.

Meneer Kullberg, heeft u hieraan nog iets toe te voegen?

De heer Kullberg:

Ik heb hieraan niet iets toe te voegen, dank u.

De voorzitter:

Oké. Dan ga ik u beiden, de heer Van Raaij, programmadirecteur COVID-19 vaccinatieprogramma van het RIVM, en de heer Kullberg, voorzitter van de Gezondheidsraad, hartelijk danken voor uw presentaties.

We gaan hier even ombouwen en daarna gaan we luisteren naar de bijdrage van de heer Van Dissel. Ik zou de technische dienst willen vragen om te kijken of er iets gedaan kan worden aan de brom hierachter.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Aan de orde is de tweede ronde. Het Ministerie van VWS heeft, zoals gebruikelijk, de heer Van Dissel afgevaardigd, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. We hebben inmiddels niet al te veel tijd meer tot 19.30 uur. De heer Van Dissel heeft 45 sheets meegenomen. Ik weet niet of dat een record is, meneer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Nou, vooral op uw verzoek. Ik heb een heleboel aparte vragen gekregen en die zijn allemaal toegevoegd aan het eind.

De **voorzitter**:

U heeft van tevoren inderdaad een heleboel vragen gekregen.

Blok 2

Gesprek met:

- de heer Van Dissel (directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM)

De **voorzitter**:

Ik zou zeggen: steekt u van wal. Neemt u zelf het voortouw in hoe u dat gaat aanpakken.

De heer **Van Dissel**:

Prima. Wat had u gedacht aan verhoudingen ongeveer?

De **voorzitter**:

Een halfuur zou mooi zijn, want dan hebben we nog wat tijd voor vragen. Maar we kunnen ook wel iets uitlopen. Niet te lang, want we hebben allemaal nog andere verplichtingen. We kunnen nog iets uitlopen. Dus ik zou zeggen: begint u met uw presentatie.

De heer **Van Dissel**:

Oké. We gaan er snel doorheen.

Deze eerste slide kent u, denk ik. Het belangrijkste wat ik hier update, is het totale aantal. U ziet dat dat inmiddels de 225 miljoen infecties heeft overstegen. Dat is dan het wereldwijde aantal, waar zo'n 4 tot 5 miljoen personen aan zijn overleden. Ook is het denk ik belangrijk om te constateren dat in de praktijk lang niet iedereen die covid heeft gekregen en gehad, of daaraan is overleden, ook als zodanig staat geregistreerd. De verwachting is dan ook dat dit een behoorlijke onderrepresentatie is van de daadwerkelijke getallen. Ik herinner u er nog even aan dat het grootste deel weinig ziek is en weinig klachten heeft, maar dat het deel dat toch naar het ziekenhuis moet komen, of dat zelfs op de ic moet worden opgenomen, te groot is om geen maatregelen te nemen. Dat betekent dat we eigenlijk tot heel strikte maatregelen zijn gekomen, ook om te zorgen dat de zorg toegankelijk blijft, ook voor andere klachten.

Het epidemiologische beeld van de afgelopen week is er een van stabiliteit. Het aantal ziekenhuis- en ic-opnames is de afgelopen week gelukkig weer wat omlaaggegaan, met zo'n 10%, 15%. Het aantal meldingen is met zo'n 11% omlaaggegaan. En u ziet dat het aantal testen iets is toegenomen, wat ook betekent dat het percentage positieve testen wat is afgenomen. Maar het beeld is eigenlijk vrij stabiel. Waarom is dat belangrijk, en ook dat het al wekenlang stabiel is? Dat betekent eigenlijk dat dit de uitgangssituatie is die we momenteel hebben. Het betekent ook dat je met elke versoepeling die nu komt en met het seizoenseffect dat zich tegen ons gaat keren – het virus krijgt de wind in de rug – verwacht dat de aantallen zullen toenemen. De vraag is natuurlijk: hoeveel nemen ze toe, hoe kunnen we dat mitigeren en hoe kunnen we dat onderdrukken, zodat de zorg dat aankan en de toegang tot de zorg gehandhaafd blijft? Op de volgende slide ziet u de verdeling van de aantallen over de regio's. Daar is duidelijk dat de grote steden relatief meer bijdragen dan de landelijke gebieden. U ziet dat Rotterdam deze week het hoogste aantal had. Maar Amsterdam, Utrecht en regio Den Haag hebben ook behoorlijke aantallen, terwijl je over de rest van Nederland minder ziet. Er was ook een vraag over Friesland, want daar was het aantal inderdaad even wat hoger dan verwacht. Dat aantal is inmiddels weer afgevlakt en bij navraag bij de GGD is daar eigenlijk momenteel geen speciale reden voor aan te geven. Dit wat betreft de spreiding over de regio's.

Het tweede van belang is natuurlijk de spreiding over de leeftijden. We hebben de toename gezien in de jongere groepen als gevolg van vooral discotheken en nachthoreca. Dat ziet u rechtsboven. U ziet dat de belangrijkste toename in juli is geweest in de groep tot 20 en de groep 20 tot 30. Daar is het ook gestabiliseerd. U ziet dat de groep van 20 tot 30 inmiddels wat afneemt qua aantal, en tegelijkertijd dat de groep die naar het primair onderwijs gaat wat lijkt toe te nemen. En dat vooral de groep van 0 tot 9, of eigenlijk de groep van 0 tot 12 ... Daar kom ik zo even op terug. De vraag was natuurlijk ook: wat heeft de opening van de scholen nou gedaan met betrekking tot de besmettingen?

Eerst nog even de testen en de test aantallen. In blauw ziet u het aantal testen dat per dag wordt uitgevoerd. In rood ziet u het percentage, aan de rechterzijde af te lezen, van die testen dat positief is. U ziet dat ongeveer 9% positief test. Dat is dus wat afgenomen ten opzichte van eerder, terwijl het aantal testen weer wat zijn toegenomen. Dit zijn testen exclusief uitgaande reizigers, want dat is natuurlijk ook een groep die getest wordt. En zo zijn er meer groepen die maken dat de interpretatie van deze getallen wel een andere is dan pakweg een jaar tot een halfjaar geleden. Daar kom ik zo nog even op terug.

Inmiddels hebben we natuurlijk testen bij personen met klachten – het was altijd al de bedoeling dat die getest werden – maar er zijn ook testen die worden afgenomen voor toegang, testen naar aanleiding van een positieve zelftest, en testen zonder klachten. Dat maakt dat de interpretatie van de uitkomst uiteindelijk minder helder te duiden is dan vorig jaar. Dat maakt dus ook dat die meldingen en het aantal positieve meldingen de komende tijd wat minder belang gaan krijgen met betrekking tot de advisering, en dus waarschijnlijk ook tot het beleid. Je kunt daar namelijk gewoon niet meer dezelfde conclusies uit trekken. Voor ziekenhuizen en ic-opnames ligt dat natuurlijk wat anders, want daar heb je een drempel voordat je daar komt. Dat zijn veel stabielere getallen, waar dus meer op vertrouwd zal worden.

Dan even iets over de kinderen en de invloed van de scholen. Wat u hier aan de linkerzijde ziet, is het aantal uitgevoerde testen, en aan de rechterzijde het percentage positief. Wat dan opvalt, is dat de rode pijlen een belangrijke toename laten zien in het totaal aantal afgenomen testen in de afgelopen paar weken met betrekking tot de groep 0 tot 12 jaar; en in dit geval 13 tot 17 jaar, tót 18 jaar. Dat reflecteert echt meer klachten via de school en het meer laten testen van kinderen van school. Dat zal ik u ook zo laten zien, want dat volgt op de opening van de scholen van Noord, Midden en Zuid.

Dat zie je ook terug in de daadwerkelijke meldingen, dus de incidentie per leeftijdscohort. We hebben een geweldige toename gehad van 18 tot 24 en aan de groene pijl ziet u dat die inmiddels aan het afnemen is. Wat verder opvalt, is dat de aantallen meldingen boven de 30 eigenlijk heel erg stabiel zijn. U ziet daar weinig verandering in ten opzichte van de voorgaande weken, maar tegelijkertijd ziet u ook dat in de groep 0 tot 12 er een duidelijke toename van het aantal positieve testen is. Die toename is een gevolg van het openen van de scholen. Dat zien we overigens – dat is natuurlijk ook wel van belang – nog niet direct terug in de leeftijden van de universiteit of van de middelbare scholen. U ziet dat dat nog relatief stabiel is. De universiteiten zijn natuurlijk ook net geopend, maar daar is natuurlijk wel een programma geweest van introductie dat al eerder begonnen is. Dat zien we eigenlijk nog niet terug, terwijl dat wel terugkomt bij de lagere scholen, bij het primair onderwijs. U ziet dat met name opgesplitst in de verschillende regio's die drie weken, twee weken of één week geleden zijn begonnen. Dan is duidelijk dat de regio Noord eigenlijk de belangrijkste toename heeft tot nu toe, maar ook als eerste begonnen is. De regio in het midden zit ertussenin en de regio Zuid blijft nog achter, zeker tot vorige week, maar je ziet dat dat nu ook wat toeneemt. Met andere woorden, de toename op scholen en in de jeugdige

leeftijdsgroepen is duidelijk. Tegelijkertijd is het aantal testen dat wordt uitgevoerd onder leraren en het percentage positieve gevallen stabiel gebleven. Dat ziet u bij de inset rechtsboven. Dus de toename van het aantal positieve meldingen onder kinderen heeft zich, in ieder geval momenteel, nog niet vertaald naar een belangrijke toename bij de bij school betrokken medewerkers, en met name bijvoorbeeld ook niet bij leraren en op het kinderdagverblijf. Dus dat lijkt zich momenteel met name te beperken tot de groep kinderen.

Dan de ziekenhuizen en ic-opnames. Ik liet er net al iets van zien. Als je het over langere tijd beschouwt, lijken we een voorzichtige afname te zien. De aantallen blijven met zo tegen de 400 en tegen de 200 natuurlijk nog relatief hoog, maar er lijkt enige verschuiving te zijn. Ik kom daar straks nog even op terug.

Ten slotte. Wat betreft de aantallen bij de verpleeghuizen en de woonzorgcentra, zien we dat een aantal van die huizen positief zijn, en dat er binnen die huizen ook enige verspreiding is wat betreft het aantal bewoners dat positief is. Als u de grafiek midden onder ziet, dan is het duidelijk dat het totale aantal huizen en bewoners dat nu betrokken wordt bij de momentele verspreiding van het virus gelukkig heel gering is ten opzichte van de grafiek van de start van het virus. Dat zien we ook terug in de sterfte. Ik heb dat niet meegenomen, maar die is natuurlijk nauwelijks tot net wat verhoogd, maar dan met name onder de 65. Dus daar past dit beeld ook wel in.

Ten slotte, voor de afsluiting van dit stukje, het bron- en contactonderzoek. Waar kunnen we nou pinpointen waar die infecties hebben plaatsgevonden? Allereerst ziet u dat bij ongeveer 37% van de infecties er een gerelateerd geval kan worden vastgesteld. Dan kan je dus kijken in welke setting die verspreiding heeft plaatsgevonden. U ziet dat dat natuurlijk in belangrijke mate thuis is. Dat is eigenlijk continu zo geweest. Als het virus wordt geïntroduceerd in een huishouden, dan is er een relatief grote kans dat het zich binnen het huishouden verspreidt. Dat is ook logisch, want binnen een enkel huishouden gelden nooit de afstanden. U ziet dat bezoek nog steeds een belangrijke oorzaak is van het binnen het huishouden brengen van het virus. Tegelijkertijd is met de rode pijl duidelijk aangegeven dat de invloed van de scholen toeneemt. De groene pijl geeft weer dat de invloed van de horeca, die in juli natuurlijk heel erg hoog was, weer is afgenomen tot ongeveer 2%. Dus je ziet de veranderingen die secundair zijn aan beleid terug in het bron- en contactonderzoek. Dat was een eerste blokje, een beetje een update van de huidige situatie.

U heeft natuurlijk al het nodige gehoord over vaccinaties, maar er waren ook een aantal zeer specifieke vragen, waar ik hier even een aantal slides voor heb. Als die al getoond zijn, hoor ik dat graag, want dan sla ik ze over. Maar even iets over vaccinaties. Marcel van Raaij zal het beeld van de eerste dosis en de volledige vaccinatie hebben laten zien, dus daar sta ik verder niet bij stil. Maar misschien wil ik toch even de opmerking maken dat die afvlakking bij de eerste dosis al een aantal weken speelt, waardoor er eigenlijk niet zo veel toename meer is. Dat is duidelijk. Dan komen ze natuurlijk erna voor de tweede dosis. Dat is dan min of meer het evenbeeld ervan, maar je ziet toch dat de groepen onder de 60 minder enthousiast zijn gekomen dan de alleroudsten. Helemaal onderaan is nog even het actuele percentage weergegeven dat betrekking heeft op het totaal aantal mensen voor wie de vaccinatie bedoeld was, dus voor mensen boven de 18 of 12. U ziet dat rond de 85% de eerste prik heeft gehad en het percentage van daadwerkelijk volledig gevaccineerden zit over de 70%.

Dan is dit misschien een belangrijk plaatje, omdat het ons toont hoe goed vaccinatie beschermt tegen ziekenhuisopnames. Ik kreeg een vraag van een aantal van u om daar in detail op in te gaan en om te laten zien wat daar het effect van is geweest. Ik ga u even uitleggen wat u hier precies ziet. U ziet allereerst twee blokken van grafieken die op leeftijd zijn

gerangschikt, dus je ziet in feite overzichten van grote leeftijdscohorten. De oudste cohorten zijn meer opgesplitst, omdat daar ook gewoon meer ziekenhuisopnames uit volgen. Als u bijvoorbeeld kijkt naar de linkerkant en naar de grafiek linksonder, dan ziet u een rode, een blauwe en een groene lijn. De groene lijn representeert het aantal opnames vanuit de groep die volledig gevaccineerd is. Sommigen zijn natuurlijk al in januari en anderen relatief recent gevaccineerd, maar wat in ieder geval opvalt is dat die lijn eigenlijk compleet plat is en nauwelijks omhoogkomt. Dat betekent dus dat er domweg geen, of in ieder geval in zeer geringe mate, ziekenhuisopnames hebben plaatsgevonden uit de volledig gevaccineerde groep. Daartegenover staat de rode lijn. De rode lijn staat voor de opnames van mensen in de groep die niet gevaccineerd waren. Die was eerst natuurlijk hoog. Toen zijn we gaan vaccineren, dus u ziet die lijn afnemen, en vervolgens met een bochtje inmiddels weer toenemen. Dat is de bijdrage van de ongevaccineerden aan de ziekenhuisopnames. U kunt zich voorstellen dat door met deze getallen te rekenen je ook een vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopnames kan berekenen. Dat laat ik u zo zien. Die ligt rond de 95%.

Dan ziet u aan de rechterzijde een iets ander figuur. Links ziet u echt actuele getallen en aan de rechterzijde ziet u de incidentiemaat, dus dan is het genormaliseerd, meestal op bijvoorbeeld 100.000. Eigenlijk ziet u daar dezelfde grafieken terug, alleen ziet u op de achtergrond in grijs de vaccinatiestatus weergegeven. Rechtsonder ziet u bijvoorbeeld dat de vaccinatiestatus van mensen boven de 70 heel hoog is opgelopen. Zal ik het eerst afmaken?

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij heeft geen inhoudelijke, maar een heel prangende, technische, verduidelijkende vraag.

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

Ik heb een technische, verduidelijkende vraag over de grafieken aan de linkerkant. Wat voor eenheid is het? Zijn dit nieuwe opnames per dag of zijn er mensen die op dat moment ...

De heer Van Dissel:

Gewoon aantallen.

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

Nieuwe opnames? Oké, dank u wel.

De heer Van Dissel:

Ja. Het heeft natuurlijk iets arbitrairs, dus dat wil je ook op de grootte van de groep betrekken. Dat ziet u aan de rechterzijde. Dan heb je echt de incidentiemaat, maar eigenlijk geeft die dus hetzelfde beeld. Helemaal rechtsonder ziet u bijvoorbeeld het toenemen van de vaccinatiegraad bij 70-plussers. Dat is op de achtergrond in grijs weergegeven. Nog niet volledig en volledig gevaccineerd. In rood ziet u de groep die niet gevaccineerd is en in groen de groep die wel gevaccineerd is. Dan krijg je een beetje een paradox, die wel goed is om te begrijpen. Je verwacht namelijk altijd te zien dat naarmate de groep die gevaccineerd is groter wordt, er ook wat meer gevaccineerden worden opgenomen, omdat die groep gewoon groter wordt. Vaccinatie werkt nou eenmaal niet 100%, maar in dit geval 95%. Dat zie je eigenlijk heel mooi in deze grafiek terug. Dat ziet u ook aan de linker grafiek, waarin rood en groen bij de 70-plus op een gegeven moment bijna over elkaar vallen. Dan zou je kunnen denken: nou, ik zie helemaal geen effect van vaccinatie. Ja, dat ziet u wel, want de groene groep is getrokken uit een veel grotere groep die inmiddels gevaccineerd is. We zitten boven de 90%.

Dezelfde grafieken vindt u terug in de bijlage voor de ic. Het toont exact hetzelfde beeld, alleen is de bescherming voor de ic nog wat sterker. Waar kom je dan op als je dat berekent? Ik heb het maar even tot de deltaperiode beperkt, want momenteel is 99,9% delta in Nederland. U ziet dat vaccinaties voor 95% beschermen tegen ziekenhuisopnamen en voor 97% tegen ic-opnamen.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg heeft ook een technische, verhelderende vraag.

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

Dank u wel, voorzitter. Wat is dat stippellijntje bij die grafiek op de vorige pagina?

De voorzitter:

Het zijn wat moeilijk te duiden grafieken.

De heer **Van Dissel:**

Het stippellijntje. Dat zou ik, als ik u was, even laten voor wat het is. Dat verwijst naar de vaccinatie die ook in dat grijze zit.

De voorzitter:

We kennen mevrouw Van den Berg als een buitengewoon scherp Kamerlid.

De heer **Van Dissel:**

Ja, heel erg goed. U zegt het heel terecht, want het staat niet verklaard daaronder. Maar het gaat om de rode, de blauwe en de groene. Het beste kan je dus kijken naar dat grijze vlak. Overigens staat hier aan de onderzijde het voor iedereen op te zoeken RIVM-rapport weergegeven, waarin je de grafieken terugvindt en waarin je kunt lezen wat het stippellijntje betekent. Je kunt het downloaden van de website, maar ik denk dat de boodschap hier is dat de vaccineffectiviteit gewoon heel erg hoog is.

Waarom ik het óók noem, is omdat we die vaccineffectiviteit per twee weken ongeveer vaststellen. U heeft net van Bart-Jan Kullberg gehoord hoe belangrijk het is om daar ook in de toekomst steeds over geïnformeerd te worden. Dit is de wijze waarop we dat doen. We kunnen dus min of meer realtime bijhouden hoe de stand in de ziekenhuizen op dit moment is, en berekenen of die vaccineffectiviteit in de loop der tijd al dan niet terugloopt. Dat wordt een belangrijke voor of je al dan niet boosters gaat doen. Althans, dat is het advies. Dat is hierop gebaseerd. Dan wilde ik u nog meenemen naar een ander plaatje dat dit zo mooi illustreert. Ik vind het zelf een schitterend plaatje, maar misschien vindt u het helemaal niks. Ik neem u weer even mee naar wat ik u hier laat zien. Aan de linkerzijde ziet u die vier matrixen met alle getallen uit juli, en aan de rechterzijde uit augustus. In juli hadden we natuurlijk de uitbraak, met name onder de jongeren. Wat u hier ziet, is dat elk transmissiepaar dat we hebben vastgesteld bij het bron- en contactonderzoek, hier terug te vinden is als een puntje. Dus broer besmet broer, kind besmet ouder of ouder besmet grootouder. Hoe groter het puntje, hoe groter het aantal mensen uit die leeftijdscategorie – het is opgesplitst in leeftijden – dat vanuit de bron op de horizontale x-as naar de ontvanger op de verticale y-as gaat. Met andere woorden, u ziet dat de rode dots het grootst zijn voor de leeftijdsgenoten onderling, maar dat in de periode juli met name kinderen en jongvolwassenen de grootste rode dots hebben die corresponderen met dezelfde leeftijd. Toen hebben we dus een uitbraak gehad die met name plaatsvond onder jongeren. Rood betekent dat de aantallen, wanneer je ze relateert aan een vaccinatie-effect, ook nog eens boven een verwacht effect zitten. Met andere woorden: de transmissie is onder de

ongevaccineerden – dat is het blokje linksonder – gewoon het grootst en verloopt het gemakkelijkst. Dat kunt u hier indirect uit aflezen. Als je kijkt naar de rechter kolom, kijk je naar als de bron gevaccineerd is. Dan kan opnieuw de ontvanger niet gevaccineerd zijn of wel gevaccineerd zijn. U ziet dat zodra de bron gevaccineerd is, er eigenlijk nauwelijks overdracht heeft plaatsgevonden.

De **voorzitter**:

Meneer Paternotte wil ook graag een verduidelijkende technische vraag stellen.

De heer **Paternotte** (D66):

Het is bijna een visueel technische vraag, omdat ik mijn bril eventjes niet bij me heb. Klopt het dat het grootste blauwe bolletje van besmettingen van gevaccineerd op gevaccineerd nog zit tussen zestigers naar zestigers, oftewel de AstraZenecagroep?

De heer **Van Dissel**:

U bedoelt in de rechter grafiek?

De heer **Paternotte** (D66):

Helemaal rechtsboven. Besmettingen van gevaccineerden op gevaccineerden. Is het grootste blauwe bolletje nog de AstraZenecagroep?

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat heeft u op zich helemaal goed gezien. Het is duidelijk dat daar inderdaad het grootste bolletje zit. Maar u ziet wel dat het bolletje aanmerkelijk kleiner is dan in de groepen die ongevaccineerd zijn. Tevens is het bolletje ook blauw gekleurd. Dat betekent dat er weliswaar behoorlijk overdracht is, maar dat je, ervan uitgaande dat het vaccin wat doet, dit krijgt. Ik zeg het misschien ingewikkeld, maar in wezen zit er dus ook een correctie in voor of vaccinatie al of niet deels beschermt tegen overdracht. Blauw betekent dat het dat doet, terwijl rood in deze grafiek betekent dat het dat niet doet.

Maar inderdaad, door juli en augustus te vergelijken, zie je vooral dat effect onder de jongeren en de jongvolwassenen, waarbij er in juli geweldig veel overdracht was en in augustus al wat minder. Maar als je naar de totale transmissiepaden kijkt, moge duidelijk zijn dat de grootste aantallen voorkomen als de bron niet gevaccineerd is en de ontvanger ook niet gevaccineerd is. Dat is eigenlijk wat ik hiermee probeer aan te tonen.

Dan misschien even de samenvatting tot nu toe. We zien dus een toename van de GGD-testvraag. Het percentage positief daalt licht. We zien ook een lichte daling van het aantal meldingen en we hebben al benoemd dat de meldingen een mix worden van personen met en zonder klachten, van personen die in het BCO zijn opgespoord, personen die met een positieve zelftest komen en mensen die terugkomen van een reis en een zelftest doen. Dat gaat allemaal door elkaar heen lopen in die positieve meldingen.

Dan hebben we geconstateerd dat de opnames stabiel zijn, dat die uiteraard recent hoger zijn geweest, maar nu op een stabiel niveau hoger zitten dan ze eind juni waren toen de versoepelingen kwamen en we de geweldige toename hadden. De sterfte heb ik al even benoemd. Die is slechts licht verhoogd. Ik heb u laten zien dat vaccinatie uitermate effectief werkt tegen ziekenhuisopname en ook tegen ic-opname. U kunt in een aantal extra slides nog een voorbeeld uit Engeland zien. Daar is over een periode van maanden gekeken naar de sterfte onder gevaccineerden en niet-gevaccineerden. Dan is er een totale sterfte van ongeveer 40.000 te zien, die met uitzondering van iets van 450 allemaal bij de groep van de niet-gevaccineerden hoorden. Opnieuw een dramatisch voorbeeld van

hoe effectief dat vaccin gelukkig is. Het aantal gevaccineerde personen vakt af. Daar heeft u de vorige uren het nodige over gehoord en we hebben gezien dat er een invloed is van de opening van het onderwijs. Dan wil ik u meenemen naar een aantal resultaten van de modellering. Allereerst het reproductiegetal. De aantallen zijn stabiel in ziekenhuis- en verpleegafdelingen, en dat manifesteert zich ook in een reproductiegetal van rond de 1. Dat is eigenlijk al lang stabiel en of je het nu momenteel uit de meldingen berekent of uit de ziekenhuis- of ic-opnames: het blijft rond de 1, met een geringe spreiding. Die spreiding wordt natuurlijk groter naarmate de aantallen geringer zijn, dus voor de ic heeft u altijd een veel grotere 95-betrouwbaarheidsinterval gezien dan bijvoorbeeld voor de meldingen die op hoge aantallen berusten.

Dan met betrekking tot de prognoses op korte en lange termijn. Een vraag van een van u was uit welke leeftijdsgroep nog de meeste personen worden opgenomen in het ziekenhuis. Dat heb ik ook aan de extra slides toegevoegd, maar hier ziet u dat in feite ook weergegeven. Zowel voor de ziekenhuizen als voor de ic ziet u in de loop van de tijd weergegeven voor de verschillende leeftijdsgroepen wat de bijdrage was aan het aantal opgenomen patiënten. U ziet dat dat voor het ziekenhuis vooral begint bij de groep 50 tot 70. Daar zie je ook de meeste. De alleroudsten komen ook in het ziekenhuis. Als je dan kijkt naar de ic-afdeling, zie je dat de alleroudeste groep minder vertegenwoordigd is. Dat is de groep 80-plus, waarbij ic-behandeling gewoon een hele slechte opbrengst heeft en men daar over het algemeen ook niet toe besluit. U ziet dat het op de ic ook weer vooral de 50- tot 70-jarigen betreft.

Op grond van het feit dat we de meldingen kennen, kunnen we bekijken welk percentage van personen binnen de leeftijdsgroepen die ziek worden, wordt opgenomen. Dat ziet u op deze grafiek weergegeven. Aan de linkerzijde staan de ziekenhuisopnames over de tijd, aan de rechterzijde de ic-opnames. Dit is overigens een semilog-schaal, dus hij is wat in elkaar gedeukt. Als we even naar de linkerzijde kijken, ziet u dat de hoogste lijn paars of rood is. U ziet dat dat de groep 70–80 en de groep 80-plus zijn. Het moge duidelijk zijn dat de kans dat zij worden opgenomen in het ziekenhuis als ze ziek zijn, zo rond de 25% is. U ziet dat dat in de loop van dit jaar, sedert april, qua percentage in ieder geval niet veranderd is. U ziet dat voor de jongste groep het opnamepercentage heel erg laag is. Dat ziet u terug aan de onderzijde, in de grafiek die bruin is. Aan de rechterzijde ziet u hetzelfde, maar dan voor de ic-opnames. Dan is duidelijk dat de groep die aan de linkerzijde bovenaan staat, aan de rechterzijde heel laag is, omdat een 80-jarige over het algemeen nu eenmaal niet naar de ic wordt overgeplaatst. Ook daar ziet u de percentages weergegeven die worden opgenomen.

Waarom vertel ik u dit? Allereerst om uw vraag te beantwoorden, want dat kunt u hier dus in terugzien. U kan ook zien dat de verandering van alfa naar delta daar niet zo veel invloed op heeft gehad. Ook kunnen we met de meldingen van vandaag op grond van deze overdrachtsfunctie gaan berekenen wat er de komende week gaat gebeuren. Je kan dus eigenlijk een vrij betrouwbare inschatting maken van het aantal opnames dat er de komende week, anderhalve week zal zijn. Dat ziet u weergegeven op deze grafiek, in de ziekenhuizen en op de ic. Eigenlijk is het beeld dat we verwachten dat de voorzichtige daling die momenteel speelt, weliswaar heel voorzichtig maar toch, zich nog iets zal voortzetten. Dat is een prognose die eigenlijk een hele korte tijd bestrijkt. De tweede wijze om ernaar te kijken en ook om meer een blik vooruit te werpen, geschiedt op grond van de modellen. In die modellen zitten een heleboel parameters, waaronder uiteraard de vaccinatiegraad en ook hoe goed de verschillende vaccins werken tegen ziekte en met name tegen ziekenhuisopnames en ic-opnames. Dat ziet u weergegeven in de grafiek links, die ik al vaker heb laten zien. Die geeft per leeftijdsgroep weer hoeveel

personen gevaccineerd zijn. Ook is weergegeven welke vaccins zijn gebruikt. Daarnaast staat de effectiviteit. Hoe vertaalt dit zich dan als het wordt doorberekend in het model dat we de hele tijd hebben gebruikt? Dan krijgt u de volgende plaatjes te zien. De blauwe lijn geeft de mediaan weer als er geen enkele versoepeling zou zijn, terwijl in rood de situatie wordt weergegeven als de versoepelingen zouden worden doorgevoerd die in de OMT-brief zijn geïllustreerd. Het moge duidelijk zijn dat we inderdaad – misschien is dat in de modellering te hoog – enige daling verwachten. Vervolgens ziet u dat we op een toename anticiperen, ook omdat het seizoenseffect zich tegen ons gaat keren en de winter komt. Hoe hoog die toename wordt, is dan natuurlijk weer de vraag. Het moge duidelijk zijn dat met de versoepelingen de onzekerheid daarin ... Dat is het rode vlak dat eromheen getekend en ingekleurd is. Dat zijn allemaal mogelijke uitkomsten. Dan zou je toch weer uitkomen op behoorlijke aantallen op de ic.

Hetzelfde geldt voor de ziekenhuisopnames. Ook hier hebben we in het model doorgerekend wat er gebeurt als we niks zouden veranderen en wat als we de veranderingen zouden doen, zoals gesuggereerd in de OMT-brief. Dan zou je van de blauwe lijn naar de rode lijn gaan, met de onzekerheid die daar nou eenmaal voor geldt. Ik kom zo nog heel even terug op die onzekerheid, want dat is natuurlijk wel belangrijk. Die onzekerheid komt met name doordat we slecht kunnen voorspellen wat precies het seizoenseffect is. We zien nu dat niet-immune mensen vaak geaggregeerd zijn. Ze wonen bij elkaar en binnen dat soort groepen zou je daardoor dus toch plotselinge snelle verspreiding kunnen zien. Wat natuurlijk ook geldt, is dat je verwacht dat het virus sneller rondgaat naarmate maatregelen worden afgeschaald. Dus ook personen die op dit moment niet gevaccineerd zijn, zouden daardoor in principe eerder in contact kunnen komen met het virus.

De voorzitter:

Een verduidelijkende technische vraag van mevrouw Gündoğan.

Mevrouw Gündoğan (Volt):

Ja, inderdaad. Ik heb een korte vraag: mag ik, als de peildatum naar 1 november gaat met de bandbreedtes die daarbij horen voor wel of niet versoepelen, stellen dat we heel veilig zijn als we onder of rondom de 40 ic-bedden zitten? Als we boven de 160, 170 ic-bedden zitten, hebben de versoepelingen dan dus een zeer negatief effect. Dat is dus een graadmeter die we mee kunnen nemen om te zien of het dan goed gaat of misgaat.

De heer Van Dissel:

U geeft aan dat je door deze lijnen te volgen – die modellering wordt natuurlijk steeds aangepast aan de laatste getallen – een soort voorspelling kunt doen. Op het moment dat je ze uit elkaar ziet gaan, weet je dan hoe het in de periode daarna zal gaan. En dat klopt, hè. Zo hebben we dat eigenlijk ook steeds gedaan. Maar de onzekerheid is hier toch wel aanzienlijk. Het is dan een kwestie van welk risico u uiteindelijk wilt nemen met betrekking tot de versoepelingen. Wij kunnen alleen maar proberen om de scenario's uit te rekenen en de consequenties van de scenario's presenteren. Dat is eigenlijk wat we proberen te doen. Zo is het ook verwoord in de OMT-brief en zo wordt het ook getoond aan de bewindslieden.

U kunt zich voorstellen dat dat model werkt met allemaal overdrachtsvergelijkingen en dat soms bepaalde waarden een geweldige invloed kunnen hebben op de uitkomst. Dat noem je sensitiviteitsanalyse, want als bijvoorbeeld de effectiviteit van vaccinatie niet 95% maar 92% of 90% zou zijn, dan kan dat meteen een fors effect hebben op de aantallen. Dat is wat u hier eigenlijk weergegeven ziet. U ziet opnieuw twee velden van vier

blokken. Het gaat, denk ik, eigenlijk om de bovenste blokken en om het verschil tussen beide. Daarbij zie je toch een fors verschil tussen de voorspellingen van het aantal potentiële ziekenhuisopnames. Dat is gelegen in het feit dat de effectiviteit van vaccinatie hier wat wordt gewisseld.

We willen hiermee alleen maar aangeven dat er inderdaad behoorlijk wat onzekerheden zijn. Als die onzekerheden wat minder goed uitpakken dan we gedacht hadden, dan kan dat behoorlijke effecten hebben op de resultaten en op de aantallen waarmee we te maken krijgen. Die aantallen zijn toch kritisch, hè, want u heeft ook gehoord dat de zorg momenteel eigenlijk de belasting al niet meer aankan. 200 ic-bedden is eigenlijk al het maximum. Omdat het zo stabiel is en we gaan versoepelen en we meer contacten gaan krijgen, kan het eigenlijk niet anders dan dat het omhooggaat. Uiteindelijk moet het beleid een bepaalde modus vinden om dat op elkaar af te stemmen. Dat betreft natuurlijk niet de ic, maar de toegang tot de gehele zorg, van de huisarts en de wijkverpleegkundige tot en met de verpleeghuizen.

Waar hangen die prognoses dan van af? Ik heb een aantal dingen al genoemd, maar er zijn dus nogal wat onzekerheden, omdat we die achtergrondincidentie moeilijk kunnen inschatten. Zoiets als import uit het buitenland kunnen we natuurlijk niet meenemen in het model, want dat kan elke keer weer wat anders zijn. Dat is dus een onzekere factor die kan toevoegen aan de verspreiding.

De circulatie in groepen met een lage vaccinatiegraad is een belangrijke, want de vaccinatiegraad – u heeft het net ongetwijfeld gehoord – is niet homogeen door Nederland maar inhomogeen. Dat wil zeggen dat er clusteringen zijn van groepen, bijvoorbeeld scholen waar die geclusterd samenkomen. Daar zou je toch snelle toename kunnen zien. Daar kun je schakelingen van kleine uitbraken achter elkaar krijgen, wat toch maakt dat de vraag naar zorg weer behoorlijk toeneemt. Wat natuurlijk ook onzeker is, is in hoeverre de versoepeling en het loslaten van de 1,5 meter de contactpatronen veranderen, waardoor zowel de verspreiding bij de niet-gevaccineerden als de doorgifte door gevaccineerden plotseling hoger wordt. Daardoor kun je clusters krijgen en die clusters en die superspreading – we hebben dat bijvoorbeeld gezien in de disco en de horeca – kunnen plotseling leiden tot een sterke stijging in de aantallen. Dat was eigenlijk een groep niet-immunen die bij elkaar kwam en intensief met elkaar omging.

Kort het OMT-advies. U heeft het, neem ik aan, al kunnen inzien. Ik denk dat een aantal consequenties van belang is. Allereerst zeggen we dat terug naar normaal echt onwaarschijnlijk is. Ik verwijs u daarvoor naar een rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid en de KNAW over de scenario's op de langere termijn en de consequenties van de verschillende scenario's voor de voorbereiding van de overheid. Het is een zeer interessant rapport dat eigenlijk aangeeft dat er een aantal drivers zijn die maken in welk scenario je zal komen, bijvoorbeeld of het virus al of niet muteert. Een worstcasescenario zou natuurlijk zijn dat er plotseling een virus ontstaat dat niet meer op vaccinaties reageert of daar zover van afstaat dat vaccinatie daar niet tegen beschermt. U ziet in het grafiekje weergegeven wat je dan kan verwachten.

Dat is misschien niet het meest waarschijnlijke scenario, maar u ziet ook de griep-plus en de externe import. Nederland is toch een hub in Europa en we hebben veel contacten die de virusvarianten binnen zouden kunnen brengen. Verder is er de mogelijkheid dat het misschien toch wegloopt van de vaccinatie, waardoor het continu aanwezig blijft. Er zijn de consequenties voor het gedrag, want u kunt zich voorstellen dat de motivatie om je aan de maatregelen te houden ook verandert als er sprake is van een worst case of we continu de strijd aangaan. Maar dat geldt ook voor de motivatie om te vaccineren. De immuniteit kan al of niet «wanen». Dat zijn allemaal onderdelen die in het rapport worden benoemd. U wordt

daarin meegenomen naar de verschillende scenario's die daarbij horen. Ik denk dat het zeer leesbaar is. Het wordt in het OMT-advies vooral aangehaald, omdat het in ieder geval duidelijk maakt dat we niet moeten denken dat we er al zijn. Dat geldt zelfs met een hogere vaccinatiegraad, zolang de rest van de wereld niet gevaccineerd is.

Dan hebben we in het OMT natuurlijk de verschillende doelen. Die zijn niet veranderd en die laat ik dus even voor wat ze zijn. Dat zijn de toegang tot de zorg, en dan de hele brede zorg, en het beschermen van de kwetsbaren. Dat is een hele belangrijke, denk ik, ook met betrekking tot vaccineren. Verder willen we natuurlijk zicht houden op het virus. In het OMT hebben we verschillende scenario's besproken en die vindt u terug in de OMT-brief. Er was weinig discussie over het aanhouden van de basisregels en een aantal collectieve maatregelen. Dat geldt ook voor verplichtingen met betrekking tot bijvoorbeeld dat aspect van import uit het buitenland. Iedereen is het erover eens dat vaccinatie echt 1 tot 100 staat, want als de vaccinatiegraad aanzienlijk hoger zou zijn, dan zouden er veel meer versoepelingen mogelijk zijn. Er wordt daarvoor onder andere verwezen naar Denemarken, waar het inderdaad hoger is. De verspreiding onder niet-immune mensen zal dan immers een stuk minder zijn. Dat is wat ons betreft echt het belangrijkste onderdeel van de advisering voor de aanpak.

Daarnaast is er natuurlijk discussie over de veiligeafstandsnorm en het feit dat als je die loslaat, er allerlei consequenties komen. Men komt dan meer met elkaar in contact en dan verwacht je dus dat er meer contacten zijn. Het OMT vond het toch belangrijk om in situaties waarvan we uit het verleden weten dat er veel verspreiding kan plaatsvinden, een koppeling te doen met het coronatestbewijs.

Dan de laatste slides voor nu. Corona is helaas niet voorbij. Er is nog een groot deel van de wereld dat nog wel twee jaar lang op vaccins wacht. Daar kan toch verspreiding zijn en er kunnen nieuwe varianten ontstaan. Dat blijft een belangrijke zorg. Het is belangrijk om daarin te investeren, denk ik. De vaccinatiegraad is helaas nog onvoldoende om te zeggen dat we in één keer alles kunnen versoepelen. Dat betekent dat we enerzijds het coronatoegangsbewijs belangrijk achten, omdat we meer contacten gaan maken. Anderzijds achten we het belangrijk dat het stapsgewijs gebeurt. Het OMT geeft er dan de voorkeur aan om de disco's en de nachthoreca niet te openen. U heeft gehoord dat het beleid, ook vanwege allerlei andere overwegingen, een iets andere keuze heeft gemaakt en het aan de tijden heeft gekoppeld. Dat leest u terug in het OMT-advies. Het gebruik van het coronatestbewijs is natuurlijk belangrijk. Waarom is dat belangrijk? De data die wij hebben beoordeeld, komen met name uit een aantal grote studies uit bijvoorbeeld Engeland, maar ook uit een studie van Radboud en Erasmus in Nederland. De kans dat iemand die niet gevaccineerd is en niet immuun is het virus bij zich draagt, ook al heeft hij een negatieve antigensneltest, is altijd nog groter dan de kans dat iemand die niet wordt getest maar gevaccineerd is, het virus bij zich draagt. Met andere woorden betekent dit dat de toepassing van het coronatoegangsbewijs gaat bijdragen aan het tegengaan van de verspreiding. Aan de onderzijde ziet u nog een aantal dingen, maar die heeft u waarschijnlijk in de OMT-brief gelezen. Gezien de tijd denk ik dus dat ik het hierbij laat.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we naar de Kamerleden die de enkele vraag bewaard hebben tot deze ronde. Mevrouw Van den Berg namens het CDA.

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

Dank u wel, voorzitter. We krijgen zo meteen ook weer allemaal het griepvaccin, althans bepaalde groepen die dat al jaren krijgen. Kan dit

vaccin je lichaam beïnvloeden, waardoor het coronavaccin meer of minder effectief is?

De heer **Van Dissel**:

We verwachten niet dat daar een interactie is. Dat betekent niet dat je ze tegelijkertijd moet zetten zonder dat er onderzoek gedaan is. Dat is ook nog wel iets. Met betrekking tot griep is het volgende belangrijk. In de toegevoegde plaatjes ziet u een verwijzing naar een studie en wat grafieken. Die tonen dat als er geen griepuitbraak in het seizoen is geweest, zoals het afgelopen jaar, je het jaar erop gemiddeld genomen een uitbraak kunt verwachten die 58% heftiger is. Dat hoeft niet te betekenen dat dat weer meteen allerlei problemen geeft, maar we hebben natuurlijk al een jaar gehad waarin de toegang tot de zorg problematisch werd in het griepseizoen, ook zonder dat het het jaar ervoor laag was. Ik denk dus dat een oproep aan de groepen en aan zorgmedewerkers om gebruik te maken van de griepvaccinatie, heel erg belangrijk is. Interactie zoals u die noemt, kennen we in ieder geval nog niet.

De **voorzitter**:

Meneer Hijink van de SP.

De heer **Hijink** (SP):

Dank, voorzitter. Ik had een vraag over de toegangsbewijzen. Ik vind het moeilijk te doorgronden hoe dat precies zit. De gedachte is dat een toegangsbewijs helpt om verspreiding te voorkomen. Tegelijkertijd zegt het OMT in het advies dat het verstandig zou zijn om de nachthoreca nog dicht te houden. Maar als een toegangsbewijs werkt, zou je toch niet hoeven adviseren om de nachthoreca dicht te houden? Hoe kunt u dat uitleggen?

De heer **Van Dissel**:

Het verschil is dat als de ongevaccineerde groep in de nachthoreca te groot is, dat een hele snelle verspreiding kan geven. Dat is in juli gewoon gedemonstreerd. Ik heb u net gezegd dat het testen de kans verlaagt dat de niet-gevaccineerden toch positief zijn, maar het maakt die kans niet nul. Ook onder de gevaccineerden heb je nog kans, weliswaar een kleinere kans, op dragerschap. De kans op uitbraak in de nachthoreca hangt dan af van de mix die wordt gemaakt en van het aantal mensen dat ongevaccineerd is. Dat laatste weten we natuurlijk niet bij het openen. Vandaar ons advies. We hebben gezien dat dit gewoon een risicosetting is. We hebben dat in juli blijkbaar niet onder controle gehad. Er is een aantal verbeteringen doorgevoerd waarmee het de volgende keer hopelijk veiliger kan, maar in het kader van een stapsgewijze versoepeling waarbij je niet in één keer alles doet, vonden we dit gewoon een te hoog risico. Daar komt het eigenlijk op neer.

De **voorzitter**:

Mevrouw Gündoğan namens Volt.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik zit toch echt even met de ic's. Ik krijg een stuk doorgestuurd en ik zie dat er op dit moment al iets van 800 bedden in gebruik zijn. Dat zijn niet alleen coronapatiënten, maar ook mensen met andere ernstige aandoeningen. Als het aantal opgenomen patiënten stijgt, kan de capaciteit eerst omhoog naar 1.150 bedden – blablabla; dan moet er strenger beoordeeld worden – en uiteindelijk 1.350. Ik krijg door dat we met het versoepelen toch echt gewoon gaan spelen met die capaciteit. Ziet u dat ook zo of maak ik me nou erg druk? Ik zeg dit zeker gezien het zorginfarct dat gaande is.

De heer **Van Dissel**:

Nee, ik denk dat u terecht opmerkt dat we wel risico's nemen. Maar daar staat natuurlijk tegenover dat de maatschappij ook aangeeft, denk ik, dat het niet maar door kan gaan. U refereert aan de ic-capaciteit. Die heeft natuurlijk een maximum. We zitten momenteel op zo'n 200 ic-bedden voor covid. Dat zou met eventuele bedden voor influenza, dus griep, nog wat kunnen toenemen, maar er zit natuurlijk een top op. Je kan niet maar doorgaan. In ieder geval hebben de ic's zelf heel duidelijk aangegeven dat ze de aantallen die ze initieel moesten verwerken in maart vorig jaar, nu gewoon aankunnen. Ik denk ook dat het belangrijk is te realiseren dat de ic's natuurlijk ook gewoon nodig zijn om alle operaties in de meer routinematige zorg mogelijk te maken, of de opvang van ongelukken. Ic's zijn dus een kritisch iets, maar dat kunt u voor huisartsen en wijkverpleegkundigen op eenzelfde manier zien, maar dat vertaalt zich misschien minder dramatisch naar de directe zorg voor de patiënt. Dat is dus een top. Wat kunnen we doen als belangrijkste maatregel om ervoor te zorgen dat we daar niet komen? Ik kan het alleen maar weer herhalen: vaccineren.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Van Houwelingen van Forum voor Democratie.

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

Ja, dank. Vorige week is een artikel verschenen van Carla Peeters, een immunoloog. Daarin stelt zij, ik citeer: «Uit meerdere wetenschappelijke studies» – ze haalt er vijftien aan – «is inmiddels gebleken dat de immuniteit na een natuurlijke infectie een betere bescherming geeft dan een immuniteit na een COVID-19-vaccinatie.» Ik heb daar de vorige keer ook wat over gevraagd. Een van die studies waaruit dit bleek is de Naturestudie waarop ik u de vorige keer wees, van mei 2021. De Rockefellerstudie, waar het ook uit bleek, deed u af als een reageerbuisstudie. Het RIVM doet zelf natuurlijk ook aan reageerbuisstudies. Een van de eigen studies, een studie van begin dit jaar, wijst uit ...

De **voorzitter**:

Ik denk dat uw vraag duidelijk is, meneer Van Houwelingen.

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

Maar ik moet het wel even kunnen toelichten.

De **voorzitter**:

Oké.

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

Anders krijg ik ongetwijfeld hetzelfde antwoord als de vorige keer. Als u mij 90 seconden geeft, kan ik het toelichten. Het PIENTER-coronaonderzoek van het RIVM maakt ook gebruik van reageerbuisstudies en kwam tot de conclusie dat na zeven maanden 92% van de geïnfecteerden nog beschermd is. Deze studie uit Qatar, onder 23.000 mensen ...

De **voorzitter**:

Meneer Van Houwelingen, ik grijp nu echt in. U moet nu uw vraag stellen.

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

De vraag is nu ... De laatste studie – als ik dat nog mag zeggen – is de belangrijkste studie. Die is namelijk van twee weken geleden. De vorige keer konden we dat in de beantwoording niet meenemen. Dat is een Israëlische studie waaruit blijkt ... Dat is dus geen reageerbuisstudie, maar een epidemiologische studie, waaruit blijkt dat geïnjecteerden in vergelijking met geïnfecteerden een veel grotere immuniteit hebben tegen

de deltavariant. Ze zijn dus langer beschermd, ze hebben minder ziekteverschijnselen ...

De voorzitter:

Dat is duidelijk. Nu uw vraag.

De heer Van Houwelingen (FVD):

De vraag is dezelfde als de vorige keer. Ik hoop dat u de vraag serieus neemt. Bent u van mening, als u naar de huidige stand van de wetenschap kijkt, dat het gezien al deze studies aannemelijker is dat een natuurlijke infectie na één jaar een betere bescherming biedt voor bijvoorbeeld de deltavariant dan een injectie? Dat is de vraag.

De heer Van Dissel:

Het antwoord is natuurlijk ... Waarom vaccineer je? Dat doe je om bescherming te bieden tegen een ziekteverwekker, zonder de risico's van het doormaken van een infectie. Zo simpel is het. U zegt in feite: laat covid maar rondgaan, want dan leidt dat tot een overflow van de ic en een boel sterfte; daarna heb ik misschien een bevolking over die meer beschermd is. Dat is natuurlijk niet wat we willen.

De voorzitter:

Nee, meneer Van Houwelingen vroeg of u bevestigt dat een natuurlijke infectie een betere bescherming biedt ...

De heer Van Houwelingen (FVD):

Dat was mijn vraag.

De voorzitter:

Hij vroeg niet naar de consequenties.

De heer Van Dissel:

Een natuurlijke infectie ... In theorie zou dat kunnen. Ik heb van u niet een studie gehoord die dat ook meet. Dan zou je moeten kijken wat de verschillen zijn tussen bijvoorbeeld herinfecties en vaccinaties. Dat hebben we niet. We weten dat een doorgemaakte infectie natuurlijk beschermt tegen bijvoorbeeld ziekte en ziekenhuisopname, maar vaccinatie ook. Daar moet u dan verschil in aantonen. De studies waaraan u refereert en die wij zelf natuurlijk ook doen, stellen vast hoeveel antistoffen er zijn en wat de karakteristieken van de antistoffen zijn. U verwijst naar verschillen. Bij vaccineren is het volgende belangrijk. Als je een belangrijk eiwit van het virus dat essentieel is voor het ziekmakend vermogen van het virus, het spike-eiwit, door antistoffen laat bedekken waardoor het zijn werking niet kan doen, dan beschermt het tegen infectie. Als je een natuurlijke infectie doormaakt, krijg je niet alleen antistoffen tegen dat spike-eiwit maar ook tegen een heleboel andere, zoals het N-eiwit, die misschien helemaal niets met de initiële immuunpathogenese van doen hebben. Ik begrijp dus niet goed waar u naartoe wilt. De essentie is toch dat je iemand bescherming wilt bieden zonder de risico's van het doormaken van een infectie, die op z'n minst zo goed is. En dat zien we met vaccineren.

De voorzitter:

Mevrouw De Vries van de VVD.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

De slide staat nog mooi open, zie ik. Dank voor de toelichting. Als ik het goed begrijp, gaat die slide over een niet-gevaccineerd iemand die wel getest is en een gevaccineerde. Er zit dan verschil in de besmettelijkheid van die personen. Ik was benieuwd hoe groot dat verschil is en of er een

aantal indicaties zijn aan te geven vanuit Nederlands onderzoek en de fieldlabs.

De heer **Van Dissel**:

U verwijst naar het fieldlabrapport. Daar staat dat inderdaad ook in. Daar staat een tabel in waaruit dit komt. Het geeft precies hetzelfde aan, alleen relateren zij het aan ziekenhuisopnames. Dan zie je eigenlijk dezelfde effecten. Ze maken tussen nog meer situaties onderscheid dan wij. Dit is wat we praktisch doen. Het tweede is een Nederlands onderzoek vanuit het Radboud en het Erasmus en inmiddels ook het buitenland. Daar is naar het volgende gekeken. Als iemand het virus in de keel draagt – althans, als je dat kunt aantonen met de moleculaire test – dan wil dat niet altijd zeggen dat dat een compleet virus is dat zich in een celkweek of bij een volgende persoon kan vermeerderen. Je toont immers maar hele kleine stukjes aan. Het aardige van de uitkomst van die studie is dat ze een belangrijk verschil vinden tussen gevaccineerde personen en niet-gevaccineerde personen, en dan niet zozeer in de hoeveelheid aantoonbaar virus in de keel. Je leest ook wel in de krant dat met een PCR-test de aantallen nog steeds heel hoog kunnen zijn, ook na vaccinatie. Maar ze laten heel mooi zien dat de besmettelijkheid – met andere woorden: heb je ook een compleet virus? – een stuk lager is in de groep die gevaccineerd is. Alleen kijken naar de PCR-test is hier dus onvolgende. Je moet ook kijken of het een in potentie besmettelijk virus is. Daar zien zij dus verschil in. Los daarvan vindt u in bijvoorbeeld de Engelse studies van Pouwels terug dat als je de groepen vergelijkt die wel en niet gevaccineerd zijn, er ongeveer een factor 2 of 3 zit tussen hoe vaak je het uiteindelijk besmettelijk terugvindt in de keel van iemand die gevaccineerd is versus van iemand die niet gevaccineerd is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Bikker namens de ChristenUnie.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Voorzitter, dank u wel. Het is altijd weer kiezen, met zo veel informatie en één vraag. Allereerst dank aan de heer Van Dissel voor opnieuw een uitgebreide presentatie. Bij de voorbereiding van deze technische briefing had ik gevraagd – dat sluit wel aan op de vraag van mevrouw Gündoğan – hoe de personele bezetting op de ic's zich verhoudt tot de keuzes die het OMT maakt, ook op de wat langere termijn. We zien eigenlijk dat de personele bezetting terugloopt, ondanks de wens tot opschalen waarin ook is geïnvesteerd, ook in nieuw personeel. Is dat van invloed geweest op het OMT-advies? Op welke wijze?

De heer **Van Dissel**:

U verwijst eigenlijk wel naar een vraag die typisch voor het beleid is: hoe ga je om met de schaarste aan personeel en bedden? Dat is niet iets waarover het OMT adviseert. U kunt zich wel voorstellen dat wij, in het kijken naar de prognoses, meenemen wat de prognoses zouden inhouden als die ook gerealiseerd worden met betrekking tot wat er op de ic mogelijk is. Vandaar dat verschillende suggesties gaan over hoe je dat het beste zou kunnen oplossen. Maar ik denk dat het een feit is dat de ic's geweldig onder druk staan, ook om de reguliere zorg te doen, en dat we ons eens moeten realiseren dat elke versoepeling dat in potentie heftiger kan maken. Dat leest u hier ook terug. Wij zeggen niet: de 1,5 meter stopt, ga nu allemaal op elkaar lopen. Daar zit nog wel een belangrijk verschil tussen. De 1,5 meter had een heleboel consequenties daar waar we adviseren om ruimte te geven. Vandaar dat je afziet van de 1,5 meter afstand als regel. Dat betekent niet dat het als advies niet door kan gaan. Zo zijn er meer dingen, zoals de basisregels. Het allerbelangrijkst is: bij

klachten, blijf thuis en doe testen. Dat maakt allemaal dat het zwarte scenario uiteindelijk misschien niet hoeft uit te komen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Pouw-Verweij van JA21.

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

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel voor zijn duidelijke presentatie. Ik had een vraag over de onzekerheden bij de langetermijnprognose. Daar werd wat gezegd over de lokale circulatie in groepen met een lage vaccinatiegraad en schakelingen van kleine uitbraken. We hebben het met de Gezondheidsraad natuurlijk net gehad over de groepen waar we nu nog weinig vaccinatie zien. Ik vroeg me af of de heer Van Dissel dit in al deze groepen verwacht of dat hij dan aan een specifieke groep denkt. Ikzelf denk bijvoorbeeld aan de biblebelt, waar we zien dat de vaccinatiegraad achterblijft. We weten ook dat daar al heel veel infecties zijn geweest tijdens de eerste en de tweede golf. Verwachten we daar dan ook nog infectiegolven of niet?

De heer Van Dissel:

Dit is een belangrijk punt. We hebben eerder in een scenario geschat hoeveel personen in Nederland nog niet immuun zijn en het virus nog kunnen krijgen. We kwamen toen op een aantal van zo'n 1,8 miljoen. Dat vertaalt zich dan weer, omdat de leeftijden natuurlijk belangrijk zijn, naar een bepaalde potentiële zorgbelasting van tegen de 3.000 ic-bedden. Die wil je natuurlijk niet allemaal tegelijk hebben. Kijk, uiteindelijk heeft u gelijk dat er natuurlijk gebieden zijn waar de vaccinatiegraad weliswaar laag is, maar waar het aantal infecties ook al hoog geweest is. Maar de essentie is helaas toch dat ondanks dat we zo tegen de 80%, 85% zitten, de groep die nog niet gevaccineerd is domweg te groot is. Als we met z'n allen tegelijkertijd versoepelen, terecht, gaat het virus eigenlijk gewoon meeliften op de versoepelingen om uiteindelijk ook weer makkelijker de niet-gevaccineerden te bereiken. Dat is nou eenmaal zo. Niet-gevaccineerden onderling zullen natuurlijk ook met de versoepeling meegaan, dus ook daar zal het makkelijker gaan. Het is een beeld dat een beetje vergelijkbaar is met wat we ongeveer elke tien jaar met de mazelen hebben. Maar het is niet alleen de biblebelt; er zijn ook andere gebieden, met name in grote steden, vaak wijksgewijs, waar de vaccinatiegraad lager ligt. Omdat bijvoorbeeld de kinderen uit die groepen samenkomen op scholen, kunt u zich voorstellen dat ... Dat bedoelen we met die aggregatie en de clustering. Dat kunnen juist bronnen zijn waardoor het weer de gezinnen in komt en zich binnen de gezinnen verspreidt. Ja.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan mag ik ten slotte voor mijn vraag het voorzitterschap overdragen aan mevrouw Van den Berg.

Voorzitter: Van den Berg

De voorzitter:

Hierbij is het woord aan mevrouw Agema voor haar vraag aan meneer Van Dissel.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel. We hebben Minister De Jonge de afgelopen week een aantal keren in de journaals horen zeggen dat 90% van de mensen op de ic's ongevaccineerd is. Om dat te kunnen controleren, heb ik van tevoren de vraag ingediend hoe onderscheid kan worden gemaakt tussen de 200 mensen die op de ic liggen. Hoeveel mensen zijn ongevaccineerd, hoeveel mensen hebben er één prik gehad en hoeveel twee? Ik krijg de indruk dat

u dat bedoeld hebt te beantwoorden met sheet 15, deze sheet. Maar ja, ik ben natuurlijk geen statisticus of wetenschapper zoals u. Kloppen de woorden van de Minister als hij zegt dat op dit moment 90% van de mensen op de ic ongevaccineerd is?

De heer Van Dissel:

Ja, dat is ... Dus u vraagt mij om de Minister ...

Mevrouw Agema (PVV):

Ik probeer de Minister te controleren op die uitspraak en u bent eigenlijk de enige die dat kan ophelderen.

De heer Van Dissel:

Daar zijn een aantal dingen over te zeggen. Als je vanaf de start van de vaccinatie meet – hier ziet u de grafiek die ik heb uitgelegd voor de ziekenhuisopnames, voor de ic-opnames – dan zie je opnieuw hetzelfde beeld. Dan is duidelijk dat als je vanaf de start van het vaccineren kijkt – dat wordt geloof ik ook in het artikel genoemd – het niet 9 van de 10, maar zelfs 95 van de 100 is. Dan is het zelfs nog meer. Het is wel belangrijk dat u dit punt inbrengt. Want naarmate de groep die gevaccineerd wordt steeds toeneemt, zou je uiteindelijk best een situatie kunnen krijgen dat op de ic de helft gevaccineerd en de helft niet-gevaccineerd is. Dat is geen teken dat de vaccinaties niet werken. Eigenlijk is het een teken van succes, omdat je zo veel mensen hebt. Daar zitten we ergens tussenin. In theorie zou je hier kunnen uitrekenen of op dit moment zo'n uitspraak klopt. Ik denk dat die momenteel aardig in de richting komt. Maar omdat het effect van de vaccinatie steeds groter wordt, zal je zien dat misschien op den duur relatief meer gevaccineerden op de ic komen. Het is misschien wel belangrijk om toe te voegen dat de reden om naar de ic te gaan dan vaak een andere is. Wat bedoel ik daarmee? Als iemand ziek wordt en koorts krijgt – het geldt bijvoorbeeld ook voor griep – dan heeft elke graad lichaamstemperatuurverhoging ongeveer tot gevolg dat het hart acht tot tien slagen extra moet kloppen en dat de stofwisseling sneller moet gaan. Dat redt niet iedereen, want het is eigenlijk vergelijkbaar met de trap op lopen en niet iedereen kan continu de trap op lopen. Je verwacht dat op den duur relatief meer oudere personen worden opgenomen die onderliggende medische problemen hebben, covid krijgen en het dan gewoon niet redden. Dat is iets anders dan wat we vooral tot nu toe hebben gezien, namelijk dat covid vooral omwille van complicaties van bijvoorbeeld stolling leidt tot benauwdheid, tot longembolie en tot ziekenhuisopname en ook het ontstekingsbeeld daarbij. Het is ingewikkelde dynamiek. De beantwoording van de vraag is dus geen simpele. Van het begin af aan genomen zeker, maar op den duur zou het relatief ietsje meer kunnen worden. Ik denk dat we op dit moment nog steeds op negen van de tien uitkomen, niet alleen in Nederland. In Amerika liggen er zelfs nog dramatisch meer niet-gevaccineerden. Ik hoorde recent dat er in Suriname ook dit soort getallen zijn. Momenteel is de situatie eigenlijk nog dat de overgrote meerderheid niet gevaccineerd is.

De voorzitter:

Meneer Van Dissel, bedankt voor het antwoord. Ik geef mevrouw Agema het voorzitterschap terug.

Voorzitter: Agema

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we bij dezen aangekomen bij het einde van de technische briefing, waarin we zijn bijgepraat over corona. Ik dank de heer Van Dissel voor zijn bijdrage. Ik dank de Kamerleden voor hun vragen en

hun aanwezigheid. Ik dank de Dienst Verslag en Redactie, de technische dienst, de griffier, de bode natuurlijk en iedereen die anderszins bij deze technische briefing betrokken is. Ik sluit de vergadering.

Sluiting 19.51 uur.