

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1295

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 17 juni 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 2 juni 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 voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Esmeijer

Voorzitter: Agema
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn elf leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Van Esch, Gündoğan, Kuiken, Kuzu, Van Meijeren, Paternotte, Pouw-Verweij, Aukje de Vries en Westerveld,

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

Aanvang 13.31 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Ik open deze technische briefing van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. We krijgen vandaag een update over het coronavirus. We hebben dat verdeeld in drie blokken. Allereerst zal de heer Van Dissel zijn briefing houden. Daarna volgen in blok 2 de heer Kullberg en in blok 3 de heer Van Delden.

Ik heet mijn collega's van harte welkom. Dat zijn mevrouw Gündoğan van Volt, de heer Paternotte van D66, mevrouw Van den Berg van het CDA, mevrouw Westerveld van GroenLinks, mevrouw De Vries van de VVD en mevrouw Pouw-Verweij van JA21. Wellicht komen er nog een paar collega's binnen. Jawel, daar komt mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren.

Ik stel voor dat we drie vragen kunnen stellen en dat we zelf kunnen kiezen wanneer we die drie vragen stellen. U kunt ze alle drie in het eerste blok stellen, u kunt een vraag per blok stellen of u kunt ze, als u alle vragen aan de heer Van Delden wilt stellen, bewaren tot het laatste blok. Ik heet ook de mensen van harte welkom die op afstand deze technische briefing volgen. Ik heet ook nog mevrouw Kuiken van de Partij van de Arbeid van harte welkom.

Ik geef allereerst het woord aan de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Zijn presentatie is ook te vinden op de website van de Tweede Kamer.

Blok 1

Gesprek met:

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

De heer Van Dissel:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik wil u kort meenemen in een update van de huidige epidemiologie en de duiding die we daaraan geven. En er zijn een aantal specifieke vragen gesteld. De antwoorden op de vragen die ik meen te moeten beantwoorden, voeg ik toe aan het einde van de presentatie. Daar komen we misschien kort bij stil te staan. Die gaan onder andere over de Indiase variant.

De eerste sheet toont weer het bekende overzicht. Daar is verder niets in veranderd, behalve dat de getallen elke keer worden geüpdatet. U ziet dat er inmiddels globaal 171 miljoen bevestigde gevallen zijn en dat zo'n 3,5 miljoen zijn komen te overlijden.

Dan het epidemiologisch beeld in Nederland. Aan de linkerzijde ziet u weer het aantal meldingen, en daarboven ook het aantal testen genoemd. U ziet ook het percentage positieve testen weergegeven en de verandering van de afgelopen week ten opzichte van de week daarvoor. U ziet eigenlijk dat zowel het aantal testen omlaag is gegaan als ook het aantal meldingen. Aan de rechterzijde ziet u hetzelfde beeld, maar dan voor de ziekenhuisopnames en aan de onderzijde voor de ic-opnames. U ziet dat het aantal opnames per week fors is gedaald over de afgelopen weken en dat een evidente daling is ingezet, die er alles van heeft dat die nog even

doorgaat. Als je naar de getallen kijkt, moge duidelijk zijn dat die stukken lager zijn dan eigenlijk nog maar kortgeleden. Dus de daling die ingezet is, is ook een hele forse daling.

Dat kunt u ook terugzien in deze berekening. We hebben destijds een zevendaags voortschrijdend gemiddelde genoemd en een bepaald percentage verandering daarin. Dat is hier doorgetrokken tot afgelopen week. Wat u kunt zien, is dat de afname zich heeft voortgezet. We hebben inmiddels zowel wat betreft de ic- als de ziekenhuisopnames een belangrijke afname gezien, die uiteindelijk rond de 70% uitkomt. Er zijn altijd kleine verschillen tussen de wijze waarop NICE en het LCPS de gegevens bijhouden. U kunt zich voorstellen dat als de een 's ochtends belt en de ander 's middags, daar wat veranderingen in kunnen zijn. Maar het beeld in beide databases is identiek. En dat is er één van een snelle daling van de ziekenhuis- en ic-opnames. U ziet helemaal aan de rechterzijde de piekwaarden weergegeven. Die piekwaarden hadden we een week of vijf geleden.

Dan het aantal besmettelijke personen in Nederland. Ook daar ziet u na een piek die eigenlijk alle eerdere pieken oversteeg, een consistente daling, inmiddels tot onder de 100.000. Het zijn getallen van 24 mei. Met de R-waarde die u zo zult horen, maar die in de buurt van de 0,8 en 0,85 ligt, betekent dit dat we op dit moment in Nederland tussen de 50.000 en 60.000 personen hebben die besmettelijk zijn. Aan de rechterzijde ziet u nog even weergegeven dat de kaart van Nederland heel egaal is wat betreft het aantal meldingen. Dat betekent dat er eigenlijk geen echte hotspots meer zijn. Er zijn er natuurlijk altijd een paar die er nog iets uitspringen, zoals in regio Twente, Noord-Limburg en Noord-Brabant. Ook in een gebied in Zeeland zijn er wat meer, maar over het algemeen genomen is het vrij egaal.

Die afname kunnen we ook zien aan de rioolwater surveillance. Wij hebben het daar al eerder kort over gehad. Ik wilde u laten zien dat dit een gevoelig instrument is om die veranderingen waar te nemen. Voor zo'n 350 locaties wordt het rioolwaterzuiveringsgebied bepaald. Bij die installaties wordt bemonsterd en in die bemonstering wordt nagegaan hoeveel virusdeeltjes daarin aantoonbaar zijn, via de moleculaire methode. Aan de linkerzijde op sheet 5 ziet u de absolute waarden die worden berekend. Het gaat eigenlijk om het overall-beeld. U kunt dat vergelijken met het kleinere kaartje dat zich daarnaast bevindt, dat van een aantal weken terug dateert. Wat opvalt, is dat de kleuren veel lichter zijn geworden. Als u op de schaalverdeling kijkt, ziet u dat dit samengaat met een duidelijke vermindering van het aantal virusdeeltjes dat bij die rioolwaterzuiveringsinstallaties wordt aangetroffen.

Dit is onderzoek dat het RIVM samen met alle waterschappen uitvoert en dat straks zijn waarde moet bewijzen, denken wij, als wij er op een gegeven moment toch toe overgaan om teststraten te sluiten en meer te vertrouwen op een dergelijke indirecte surveillance.

Aan de rechterzijde ziet u de locaties die stijgen dan wel dalen. Ook daar is ziet u lichte kleuren, ofwel lichtgroen. Dat duidt allemaal op een daling ten opzichte van een week eerder, toen deze getallen ook werden bepaald. Dus ook in rioolwater zien wij inmiddels de afname inzetten. Die is geheel consistent met de afname van het aantal meldingen.

De voorzitter:

Een verduidelijkende vraag, mevrouw Pouw-Verweij?

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

Ja, voorzitter. Het is mij niet helemaal duidelijk of het gaat om een daling ten opzichte van vorige week, of om een daling ten opzichte van week 14.

De heer Van Dissel:

De dalingen zijn steeds per week weergegeven. Ik geef nu even week 14 als voorbeeld, omdat de kleuren toen veel donkerder waren, passend bij een hogere load. Dit is dus iets wat wekelijks wordt geüpdatet. Misschien is het in de toekomst wel het streven om dat nog vaker te doen.

Wij hebben niet alleen de rioolwater surveillance, maar bijvoorbeeld ook de infectieradar, waarbij personen door middel van zelfrapportage aangeven of zij klachten hebben die zouden kunnen passen bij een covidinfectie. U ziet op sheet 6 na een piek een daling die is ingezet met een redelijk evenredige verdeling over Nederland, uiteraard afhankelijk van het aantal personen dat meedoet. Ook die sheet laat dus een gunstig beeld zien, wat geheel consistent is met de vermindering van de druk op de ziekenhuizen en de zorg.

Dan het aantal testen, wat gegevens over de testen zelf en de uitkomsten. Met het beeld van juni 2020 tot inmiddels mei 2021 bestrijken wij inmiddels een heel jaar, zoals u ziet in sheet 7. U ziet de opkomst na de zomer, de twee rimpels van de tweede piek en de derde piek, die vooral door de Britse variant werd veroorzaakt. U ziet dat het aantal testen afneemt, maar daarbij is heel gunstig dat het percentage positieve testen – weergegeven met een doorgetrokken lijn – een dalende trend laat zien. Dit betekent dat niet alleen het aantal mensen dat zich laat testen afneemt, maar dat ook het percentage dat positief test afneemt, ook weer passend bij een afname van de uitbraak.

Hetzelfde zie je terug – het is een beetje een saai verhaal vandaag – als je kijkt naar het aantal meldingen per leeftijdscategorie. Wij hebben lang gezien dat de leeftijdscategorie van 18 tot 25 jaar forse getallen liet zien. Dat is nog steeds het geval, maar u ziet op sheet 8 dat er ook in deze leeftijdsgroep inmiddels een belangrijke daling is – weergegeven met de rode pijl – van het aantal positieve meldingen. Die daling zie je overigens voor alle leeftijdsgroepen optreden. Voor de leeftijdsgroepen boven de 50 jaar, maar vooral voor de 60-jarigen, ziet u een extra daling tot echt zeer lage waarden. Dit is ongetwijfeld toe te schrijven aan de vaccinaties die zijn gegeven. Dus overall is er in alle leeftijdsgroepen sprake van een sterke daling van het aantal positief bevonden personen.

En ten slotte: wat heeft dat nou voor effect op de ziekenhuisopnames? Ook daar laat ik in de tijd zien (sheet 9), aangegeven daarboven, en ook nog even apart aangeduid met de pijltjes, dat er een daling is van het aantal opgenomen personen bij de hogere leeftijdscohorten. Ook dat is weer een reflectie van het succes van de vaccinatie. U ziet bijvoorbeeld dat er een sterke daling is ingezet bij 90+ maar ook bij 80 tot 90. Dat betekent dat er steeds minder personen uit die leeftijdscohorten in het ziekenhuis worden opgenomen. Dat is een trend die gelijk op gaat met het geven van de eerste en de tweede vaccinatie. U ziet ook dat die lijn vrij vlak is voor de jongere leeftijdscohorten, zij het dat die lijn veel lager ligt omdat er veel minder personen uit die leeftijdscohorten uiteindelijk in het ziekenhuis belanden.

Die vaccinaties zijn hier weergegeven voor de eerste en tweede dosis (sheet 10). Bij Janssen is er natuurlijk geen tweede dosis, maar voor de overige vaccins geldt dat nog wel. Daar ziet u weergegeven aan de linkerkant het tijdstip van geven van de eerste dosis. U ziet dat dat per leeftijdscohort ook weer prachtig opschuift, zoals ook de bedoeling was: met de oudsten beginnen en dan steeds afdalen naar jongere leeftijden. U ziet dat het onderste cohort eigenlijk net is begonnen. Dat is het cohort van 50 jaar. De cohorten die daarvoor zitten, hebben in belangrijke mate al de eerste dosis gehad en voor een deel ook de tweede dosis, zoals aan de rechterkant weergegeven. Die wordt na vier tot zes weken, minimaal, gegeven. Ook daar ziet u weer de stijgende lijn en het opschuiven van de leeftijdscohorten. Dit is een reflectie van het succes van de vaccinatie, de cohorten die gevaccineerd zijn, waar we zo misschien nog even op terugkomen. De inzet rechtsboven geeft weer hoeveel vaccins er gegeven

zijn. U ziet dat dat inmiddels zo'n 133.000 per dag is, dus dat is een groot aantal per week. Momenteel is daar even een soort plateau bereikt. Dus als ik de epidemiologie samenvat, dan zien we (sheet 11) een afname van de testvraag, maar ook van het percentage positieven, passende bij een uitbraak die aan het afnemen is. We hebben gezien dat het aantal meldingen is gedaald. Dat zien we ook in het aantal regio's dat inmiddels onder de 150 is gekomen. Dat zijn er al 20 van de 25. De range tussen regio's is nog van ongeveer 80 tot 180, maar die is ook veel groter geweest. U heeft gezien dat in alle leeftijdscohorten de daling is ingezet, ook bij de 18- tot 24-jarigen. Daar is het nog wel het hoogst, maar dat is inmiddels gedaald tot zo'n 200. Kortgeleden zat ik hier nog te vertellen dat die tegen de 500 zaten, dus dat is toch een forse daling. U ziet dat die daling zich ook vertaalt in opnames en in de bezetting op de ic's en in de ziekenhuizen die daarbij past. Ik zal dat zo ook in de modulering laten zien. Wat betreft de vaccinaties heb ik u laten zien dat er voortgang is bij de eerste en de tweede vaccins en dat er inmiddels zo'n 9,3 miljoen vaccinaties zijn toegediend, waarvan 6,5 miljoen de eerste en ongeveer 2,8 miljoen de tweede vaccinatie.

De oversterfte is weergegeven in de grafiek rechtsonder. Die is eigenlijk helemaal weggefallen, zoals u ziet. Daar is nauwelijks nog sprake van. Er zijn nog een paar leeftijdsgroepen waar enige oversterfte is.

Voor ik naar de modulering en de specifieke vragen overga, nog even het internationale beeld (sheet 12), ook uitvergroot aan de rechterzijde. Er zijn een aantal dingen die opvallen. Nederland staat nog wel bovenaan. Dat is niet iets waar we trots op zijn. Binnen Europa zijn wij het land met het hoogste aantal positieve meldingen per dag. Dit geeft het zevendaags voortschrijdend gemiddelde weer. U ziet ook dat het Verenigd Koninkrijk helemaal onderaan staat. Dat is van belang in verband met de Indiase variant. Daar is sprake van hele lage waarden van het aantal nieuwe besmettingen per dag. Desalniettemin ziet u helemaal aan het eind een kleine toename. Over die toename gaan we het straks nog even hebben, want die wordt deels aan die Indiase variant toegeschreven. Wat natuurlijk ook opvalt, ook al staat Nederland in dit rijtje nog bovenaan – het kan best dat we vandaag alweer ergens middenin staan – is dat alle landen toch behoorlijk bij elkaar zijn gekomen wat betreft infectiedruk. Dat is het belangrijkste wat u hier kunt zien. Dat is natuurlijk ook wellicht weer een overweging bij vakantie en vakantieafspraken.

Dan ga ik over op de modellering. Die begint altijd met het reproductie-getal. Dat is weer wat gedaald, naar 0,82. Dat betekent dat elke geïnfecteerde persoon aanleiding geeft tot 0,8 nieuwe infecties. Als dat lang genoeg volgehouden wordt heb je natuurlijk een daling van het aantal besmettelijken. Dat is ook wat u net hebt gezien in de prevalentiegrafiek. Die 0,82 is gebaseerd op de meldingen via het Osiris-systeem. U ziet dat je, wanneer hetzelfde getal berekend wordt op grond van ziekenhuis- of ic-opnames, eigenlijk op dezelfde waarde terechtkomt. Tevens ziet u in de grafiek rechtsboven weergegeven dat ook de spreiding over Nederland over een drietal weken vrij egaal is. Het is of groen of geel, dat wil zeggen ofwel «significant onder de 1» of «onder de 1, maar net niet het niveau van significantie bereikend». Eigenlijk is daar geen belangrijk regioverschil te zien.

Dan de kiemsurveillancevarianten. Wat speelt daar? Daar kom ik op het eind van het verhaal nog even specifiek op terug. We hebben de toename van de rode gezien. Dat zijn de Britse varianten, ook wel aangeduid als B.1.1.7. Inmiddels, heeft u misschien gelezen, wil de WHO daarvan af en moeten we het Griekse alfabet gaan gebruiken. Dat heb ik nog maar even uitgesteld. U ziet in ieder geval dat we rond de 95% zitten. Dan ziet u de P.1 – dat is de Braziliaanse variant – en de Zuid-Afrikaanse variant weergegeven. Die laatste lijkt eigenlijk niet sneller te gaan dan de Britse variant, dus die wordt ook steeds minder in Nederland, terwijl de Braziliaanse variant waarschijnlijk wel wat besmettelijker is en dus een

neiging zal hebben toe te nemen. U ziet hier natuurlijk de proportie van de infectie die toe te schrijven is aan de variant. Tegelijkertijd moet u hier doorheen lezen dat er een geweldige afname van het totale aantal infecties is.

Aan de rechterzijde staat de Indiase variant weergegeven. Daar kom ik zo dus op terug. Ik laat u zo wat gegevens zien uit Engeland. Van belang is nu al te melden dat waar in Engeland, althans momenteel, toch argumenten zijn te vinden dat deze variant zich nog wat sneller verspreidt dan de Britse variant en dus op den duur wellicht de Britse variant zou kunnen wegduwen, verdrijven, is dat niet een beeld dat uit alle landen komt.

Denemarken bijvoorbeeld, dat een heel gesloten systeem van sequencing heeft en een zeer up-to-date kiemsurveillance, ziet dat nog niet. Ik zeg dat maar als waarschuwing. Het belang is dat je van verschillende zijden dergelijke signalen krijgt en dat ze dan ook consistent met elkaar zijn. Ik zal u ook laten zien dat in Nederland de aantallen simpelweg nog te laag zijn om daar conclusies aan te verbinden. Ik kom daar zo op terug.

Dan de prognoses. Die hebben altijd hetzelfde karakter. We hebben een prognose zoals het zou zijn verlopen als we niks hadden versoepeld, als we de lockdown niet hadden verstevigd met de avondklok en de bezoekersregeling en een met de maatregelen zoals die nu gevolgd zijn, dat wil zeggen tot en met de opening van het voortgezet onderwijs. Op stap 3, het openen daarvan de komende dagen, kom ik zo nog terug. Welk beeld levert dat op? Dat is het volgende beeld. Aan de linkerzijde de opnames, aan de rechterzijde de bezetting. Met de zwarte stippen zijn de actuele gevallen weergegeven. De modellering met de groene lijn is de modellering op grond van de huidige maatregelen, deels gefit op de lijn, maar met de voorspelling daarvan. In rood is de prognose te zien als er destijds geen aanscherping van maatregelen was geweest. In blauw is de prognose te zien als er helemaal geen versoepeling zou zijn geweest. U ziet heel duidelijk dat we over de piek heen zijn. We zitten in een scherp dalend been. Dat geldt zowel voor de ic-opnames als voor de ic-bezetting. Ik heb het LCPS-daggetal van gisteren nog ingeplot met een soort rondje met een kruis doorheen. Dan ziet u dat de waarden, ook wanneer u ze doortrekt tot de waarden van gisteren, eigenlijk heel goed in de prognoses kloppen. We voorspellen een afname die nog doorzet en die voor de ic leidt tot een belangrijke teruggang, tot een belangrijke reductie van het aantal benodigde bedden.

Hetzelfde geldt voor de ziekenhuizen. Dat ziet u hier weergegeven. Ook een beeld van daling, een daling die voortzet in de komende weken. Daarbij staan ook de actuele getallen. De modellering geschiedt altijd van donderdag tot donderdag, maar ik heb ook het getal van gisteren even ingeplot. Dan ziet u dat dat eigenlijk heel mooi op die lijn past. Ik verwacht dat in de update van deze gegevens de lijn helemaal volgens de mediane lijn kan worden doorgetrokken.

Wat ook opvalt – ik heb u vaak laten zien dat die mediaan omgeven was met een groot gebied van onzekerheid – is dat de onzekerheid steeds geringer wordt. Dat betekent dat we de opnamepiek hebben bereikt en dat we in een snel dalend been zijn beland, zoals dat heet, dus dat die daling naar verwachting doorgaat en dat we in de nabije toekomst geen toename verwachten. Dat wordt veroorzaakt door de vaccinaties, die ertoe leiden dat meer personen immuniteit hebben. Daarnaast is er ook een groep die immuun is vanwege een doorgemaakte infectie, maar die nog niet gevaccineerd is. Dat zijn de twee drijvende krachten achter de daling, met ook ongetwijfeld ook nog een seizoenseffect erdoorheen.

Dan hebben wij uiteraard ook stap 3 daarin gemodelleerd. U ziet eigenlijk nauwelijks verschil tussen met en zonder stap 3, en ook niet tussen of die op 9 juni of een aantal dagen eerder zou worden uitgevoerd. Dat is dus een versoepeling die wij met zeer veel vertrouwen tegemoet zien wat betreft het aantal besmettingen en met name het voortgaan van de daling van die besmettingen.

Dan zijn er ook nog verschillende scenario's gemaakt. Daar wil ik niet te diep op ingaan. Het komt er eigenlijk op neer dat je ook uitgaat van een wat minder goed scenario, in de zin van dat de vaccinatiegraad misschien wat lager uitvalt dan gepland. Die ligt zo rond de 85%. Stel dat dat een stuk minder zou worden, heeft dat dan veel effect? Heeft het veel effect of het vaccin ook transmissie voorkomt? Ik wil daar niet al te lang bij stilstaan. U ziet dat dan de onzekerheid rond die lijnen wat toeneemt in de verschillende situaties, maar dat de trend gewoon dalend blijft. Dat geeft uiteraard enige geruststelling.

Er was een specifieke vraag, namelijk of ik wat wilde vertellen over de Indiase variant. Daar heb ik een aantal dia's, slides, voor toegevoegd. We hebben een kiemsurveillance in Nederland waarbij random bemonsteringen worden bepaald en de genetische volgorde van het virus wordt bepaald, zodat we kunnen nagaan tot welke variant dat virus behoort. Daar werken een heleboel centra aan mee. Die staan op de kaart weergegeven. Dat leidt tot de grafieken zoals ik u al getoond heb, die daar links naast staan.

Eerst even de resultaten van de Nederlandse kiemsurveillance. U ziet het hier per week weergegeven in de verschillende lijnen. Ik heb ze daarboven even apart benoemd, omdat bij die B.1-en-gaat-u-maar-door nou niet zo inspirerend is om te onthouden waar ze vandaan komen. We hebben de UK-variant, de Britse variant, de Zuid-Afrikavariant, de Braziliaanse variant en de Indiase variant. U ziet hier weergegeven over de verschillende weken van dit jaar het aantal en het percentage dat tot die variant behoort. U ziet bijvoorbeeld voor de Britse variant, de UK-variant, dat dat tot zo'n 95% gaat. De Zuid-Afrikavariant is even opgekomen, maar komt eigenlijk niet boven de 1% uit en is zelfs wat aan het dalen. De Braziliëvariant is wel wat stijgende en de Indiavariant heeft nog slechts zeer geringe aantallen. Die percentages ziet u ook in de grafiek rechtsboven weergegeven en ziet u rechtsonder geplot op Nederland, waarbij toch oranje de meest voorkomende is en dat is die Britse variant.

In Nederland is het beeld eigenlijk vrij stabiel. We zien een geringe toename van de Braziliëvariant. Qua aantallen ziet u dat aan de linkerzijde weergegeven. Percentueel gezien is dat nog steeds een klein aantal, maar het neemt ietsje toe en dat zou kunnen passen bij iets meer besmettelijkheid. De Indiase variant is in Nederland echt nog te weinig aanwezig om daar al een belangrijke lijn in te zien.

Dat betekent niet dat dat een zorgeloze variant is. Dat wil ik u hier laten zien.

De voorzitter:

Mevrouw Westerveld heeft eerst een verduidelijkende vraag.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Gelden al deze kaartjes voor de Nederlandse situatie?

De heer Van Dissel:

Ja, alleen maar Nederland. Dat klopt.

Dan ga ik naar de Britse situatie, om u te schetsen waarom u ongetwijfeld ook in de krant leest dat men zich daar zorgen maakt. Ik wilde u laten zien waarop dat gebaseerd is. Allereerst staat bovenaan weer de aanduiding van de Indiase variant. Het lijstje aan de rechterzijde geeft eigenlijk alle varianten weer die momenteel gevolgd worden. Ik ga ze niet allemaal opnoemen. Er staat bij uit welk land ze oorspronkelijk afkomstig zijn. U ziet de Britse variant, de Braziliaanse variant, et cetera, weer terug.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen variants of concern en variants of interest. Dat is omdat men denkt dat je meer moet letten op die variants of concern omdat die mogelijk andere biologische eigenschappen kennen, bijvoorbeeld toegenomen besmettelijkheid of dat ze zich minder aantrekken van de situatie waarin men gevaccineerd is. Dat zijn natuurlijk

varianten die eventueel beleid gaan veranderen en bepalen. Bij de variants of interest moet u zich voorstellen dat we dat eigenlijk nog niet weten. Die worden ook gevolgd. Ten slotte zijn er nog een aantal die worden weergegeven. Voor de duidelijkheid: er zijn er duizenden. Dit is echt de top van de ijsberg. Dit is gewoon een virus dat zijn genetische informatie continu aan het wisselen is en dan door selectie, gewoon evolutionaire druk, wel of niet een succesvolle variant maakt. De meest succesvolle, die waarschijnlijk besmettelijker zijn dan de variant die daarvoor circuleerde, zijn die variants of concern. Daarvan staan er een aantal daarboven genoemd.

Linksonder ziet u hoe de situatie in Engeland zich momenteel ontwikkelt. Wat hier weergegeven wordt, is een kaartje dat de proporties aangeeft, in feite de percentages, van de Britse variant versus eventuele nieuwe varianten en dan met name de Indiase variant. Wat opvalt, is dat je waar het kaartje eerst lichtroze was, onbekommerd, plotseling halverwege ziet dat die paarse variant opkomt. U ziet die ook verder toenemen. U ziet dat die paarse variant inmiddels de oorspronkelijke UK-variant aan het verdringen is. Dit moet je bezien in het licht van het feit dat Engeland wel helemaal onderaan staat en dat het totale aantal isolaten gering is, maar u kunt zich voorstellen dat men in Engeland hier toch beducht voor is. Duidt dit er nou op dat deze variant besmettelijker is? Engeland zit natuurlijk verder in het versoepelen en loslaten van maatregelen. Als je naar dit soort getallen kijkt in een land waar je net van plan was om alles lost te laten, kunt u zich voorstellen dat je je daar dan toch nog een keer achter de oren krabt of dat een goed idee is ofwel wat voor omstandigheden je moet creëren om dat goed te observeren en eventueel in te kunnen grijpen.

Dat is de situatie in Engeland. Dan ziet u verder op het kaartje weergegeven dat het eigenlijk focaal is. Er zijn een aantal gebieden in Engeland die historisch contacten hebben met India, want dit zijn ook deels importgevallen. De twee gebieden die roze zijn aangegeven, zijn zogenaamde hotspots voor de Indiavariant. U ziet bijvoorbeeld dat er in Cornwall nog nauwelijks een gevonden is. Dit is een situatie die Engeland nauwkeurig volgt.

Dan gegevens die Public Health England naar buiten brengt. Dat is een rapport dat gisteren is uitgekomen. Ik wil u daar twee tabellen uit tonen die eigenlijk weergegeven wat de zorg is. De eerste tabel betreft de besmettelijkheid van de Indiase variant. Hoe kan je besmettelijkheid vaststellen? Dat kan op talloze wijzen, maar er wordt op een heel simpele initiële wijze naar gekeken. Wat men hier gedaan heeft, is in gezinnen waar de Britse variant opdook kijken hoeveel secundaire gevallen er in de gezinnen waren en hoeveel secundaire gevallen buiten het gezin aan die infectie konden worden gekoppeld. Dat ziet u hier weergegeven in het blauwe deel en in het gele deel met percentages. Dat is ongeveer 9% en 4,8%. Dat is het aantal personen binnen dat gezin dat ook een infectie krijgt als er iemand met die Britse variant aanwezig is en vervolgens het geringere aantal dat wat meer op afstand was. In de onderste rij ziet u dat dit voor de Indiase variant behoorlijk hoger ligt; iets van 15% en rond 7%. Dit is natuurlijk een hele grove maat. Er kunnen allerlei redenen zijn waarom dat percentage hoger ligt, zoals dat er verschillen zijn in sociaaleconomische achtergrond of dat men in een kleiner huis woont. Dat zijn allemaal dingen die in deze analyse nog niet zijn meegenomen. Er zitten allemaal confounders in, maar je kan je toch voorstellen, als je deze getallen terugkrijgt uit het bron- en contactonderzoek, dat bijna het dubbele aantal personen besmet raakt door de Indiase variant ten opzichte van de Britse variant, en dat dat zeker een variant is die je in het oog wilt houden. Dat is één: de besmettelijkheid. Over de ernst van het ziektebeeld zijn we nog niet geïnformeerd. Daarnaast is nog geen onderzoek gedaan, ook niet naar ziekenhuisopnames.

Wat men wel gedaan heeft, is kijken of er al wat kan worden gezegd over het effect dat vaccinatie heeft op het voorkomen van ziekte door deze varianten. Dat ziet u hier weergegeven. Wat men gedaan heeft, is een zogenaamde test-negative case-control design bij een groot aantal gevallen die klachten hadden gekregen op grond van de Britse variant c.q. de Indiase variant. We hoeven hier wat mij betreft niet op in te gaan, maar dit is een methode om vast te stellen hoe effectief vaccinatie is. Dat kunt u rechtsonder aflezen in de tabel. Daaruit blijkt dat als men nog maar één dosis heeft gehad van het vaccin – van Pfizer, Moderna of het Oxford-vaccin, dus AstraZeneca – er toch een belangrijke afname is van de effectiviteit van vaccinatie om te voorkomen dat je door de Britse variant klachten krijgt en ziek wordt. Die afname is toch 17% of 18% dus die is aanmerkelijk. Dat kan ook belangrijk zijn voor het aantal gevallen dat optreedt.

U ziet tegelijkertijd ook dat dat minder is als iemand twee doses heeft gehad, en dan is er een subtiel verschil tussen Pfizer en AstraZeneca. Met andere woorden: één dosis geeft minder goede bescherming tegen de Indiase variant dan tegen de Britse variant. Na twee dosissen komt die bescherming bij elkaar, maar er is nog steeds enig verschil waar te nemen.

Engeland heeft veel gevaccineerd; een heleboel personen hebben daar één vaccinatie gehad. Dan is dit ook weer iets wat je nauwkeurig wil volgen, omdat het het succes van de vaccinatie beïnvloedt. Het duidt er ook op dat je zo snel mogelijk de tweede vaccinatie moet zetten, om te voorkomen dat de Indiase variant te veel personen ziek maakt. Nogmaals, hoe ziek ze dan worden is nog niet bekend. Het kan best dat het toch een milde ziekte is. Dat is natuurlijk ook belangrijk, maar al met al is dit toch wel iets om in de gaten te houden, en dat doen we in Nederland ook. Ter herinnering nog: in Duitsland en in Denemarken ziet men een milder beeld ontstaan. We zullen nog moeten zien hoe dat uiteindelijk met elkaar te rijmen valt.

Dan was er ook een vraag, heel kort, en daar wil ik ook kort op ingaan, over behandelingsrichtlijnen. In Nederland hebben we SWAB en de Federatie Medisch Specialisten. Dat zijn de twee instanties die richtlijnen schrijven hoe medici omgaan met ziektebeelden, bij infecties en ook bij COVID-19. Dat zijn allebei websites die deze informatie uitgebreid geven. Ik wilde heel kort laten zien dat de SWAB weergeeft dat er talloze behandelingen zijn gesuggereerd. Op deze websites kunt u alle wetenschappelijke informatie terugvinden die ondersteunt of een bepaald middel wel of niet gebruikt kan worden en wat het wetenschappelijk bewijs daarvoor is.

Voor een heleboel middelen waar wel een rol gesuggereerd is, is uiteindelijk de conclusie, op grond van goed wetenschappelijk onderzoek, dat ze geen rol hebben. Sommige hebben een rol die nader moet worden gedefinieerd, zoals convalescent plasma, plasma van antistoffen van iemand die de infectie heeft doorgemaakt. Je hebt daarvoor ook monoklonale antistoffen beschikbaar. Dat zijn dingen die mogelijk in zeer specifieke situaties geïndiceerd zijn en die vooral in studieverband worden gegeven. Remdesivir is eigenlijk het enige geneesmiddel dat breder wordt gegeven, maar dat kent ook vrij nauwe indicatiegebieden. Daarnaast zijn er een aantal andere behandelingen die misschien belangrijker zijn gebleken, kan ik bijna zeggen, zoals het remmen van de afweerreactie bij personen die een overshoot daarvan hebben. Daar worden corticosteroïden zoals dexamethason voor gegeven en ook bepaalde monoklonale antistoffen die boodschappermoleculen van het afweersysteem remmen. Die boodschappermoleculen geven dan meestal te veel ontsteking. Die kan je dan specifiek remmen, bijvoorbeeld door tocilizumab dat IL-6 remt. Dat is ook een gunstig effect daarvan. En tenslotte zijn er de anticoagulantia.

Ik heb meer informatie over Remdesivir en over Ivermectine, omdat daarnaar gevraagd was. Het lijkt me niet zinvol om dat hier uitvoerig te bespreken, dus ik wilde het hierbij laten.

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

Voorzitter, zou ik een vraag ter verheldering mogen stellen over dit laatste overzicht over Ivermectine?

De **voorzitter**:

Heeft u een verduidelijkende vraag of een inhoudelijke vraag?

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

Een vraag ter verheldering.

De **voorzitter**:

Gaat uw gang.

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

Kan de heer Van Dissel bevestigen dat de meest recente metastudie over dit onderwerp, in de laatste uitgave van het American Journal of ...

De **voorzitter**:

Nee, dit is echt een inhoudelijke vraag.

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

Of die hierin is betrokken? Ik heb het hier voor me. Daaruit blijkt dat dat wel degelijk zeer effectief is.

De **voorzitter**:

U krijgt zo direct het woord en dan mag u uw inhoudelijke vraag stellen.

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

Het gaat erom of dit overzicht nog actueel is of achterhaald.

De heer **Van Dissel**:

Daar kan ik heel simpel over zijn. De SWAB heeft elke twee weken een update. De update is dat er geen wetenschappelijk bewijs is voor Ivermectine.

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

In een achterhaalde versie.

De heer **Van Dissel**:

Nee, nee, niet in een achterhaalde versie.

De **voorzitter**:

We gaan nu geen discussie starten. Intussen is de heer Van Meijeren aangeschoven, net als de heer Kuzu van DENK. Ik was nog even vergeten te vertellen: mijn naam is Fleur Agema en ik ben fungerend voorzitter van de vaste Kamercommissie van VWS. We gaan naar de eerste ronde vragen van Kamerleden. Ik kijk naar mevrouw Gündoğan. Wilt u in deze ronde een vraag stellen?

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik heb één vraag, over een ander onderwerp. Vanochtend was de technische briefing over financiële markten. Daarin zei de heer Knot dat we economisch pas aan herstel toe zijn als de hele wereld uit de pandemie raakt. De druk om de wereld te vaccineren lijkt me ook vanuit economisch perspectief heel erg aanwezig. Ik mis de mondiale ontwikkeling hierin. Ik las vanochtend dat er een Vietnamese variant in opkomst

is. Op die manier blijft er altijd een risico dat er een virus ontstaat waarvoor wij onze huidige vaccins niet kunnen tweakken. Heeft u daar een overzicht van?

De heer Van Dissel:

Ik kan niet op alles à la minute antwoorden. Als u mij dat van tevoren laat weten, kan ik er specifiek op ingaan. Ik heb al even genoemd dat er duizenden varianten zijn: de Vietnamese, de Columbiaanse, Californische en ga zo maar door. Die zijn gelukkig niet allemaal even belangrijk voor Nederland. Maar in veel landen wordt inmiddels aan kiemsurveillance gedaan, gekoppeld aan biologisch gedrag van varianten. Het zou best kunnen – dat is zeker niet uitgesloten, omdat het aantal infecties in India heel erg hoog ligt – dat de kans groot is dat daar ook andere varianten uit ontstaan. Dat is iets wat continu gevolgd moet worden.

U zegt heel terecht, en daar kunnen we ook een keer aandacht aan geven, dat het eigenlijk alleen maar op te lossen is als je ook zorgt dat je het wereldwijd hebt opgelost. Iedereen is in eerste instantie met het eigen land bezig, en dat is begrijpelijk, maar het is van belang dat het uiteindelijk wereldwijd onder een zekere controle komt. De vraag is of dat helemaal realistisch is, maar het terugbrengen van het aantal infecties leidt automatisch ook tot het verminderen van de kans op varianten.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Paternotte van D66.

De heer Paternotte (D66):

Laat ik even van de gelegenheid gebruikmaken om de heer Van Dissel te feliciteren met de Akademiepenning die hij heeft ontvangen voor zijn wetenschappelijke werk. Het is mooi dat er zo'n erkenning komt in een situatie waarin hij, net als bijvoorbeeld zijn Belgische collega, zijn werk niet in volledige vrijheid en veiligheid kan doen. Ik vind het verschrikkelijk dat dat het geval is in Nederland. Ik hoop dat we daar snel vanaf kunnen zijn.

Ik wil een vraag stellen over de Indiase variant in relatie tot de vliegverboden die gisteren allemaal zijn opgeheven. Hij geeft duidelijk aan dat het in de UK relatief enorm in opmars is. Ze hebben daar zo'n 4.000 besmettingen, landelijk, en bijna de helft daarvan is de Indiase variant. In Denemarken en Duitsland zie je dat eigenlijk niet, zoals hij ook zegt. Nu heeft Duitsland een vliegverbod voor het Verenigd Koninkrijk ingesteld, en ook nog steeds voor India, bovenop een quarantaineplicht. Ook Denemarken laat alleen maar Britten toe die echt kunnen aantonen dat hun reis noodzakelijk is.

Nederland heeft al deze maatregelen opgeheven en heeft nu zelfs het vliegverbod voor India opgeheven, ondanks dat er in India nieuwe varianten kunnen gaan ontstaan, zoals de heer Van Dissel ook aangeeft. Ik las in het OMT-advies dat een quarantaineplicht die strikt gehandhaafd wordt, op zich ook een effectief instrument kan zijn. Daar kan ik mij iets bij voorstellen. Als mensen tien dagen geïsoleerd zijn, zal er weinig overdracht zijn. Maar de quarantaineplicht zoals wij nu in Nederland kennen, kan ook in een studentenhuis met twintig studenten worden voltooid. De handhaving is in handen van tien mensen die kunnen bellen, maar je kan ook de telefoon niet opnemen. Mijn vraag is wat de heer Van Dissel verstaat onder een strikte quarantaineplicht. Zou hij willen zeggen dat die ons in Nederland voldoende beschermt, zonder dat is aangetoond of die echt werkt? Wordt voorkomen dat we die varianten importeren vanuit het Verenigd Koninkrijk of vanuit India en daarmee een snellere ontwikkeling van het virus riskeren?

De heer Van Dissel:

Dat is een belangrijk punt. Allereerst dank voor uw steun. Het is belangrijk om dat te horen. De vraag aan het OMT is niet de uiteindelijke uitvoering. Dat is natuurlijk toch een keuze van het beleid. Dus het advies dat het OMT geeft, gaat in dit geval over: hoe kun je de kans dat een variantvirus of überhaupt een virus geïntroduceerd wordt in Nederland zo goed mogelijk beperken? Dan ga je ervan uit dat je nooit naar nul kunt komen, maar dat kun je ook niet met een verbod. Het gaat er in ieder geval om dat je het in alle redelijkheid zo veel mogelijk terugbrengt.

Als het hele pakket van maatregelen dat wij daarvoor hebben geadviseerd, wordt gevolgd, dus dat er een PCR geschiedt voor het vertrek ... Daar staat een bepaalde periode voor. Als die te lang is, wordt dat aangevuld met een antigentest vlak voor vertrek. Dan kun je met grote zekerheid zeggen dat iemand in ieder geval in het vliegtuig geen besmettelijke vorm kan uitdragen, want dat is met die twee testen wel uitgesloten. Dat sluit niet helemaal uit dat je toch nog klachten krijgt, of dat een virus zich gaat manifesteren. Daarom hebben we dat gekoppeld aan een quarantaineplicht. Die quarantaineplicht kun je bij iemand die geen klachten heeft op dag vijf onderbreken door opnieuw met een PCR aan te tonen dat het negatief is. We weten uit onderzoek dat je dan een gesloten systeem hebt. Dus dat is het advies. Daar is eerder bij gezegd dat het OMT zich kan voorstellen dat je voor een vliegverbod kiest als onderdelen van het advies niet gerealiseerd kunnen worden. Dat is natuurlijk een andere wijze om dat te doen. Maar als het vliegverbod voor deze maatregelen kan worden ingewisseld, zijn we, wat de wetenschappelijke achtergrond en het OMT betreft, tevreden en denken we dat we daarmee voldoende de introductie van virussen kunnen voorkomen, of eigenlijk helemaal. De uitvoering kan anders zijn, maar dat is natuurlijk niet waar het OMT over adviseert. Wij adviseren dat het gebeurt en dat de quarantaine strikt wordt nageleefd. Want die is daar onderdeel van.

De voorzitter:

U wilde een tweede vraag stellen?

De heer Paternotte (D66):

Kan ik kort een aanvullende vraag stellen?

De voorzitter:

Maar als we dat allemaal gaan doen ... Heel kort.

De heer Paternotte (D66):

Het OMT heeft eerder weleens gezegd: kijk nou eerst of een bepaalde maatregel ook inderdaad zo uitwerkt, voordat je daar speculatief beleid op maakt. Geldt dat dan ook voor de werking van deze quarantaineplicht?

De heer Van Dissel:

Er is inmiddels veel ervaring opgedaan met quarantaine. Als dat goed kan worden ingeregeld, desnoods ook met toezicht – dat is natuurlijk hoe het beleid het uiteindelijk inricht – zou dat in onze ogen afdoende moeten zijn. Dat is wat ik erover kan zeggen. Maar dat betekent dus wel dat men binnen blijft. Dan moet je soms ook regelen dat er eten komt en noemt u maar op. Er kunnen dus extra voorzieningen nodig zijn om dat realiseren. Maar als dat gebeurt, als men binnen in isolatie blijft, zou dat afdoende moeten zijn.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg van het CDA.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik wil me in de eerste plaats aansluiten bij de felicitaties die de heer Paternotte al heeft uitgesproken. Wederom dank voor de presentatie die u heeft gehouden en alle extra informatie deze keer. Ik wil graag even reageren op pagina 5 en 6, over het rioolwater. Al eerder heeft u volgens mij bevestigd dat de hoop is dat rioolwater een voorspellend karakter kan hebben voor potentiële uitbraken. Die twee staatjes lopen voor mijn gevoel niet helemaal synchroon. We zien in Brabant nog steeds veel besmettingen. Dat vind ik toch wel zorgelijk. Daar is het ook begonnen. In de rioolwateroverzichten zie je sommige vlekken die wat anders lopen dan in het staatje op pagina 5. Daaraan gekoppeld zie ik dat er nog steeds grijze vlekken zijn, dus dat er blijkbaar op veel plekken nog niet gemeten kan worden. Kan de heer Van Dissel daar wat over zeggen?

De heer **Van Dissel**:

Even met betrekking tot het laatste: grijs is een kleur in het hele spectrum, dus dat is op zich ingevuld. Er zijn zo'n 300 tot 350 punten waar bemonsterd wordt, dus dat is eigenlijk bij alle rioolwaterzuiveringsinstallaties. De vraag is natuurlijk hoe vaak dat dan wordt gedaan. Dat proberen we meerdere keren per week te doen. Dat is een proces dat ook qua logistiek het nodige vraagt. Maar daar gaan we naartoe. Op zich zien we, als we daar de verschillende statistische methodes op loslaten, een heel redelijke associatie met bijvoorbeeld het aantal meldingen in ziekenhuizen. Die is er dus wel.

Ik denk dat we ons ook moeten realiseren dat er een moment komt waarop we ons moeten afvragen of we al die teststraten nog wel moeten hebben. Ik denk dat dat het moment is, als de infectiedruk dus nog een stuk lager is, waarop we bijvoorbeeld kunnen vertrouwen op die riool surveillance. Dat zou natuurlijk heel mooi zijn. Stel dat je echt helemaal onder de detectiegrens komt en er in dat gebied geen meldingen zijn, dan kun je er misschien op vertrouwen. Het is natuurlijk een makkelijkere manier om een aantal keren te samplen dan om zo'n hele surveillance in de lucht te houden. Daar kun je dan op vertrouwen. Als je ziet dat het toeneemt, kun je vervolgens heel specifiek binnen zo'n aparte eenheid van de rioolwaterzuivering onderzoek doen. Dan zul je toch weer virusdeeltjes terugvinden. We zien er een belangrijk rol voor als we verder zijn in de daling van de uitbraak en vragen moeten beantwoorden als: welke ballen willen we nog in de lucht houden? Dan zou dit een methode zijn die zo gefocust mogelijk is op het probleem. Daarmee pak je het namelijk vroeg op als je toch weer ziet dat er een verhoging in het rioolwater is.

De **voorzitter**:

Tweede vraag?

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

Nee, geen tweede vraag. Wel een verduidelijking. Want grijs? Het staatje ernaast loopt bij mij van paars naar geel. Zit grijs erboven, of zit het er helemaal onder?

De **voorzitter**:

Dat is nou echt een verduidelijkende vraag.

De heer **Van Dissel**:

Ik kan het straks even aanwijzen. Dat lijkt me makkelijk.

De **voorzitter**:

Mevrouw Westerveld van GroenLinks.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Dank, voorzitter. Ik sluit me ook aan bij de felicitaties van de collega's. Dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Als we kijken naar de verschillende prognoses, dan zien we vaak dat het lijntje, dat gelukkig omlaaggaat, tot september loopt. Hoe realistisch is het dat we vanaf 1 september af zijn van een heel aantal van de maatregelen? Worden er al verschillende scenario's gemaakt door het RIVM?

De heer **Van Dissel**:

Dat laatste zeker. Dat is misschien ook iets om een keer te presenteren. Je kunt natuurlijk in verschillende scenario's denken met betrekking tot een halfjaar of een jaar. Ik denk dat de prognoses nu vooral het beeld over de zomer tonen. Er zijn helaas altijd een aantal mitsen en maren aan gekoppeld, omdat we zien dat de daling komt door de vaccinatie en het ontstaan van afweer onder de bevolking. Als er een variant komt – voor de duidelijkheid: die is er gelukkig nog niet – die daar toch veel minder op reageert, zou je in een andere situatie kunnen komen. We weten ook niet hoelang die afweerreacties effectief zijn. Dus er zijn nog een aantal onzekerheden, maar op de wat kortere termijn, zoals over de zomer, hebben we vertrouwen in de huidige voorspellingen. De factoren die bepalen hoe het op de langere termijn gaat lopen, kan ik misschien een keer apart toelichten, want dat is weer een heel verhaal, denk ik.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dank u, voorzitter. Ook ik ben bij pagina 5, bij die regioverschillen. Ik heb er al vaker naar gevraagd. Ik blijf het toch interessant vinden. Ik zou zo graag willen weten waarom bepaalde gebieden in Nederland nog steeds meer besmettingen hebben dan andere gebieden. Het antwoord dat ik de vorige keer kreeg, was dat het bijvoorbeeld om dicht- of dunbevolkte gebieden in Nederland gaat, maar volgens mij geldt dat niet voor alle gebieden, helemaal niet als je kijkt naar Oost-Brabant. Is er een mogelijkheid om bij een volgende presentatie bijvoorbeeld een jaargemiddelde van alle regio's in Nederland te geven? Ik wil graag snappen waarom sommige regio's in Nederland toch meer besmettingen hebben dan andere. Ik ben benieuwd of daar al onderzoek naar wordt gedaan. Ik ben gewoon nieuwsgierig of we daar meer informatie over kunnen krijgen.

De heer **Van Dissel**:

Ik wil u dan allereerst verwijzen naar het geografische plaatje van Nederland op pagina 5. Daar ziet u over de afgelopen twee weken de plekken waar de meldingen zijn geweest, op redelijk hoog niveau, op provincieniveau. Dat kunnen we zelf bekijken. Op de RIVM-website kunt u dat plaatje scrollen, echt vanaf de allereerste tot de allerlaatste. Dan zie je echt wat er gebeurt. Als heel Nederland een zware infectiedruk heeft, heb je natuurlijk een homogene verdeling. Maar als het op een gegeven moment lager wordt, gaan kleine clusters bepalen of een bepaald gebied donker kleurt of niet. Kleine clusters kunnen bijvoorbeeld optreden bij een bruiloft of een begrafenis of binnen een aantal gezinnen. Die komen plotseling op en daarna doven ze uit, omdat er door BCO aan bestrijding wordt gedaan. Dan komt een dergelijk cluster elders op. Dat is het beeld dat je momenteel hebt. Dan krijg je per definitie dat sommige gebieden veel donkerder kleuren dan andere gebieden. Als u de kaart actief doorscrollt op de website, ziet u per week voorbijkomen hoe het gaat. Dan zult u zien dat waar het eerst clustergewijs is, het vervolgens helemaal egaal rood wordt. Dan gaat het weer terug. Dit is het beeld dat we momenteel hebben. Dat is één antwoord.

Dan de tweede vraag: zijn er nog regio's die er toch meer uit springen? Wat in ieder geval opvalt, is dat Brabant behoorlijk geraakt is. Daar lopen een aantal onderzoeken naar, of er toch extra verklaringen voor zijn. Dan kun je denken aan luchtkwaliteit of allerlei andere zaken, maar nogmaals, daar hebben we op dit moment nog geen antwoorden op. Er wordt wel actief onderzoek naar gedaan. Daar zullen we te zijner tijd op terug kunnen komen.

De voorzitter:

Mevrouw Kuiken van de PvdA. Zij zit nog na te denken.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ja, ik twijfel. Ik heb best veel vragen, ook nog aan de anderen. Ik denk dat ik het even oversla. Mag ik misschien wel alleen een procesvraag stellen? De heer Van Dissel had het over de scenario's voor na de zomer. Ik denk dat dit wel wenselijk is, ook in relatie tot wel of niet een vierde golf. Dat zou, denk ik, wel goed zijn.

De voorzitter:

Mevrouw De Vries van de VVD.

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

Dank u wel. Dank ook voor de presentatie. Ik sluit me aan bij de felicitaties van mijn voorgangers, maar vooral ook bij de opmerkingen over de beperkingen waar u mee te maken heeft. Die wens je niemand toe natuurlijk.

Ik heb een vraag over de leeftijdsgroepen. Op sheet 9 zien we dat de besmettingen nog steeds vooral bij de 18- tot 24-jarigen zitten. Er zijn natuurlijk een aantal wijzigingen aangekondigd in het vaccinatieprogramma, waardoor het erop lijkt dat jongeren iets later aan de beurt zijn. Kunt u iets zeggen over de consequenties daarvan voor de besmettingen de komende periode?

De heer Van Dissel:

Ja, ik denk echt dat dat deels koffiedik kijken is, maar je kunt natuurlijk nagaan welke mogelijke factoren er zijn. We zien dat in die groep de meeste infecties zijn. U ziet het overigens nu ook behoorlijk hard dalen, dus blijkbaar is de R-waarde in die groep ook heel duidelijk onder de 1. De opening van scholen baarde ons natuurlijk zorgen. Dat hebben we in onze advisering, de vorige OMT-brief, duidelijk gemaakt. Dat brengt jongeren intensiever met elkaar in contact dan ze nu zijn. Dat betekent dat er een kans is dat daar toch weer meer infecties ontstaan. Tegelijkertijd is het een groep waar wel infecties rondgaan, maar die infecties zijn over het algemeen gelukkig toch van zeer milde aard. Dat betekent dat die zich vaak niet vertalen in ziekenhuisopnames. Maar het aantal infecties zou door een dergelijke versoepeling bijvoorbeeld kunnen toenemen. Dat kan indirect weer wat meer druk op de rest van de maatschappij brengen. Uiteindelijk is het adagium toch: vaccineren. Naarmate we er meer in slagen om een groter deel te vaccineren, en daardoor in ieder geval vrij te stellen van ernstige ziekte, vaak ook al na de eerste vaccinatie, zullen de druk op de zorg en de druk op kwetsbaren snel minder worden. Dat zal zich voortzetten, ook al nemen die infecties misschien tijdelijk toe. Ik kan niet genoeg benadrukken hoe belangrijk het is om nu niet te denken dat die vaccinaties, nu het allemaal mooi omlaaggaat, minder belangrijk zijn geworden. Ik zou bijna het tegenovergestelde zeggen, want die vaccinaties bieden ons de beste garantie dat variantvirussen geen kans krijgen.

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij van JA21.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel over Ivermectine. Ik begreep dat u daar niet inhoudelijk op in wilde gaan. Het is ook geen heel inhoudelijke vraag. Het is een beetje ... Ik zal het eerst uitleggen.

Eind maart is een boete vastgesteld voor huisartsen die tegen advies in hydroxychloroquine of Ivermectine aan coronapatiënten voorschreven. Het heeft in ieder geval op social media heel veel stof doen opwaaien. De vraag was of de politiek daar niet wat aan kon doen. Nou is mijn beeld dat dit een medisch advies is van de Inspectie Gezondheidszorg, dat het een medisch-inhoudelijke kwestie is die door een medische organisatie beoordeeld wordt en dat de politiek daar eigenlijk geen rol in heeft. Dat vind ik persoonlijk, maar ik zie daar nog steeds heel veel discussie over langskomen. Ik vroeg mij daarom af of u daar voor de mensen thuis op kunt reflecteren. Vindt u dat daarbij een rol voor de politiek is weggelegd of niet? Nou ja, een reflectie.

De heer **Van Dissel**:

Ik weet niet of het aan mij is om daar een mening over te hebben, hoor. Ik denk echt dat dat meer bij u ligt. Wat ik wel kan zeggen is hoe die richtlijnen tot stand komen en hoe daarnaar wordt gekeken. De medisch specialisten, deels verenigd in de SWAB, beoordelen continu alles wat langskomt, ook een studie van gisteren, bij wijze van spreken. Als er reden is om te zeggen «dit is zo belangrijk, we gaan onze richtlijn veranderen», dan gebeurt dat direct. Tussendoor is er een proces waarin elke week heel systematisch bij alle richtlijnen op de hele website wordt nagegaan of daarin veranderingen nodig zijn. Dat is allemaal heel goed ingeregeld. U ziet hier gewoon wat de hele medische wereld in Nederland van Ivermectine vindt. Ieder ander mag daar van alles van vinden, maar er is geen medicus die op grond van wetenschappelijke bewijsvoering momenteel een reden ziet voor het gebruik van Ivermectine. Sterker nog, de fabrikant zelf zegt dat hij die ook niet ziet; u leest dat hier ook. En, geloof me, die beoordeelt alles wat langskomt. Dus dat is in wezen de wijze waarop het werkt. Artsen kunnen natuurlijk gewoon middelen voorschrijven die in Nederland geregistreerd zijn. Er zijn allerlei instanties die, mocht dat problemen opleveren, artsen daarover al of niet op de schouder kloppen. Dat is hoe het werkt.

Ik denk dat het mooie is dat we een landelijk systeem hebben waarin de medisch specialisten samenkomen, zich buigen over alle wetenschappelijke bewijsvoeringen voor de verschillende behandelingen en een en ander neerleggen in begrijpelijke richtlijnen die iedereen kan nalezen. Dat geldt ook voor de verwijzingen die daar wel of niet bij staan. Iedereen kan daar vragen over stellen; ik kan u verzekeren dat dat vaak genoeg gebeurt. Dat vormt gewoon de basis voor de behandeling in Nederland. Ik denk dat dat het antwoord is. Of u daar al of niet eisen of consequenties aan wilt verbinden, is natuurlijk aan u, maar het is gewoon helder hoe dat binnen de medische groepen werkt. We hebben de inspectie, we hebben tuchtrecht, en gaat u zo maar door. Dat is ingeregeld in Nederland.

De **voorzitter**:

De heer Van Meijeren.

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

Ik heb ook een vraag aan de heer Van Dissel. Er wordt wel gezegd dat ook jonge, kernegezonde mensen voor wie covid zelf niet of nauwelijks een risico vormt, zich toch zouden moeten laten vaccineren. Dat is dan niet om zichzelf te beschermen, maar om kwetsbaren te beschermen. Als dalkijk alle kwetsbaren zijn geïnjecteerd – vrijwillig – en daardoor dus beschermd zijn, waarom zouden dan toch nog ook al die jonge, gezonde mensen gevaccineerd moeten worden?

De heer **Van Dissel**:

Dat is een relevante vraag, maar voor het antwoord daarop moet ik u toch echt verwijzen naar collega Bart-Jan Kullberg, die hier zo zal zitten, want hij gaat precies over deze vraag. Dus ik denk dat ik dat doorschuif.

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

Dan bewaar ik hem nog even.

De **voorzitter**:

Dan bewaart u hem nog even. Misschien heeft u nog een andere vraag voor de heer Van Dissel.

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

Nee, hoor. Al mijn vragen gaan over dit onderwerp.

De **voorzitter**:

Dan bewaren we hem even. De heer Kuzu van DENK.

De heer **Kuzu** (DENK):

Voorzitter, dank u wel. Ik sluit me ook aan bij de opmerkingen die collega's hebben gemaakt over de felicitaties en de beperkingen. Ik heb een vraag over sheets nummers 18 en 19 over de modellering. Daarop zien we dat u aan de hand van modellen een voorspelling kunt doen over het aantal ic-opnames en de ic-bezetting. Nu weten we dat we ook in een openingsplan zitten dat een aantal fases kent. In het verleden hebben we uitvoerig met u, meneer Van Dissel, gediscussieerd over mondkapjes. U heeft toen gezegd dat die een buitengewoon gering effect hebben. Zou u uw standpunt kunnen geven over de stand van zaken rondom mondkapjes in de huidige tijdgeest? Want die uitspraak dateert natuurlijk van oktober 2020.

De heer **Van Dissel**:

Zoals ik het interpreteer, stelt u een paar vragen door elkaar. Onze advisering gaat over de stappen in de versoepeling. De versoepeling, die uiteindelijk ook mondkapjes betreft, is daar heel duidelijk ingebracht. Uiteindelijk krijg je natuurlijk een verdergaand teruglopen van de maatregelen en kom je terecht bij de basismaatregelen en het belang daarvan op dat moment in de epidemie. Bij de basismaatregelen kennen we de bron, de collectieve maatregelen en de persoonlijke maatregelen om een restryctie af te dekken. Daar behoren de mondkapjes toe, althans het publieke gebruik daarvan. Daar is gewoon toe besloten. Daar hebben we helemaal geen moeite mee; dat is prima. Als we over de basismaatregelen praten, zullen we weer uitspraken doen over hoe we met betrekking tot individuele basismaatregelen adviseren over het stoppen of het niet stoppen daarvan. Ik denk dat dat het antwoord voor nu is, want er is gewoon een logica in de sequentie gekozen, en die komt deels op advisering van het OMT zelf. Er is verder geen reden om daar nu van af te wijken.

De heer **Kuzu** (DENK):

Laat ik de vraag dan heel scherp stellen: is een mondkapjesplicht of het al dan niet versoepelen daarvan in epidemiologisch opzicht een basismaatregel?

De heer **Van Dissel**:

Wat ik u zei: we hebben bronmaatregelen. Die hebben alles te maken met het isoleren van iemand van de overigen, van de rest van de maatschappij. Dat is natuurlijk de allermooiste maatregel, want als dat honderd procent lukt, voorkom je daarmee eigenlijk dat de rest van de maatschappij überhaupt iets hoeft te doen. We weten natuurlijk dat dit bij

covid niet kan, omdat de overdracht ervan deels a- en presymptomatisch plaatsvindt. Je kunt dus niet iedereen die potentieel besmettelijk is, herkennen en mensen kunnen dat ook niet bij zichzelf herkennen. Vandaar dat je met elkaar collectieve maatregelen neemt om dat risico te verlagen. Dat zijn de 1,5 meter, dat is het «vermijd drukte», dat zijn de hygiëneadviezen of adviezen over hoe je al dan niet samenkomt. Ten slotte kan je ook die soms niet helemaal uitvoeren, bijvoorbeeld in het openbaar vervoer. Daarover ging met name de discussie over het afdichten van het restrisico. Dat geschiedde bijvoorbeeld door mond-neusmaskers. Je moet het dan eigenlijk, omgekeerd, weer terugdraaien, maar dit bevindt zich dus helemaal in dat restrisico. Binnen ziekenhuizen is de situatie natuurlijk totaal anders. Dan heb je het over heel andere risico's. Dan moet je je over een patiënt buigen en dan kun je geen 1,5 meter afstand houden. Dan hebben mondkapjes dus een heel aparte logica. Wij houden graag vast aan de huidige wijze waarop de versoepelingen in de stappen zijn ingedeeld. Alle mogelijkheden worden ongetwijfeld nog besproken. Dat zijn ze nog niet, maar dan zal deze daar ook toe behoren.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan mag ik het voorzitterschap overdragen aan de heer Paternotte, zodat ik een vraag kan stellen.

Voorzitter: Paternotte

De voorzitter:

Mevrouw Agema heeft één vraag voor de heer Van Dissel.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel. Ik stel natuurlijk bijna bij elke technische briefing een vraag over aerogene transmissie, over besmetting met corona via adem. Natuurlijk ben ik er erg blij mee dat het RIVM de officiële richtlijn heeft aangepast en dat het erkent dat besmetting met corona kan plaatsvinden via grote druppels, kleine druppels, damp en adem. Als besmetting met corona via adem, dus via zeer, zeer, zeer kleine druppels, kan plaatsvinden en je dat erkent, dan hoort daar eigenlijk wel een ander maatregelenpakket bij. Dat is wel het punt. Het maatregelenpakket sluit niet meer aan op de situatie die nu wel erkend wordt. Dat leidt tot verschillende dingen: een, tot maatregelen die niet passen, en twee, tot situaties die we niet goed hebben kunnen inschatten. Ik noem bijvoorbeeld de situatie in het begin van de crisis in de verpleeghuizen. Toen werd gezegd dat het niet nodig was om een mondkapje te gebruiken als je niet heel dicht bij een patiënt kwam. Dat dat zo lang heeft geduurd, heeft wel een verdrietige context. Heel veel mensen zijn onnodig besmet geraakt. Ik zie dat Nederland nu nog steeds bovenaan het lijstje staat als het gaat om het aantal besmettingen. In deze presentatie staat natuurlijk wel «adequate ventilatie» op de eerste pagina, maar ik vind het toch wel jammer dat dat het dan is in Nederland. Dat is het in ons land: adequate ventilatie. Maar het gaat niet verder dan het Bouwbesluit. De ventilatie die is opgenomen in het Bouwbesluit is nooit bedoeld om virussen op te vangen of om virusverspreiding te voorkomen.

De voorzitter:

Kunt u richting uw vraag gaan?

Mevrouw Agema (PVV):

Ja, ik ga richting mijn vraag. Ik maak er wel mijn enige vraag van. In Duitsland bijvoorbeeld heeft Angela Merkel op 18 augustus en 28 augustus het Duitse volk heel nadrukkelijk geïnstrueerd over ventilatie en gezegd hoe belangrijk die is. In plaats van de icoontjes die wij hebben, heeft zij dat icoon voor ventileren. We zien dat het aantal besmettingen in

Duitsland ruim de helft minder is. Vandaag de dag staan wij wat dat betreft nog steeds bovenaan. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is dan ook of het niet eens tijd wordt om iets te doen aan het sluitend maken, aan het passend maken van de maatregelen, en aerogene transmissie niet alleen te erkennen maar ook op te nemen en te integreren in de maatregelen. Zouden we het aantal besmettingen dan niet nog veel forser kunnen laten dalen?

De heer **Van Dissel**:

Ik begrip uw vraag, hoor, maar het antwoord is, denk ik, precies het tegenovergestelde van wat u van mij hoopt te horen. Kijk, het punt is dat bij aerogene besmetting via fijne druppels 1,5 meter niet voldoende is en dat dan 20 meter moet worden aangehouden. Denk u eens in wat de gevolgen waren geweest voor de maatschappij als we dat in april vorig jaar hadden ingevoerd. We hadden de ziekenhuiszorg überhaupt niet kunnen geven, want dan moet je in wezen elke individuele patiënt in een onderdrukkamer leggen. Dat is niet gebeurd. Sterker nog, er zijn misschien zelfs weleens situaties geweest dat die zorg in overdrukkamers is verleend. Nou, als dat gebeurt bij een ziekte die zich aerogeen verspreidt, dan raakt het hele ziekenhuis besmet. En dat is niet gebeurd. Het gaat er dus niet om alles te voorkomen. Dat heb ik u ook eerder al gezegd, maar we maken er elke keer een soort duel van; dat is ook wel gezellig.

Het gaat er niet om dat aerogene besmetting nooit en te nimmer kan optreden; dat denken we zeker niet. Als je met een grote groep in een kleine ruimte zit die niet geventileerd wordt, dan is het risico daarop heel groot. In de literatuur wordt in precies één artikel naar zo'n situatie verwezen – ik denk dat iedereen aanneemt dat dit daar gebeurd is – en die deed zich voor in Zuid-Korea, in een telefooncallcenter waar 60 of 80 mensen in een kleine ruimte bij elkaar zaten. Kijk, als in die situaties niet wordt geventileerd, dan speelt aerogene besmetting een rol. Maar de medische realiteit is gewoon dat we het niet hebben gezien. De fysieke realiteit is misschien een andere. Hoe zich dat tot elkaar verhoudt, is zeker iets wat we verder moeten uitzoeken, maar de medische realiteit is dat het karakter van aerogene verspreiding niet te koppelen is aan het overgrote deel van de besmettingen met het SARS-coronavirus. Daarmee hebben we het ook omlaag gekregen.

Het terugdringen van de situatie die u schetst, had dus om veel striktere maatregelen gevraagd, maar die hebben we niet nodig gehad. Ik begrijp dus ook niet helemaal wat u dan wilt horen, want in geval van een aerogene overdracht hadden we de maatschappij nog veel strenger op slot moeten doen. Die kennen we heel goed, want daar hebben we waterpokken voor, daar hebben we mazelen voor. We kennen voorbeelden van uitbraken in ziekenhuizen die dan zo gaan. Al die dingen zijn niet gedaan. We hebben het gewoon niet gezien. Dat betekent niet nooit. Dat heeft u mij ook niet horen zeggen. Het betekent wel dat het overgrote deel van de besmettingen zich daar niet onder laat vangen en dat dit dus ook niet in de algemene aanpak van de uitbraken een rol heeft gekend.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema wil haar tweede vraag stellen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, dank u wel, voorzitter. Ik vind het eigenlijk wel fijn dat de heer Van Dissel hier bevestigt wat we eigenlijk al die tijd al zeggen: in de binnenruimtes was de 1,5 meter helemaal niet genoeg. Buiten was die onzinnig. Het is jammer dat die regels ook voor buiten golden, maar voor binnen schoten ze tekort. Ik vind het wel fijn dat de heer Van Dissel dat nu bevestigt, maar tegelijkertijd is het heel erg jammer. Ik denk aan de

besmettingen over veel grotere afstanden, tot wel 8 meter, of 20 meter. Het is niet de panacee voor alle problemen, maar het coronavirus kan niet tegen ventilatie. Dat is een simpel karakter van het coronavirus dat we over de hele wereld hebben gezien.

Daarop had mijn vraag over het maatregelenpakket betrekking. Duitsland heeft de helft minder besmettingen. Op een gegeven moment was het aantal besmettingen daar een kwart van dat in Nederland, omdat Angela Merkel haar bevolking in twee persconferenties actief heeft opgeroepen om te ventileren. Wij hebben drie icoontjes, maar het icoontje voor ventilatie had daarbij moeten staan. Waar ik mij dus al die tijd al bezorgd om maak, is dat die besmetting helemaal niet stopt na de ballistische boog van 1,5 meter en dat corona in een afgesloten ruimte gewoon gaat zweven, terwijl hij gewoon verdwijnt als een raampje wordt opengezet. Dit staatje laat zien dat Nederland nog steeds de meeste besmettingen heeft. We kunnen daar nog steeds een zwengel aan geven. Ik heb het de premier nog nooit horen zeggen. Ik heb het Rutte op niet één persconferentie horen zeggen: zet een raampje open, ventileer. En nu gaan de middelbare scholen weer open. Hoe moeilijk is het nou om dit – we erkennen dat aerogene verspreiding de belangrijkste rol heeft bij transmissie en daarom moeten de ramen open – op te nemen in de adviezen? Hoe moeilijk is het nou om dat toe te voegen?

De heer Van Dissel:

Dit zegt wat mij betreft een parallelle wetenschapper, hoor, want ik herken me hier niet in, ook niet in wat u zegt over wat ik dan al ...

Mevrouw Agema (PVV):

Maar dit is een persoonlijk feit. Ik accepteer dit niet. Ik heb het RIVM niet aan mijn zijde, maar wel het Amerikaanse CDC en de Wereldgezondheidsorganisatie. Dat zijn gerenommeerde bureaus, de allergrootste ter wereld.

De heer Van Dissel:

Ik wil in ieder geval het volgende toevoegen. Ik heb Angela Merkel hier niet over gesproken, dus wat u zegt over haar, dat weet ik niet. Ik heb wel om de week contact met Robert Koch Instituut. Ik weet echt dat dit niet een mening is. Dat staat even los van het gegeven dat we het gewoon eens zijn over ventilatie, zeker in ruimtes waar dat kan spelen, als die klein zijn, als daarin relatief gezien te veel mensen zitten om 1,5 meter waar te kunnen maken. Waar we het, denk ik, ook over eens zijn, is dat een achterstand mogelijk is bij het voldoen aan het Bouwbesluit wat betreft ventilatie. Er zijn dus zeker situaties denkbaar waarin dit een rol speelt. Waar we het, denk ik, niet over eens worden, maar dat hoeft ook niet, is dat bij de aanpak van de uitbraak van de medische werkelijkheid is dat de 1,5 meter ons heeft geholpen om de uitbraak te bestrijden – dat staat nog los van het type druppel waar je die aan koppelt, want dat hoeft helemaal niet alleen aan ballistische druppels gekoppeld te worden – en dat er in medisch opzicht geen enkele aanwijzing is dat dit virus primair een aerogene verspreiding kent. Dat heeft die gewoon niet. We hebben virussen die dat wel hebben. Die herkennen we en die hebben bepaalde karakteristieken, ook epidemiologisch. Die zijn gewoon niet aanwezig bij SARS-corona. Ja, wat kan ik er verder van zeggen?

De voorzitter:

Voor de luisteraar lijkt het er misschien op dat u het over weinig eens bent, maar ik hoor u in feite allebei de conclusie trekken dat het goed is om het raam open te zetten in een volle schoolklas waar geen 1,5 meter afstand wordt gehouden.

Ik geef het voorzitterschap weer terug aan mevrouw Agema.

Voorzitter: Agema

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Westerveld heeft nog een brandende vraag.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ja, ook over het onderwijs. Daar ging de presentatie niet over, maar we zijn daar nu toch aanbeland. Ik heb daar nog wel een andere vraag over, en ik hoop dat de heer Van Dissel daar antwoord op kan geven. Zoals we weten, gaan volgende week ook de middelbare scholen weer volledig open. Daar is best wel wat reuring over geweest en ook wat onrust in het onderwijsveld. Dat heeft mede te maken met het testen. Het RIVM zegt dat het onderwijs veilig open kan als leerlingen zich vrijwillig preventief laten testen. Nu is er wat verwarring ontstaan over het aantal leerlingen dat dat zou moeten doen. Is dat nou 100% of kan het ook met 50%, zoals de Minister eind vorige week aangaf? Ik hoop dat de heer Van Dissel daar duidelijkheid over kan geven.

De heer **Van Dissel**:

Dat is een belangrijke vraag. Het samenbrengen kent gewoon risico's. Uit de modellering – dat is niet hetzelfde als vaststellen in onderzoek; dat wil ik toch wel benadrukken – weten we dat je het risico in belangrijke mate omlaag kunt brengen als twee keer per week een zelftest wordt uitgevoerd en degenen die dan positief blijken te zijn, uit de groep gaan en alle regels respecteren die horen bij iemand die positief is. In de modellering kun je ook bekijken wat dan het absolute minimum is waarbij dat nog net werkt. Dat is niet wat het OMT ervan gezegd heeft. Voor de duidelijkheid: het is niet het RIVM, maar gewoon het OMT dat dit adviseert.

In eerste instantie wil je natuurlijk dat zo veel mogelijk personen dat doen. Dat zal altijd een beter resultaat hebben dan het meteen hanteren van de meest minimalistische aanpak. Je kan begrijpen dat het niet altijd lukt. Er kunnen ouders zijn die daar principiële bezwaren tegen hebben. Er kan van alles spelen. Wat je ziet in het systeem dat gepubliceerd is – dat hebben de modelleurs van Utrecht aangegeven – is dat de effectiviteit dan afneemt en dat een absolute ondergrens ergens tussen de 50% en de 70% ligt. Dus ik denk dat dat getal daarvandaan komt. Ik denk zelf dat het heel moeilijk is om daarmee naar buiten te gaan, want welke 50% zijn dat dan? Als dat altijd degenen zijn die willen meewerken, dan is dat weer een selectie, en eigenlijk wil je dat natuurlijk niet. Dan zou je het dus op toeval doen berusten wie wel of niet getest worden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn we hiermee gekomen aan het einde van de presentatie van de heer Van Dissel. We gaan zo direct even kort schorsen en daarna gaan we luisteren naar de heer Kullberg.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

De heer Kullberg, voorzitter van de Gezondheidsraad, is aangeschoven. Ik geef aan hem het woord voor zijn presentatie.

Blok 2

Gesprek met:

– de heer Bart-Jan Kullberg, voorzitter van de Gezondheidsraad

De heer **Kullberg**:

Dank u wel. Ik begin even met het in herinnering brengen van wat de taak van de Gezondheidsraad is en hoe de Gezondheidsraad werkt. Over deze

adviezen zeg ik het volgende. De raad bestaat uit raadsleden die dagelijks in de praktijk werkzaam zijn in ziekenhuizen en universiteiten en geselecteerd zijn op hun wetenschappelijke expertise, maar ook op hun ervaringsdeskundigheid. De advisering over dit onderwerp gebeurt in een multidisciplinaire commissie van zo'n vijftien deskundigen die afkomstig zijn uit de praktijk van de coronazorg en alles daaromheen.

De strategie van de COVID-19-vaccinatie, zoals de Gezondheidsraad die in november heeft geadviseerd, is nog steeds geldig. Daarbij hebben we gezegd dat er verschillende strategieën mogelijk zijn, maar dat het verstandigste is om als doelstelling het verminderen van ernstige ziekte en sterfte centraal te stellen. Dat is ook de reden dat met de oudsten begonnen is; van boven naar beneden. Dat is eigenlijk wat alle landen hebben gedaan. Over de andere strategieën komt wellicht nog een vraag, zo heb ik begrepen.

Op het volgende plaatje ziet u nog eens waarom met de ouderen begonnen is. Aan de rechterkant ziet u een plaatje dat ik al eerder heb laten zien. Daarop ziet u de ziektelast, of omgekeerd: het aantal gewonnen levensjaren in redelijke gezondheid als je mensen beschermt tegen COVID-19. U ziet dat het enorm oploopt bij de ouderen. We zijn, zoals u in de rode cirkel ziet, met het vaccineren nu aangekomen bij de groepen waarbij die ziektelast er nog wel is, maar aanzienlijk minder.

Aan de linkerkant ziet u dat op een andere manier weergegeven. Die afbeelding heb ik ook eerder laten zien. Hoe verder naar rechts, hoe groter het risico op overlijden is. Bovenaan, in de blauwe cirkel, ziet u dat leeftijd op zich, ook als je verder gezond bent, het meest naar rechts staat en dus het hoogste risico op overlijden vormt. Daaronder, rechts van die rode lijn, staan alle medische risicogroepen die ook allemaal een verhoogd risico hebben, maar niet zo veel als de oudste ouderen die u bovenaan ziet. Daar ga ik nu niet verder op in. We zijn nu aangeland – u ziet het opnieuw in de groene cirkel – bij de groepen onder de vijftig jaar oud, waarbij dat risico aanzienlijk lager is en al bijna links van het plaatje afvalt.

De Gezondheidsraad heeft een aantal adviezen uitgebracht. Die wil ik graag toelichten. Twee daarvan zijn vandaag uitgebracht, maar in relatie daarmee ook één daarvoor, op 20 mei. Daar begin ik eerst even mee. Dat gaat over het interval tussen de eerste en de tweede dosis AstraZeneca. De productinformatie, gebaseerd op de studies en zoals ook afgegeven is door het EMA en het CBG, schrijft een wijde range voor: de tweede dosis geven tussen vier en twaalf weken na de eerste dosis. Eerder heeft de Gezondheidsraad geadviseerd om daarvan de grens op te zoeken, dus een interval van twaalf weken aan te houden om zo veel mogelijk mensen zo snel mogelijk die eerste prik te kunnen geven. Want als je die voor de tweede keer geeft, kan je haar niet aan een nieuw te vaccineren persoon geven. Dat was zo ten tijde van schaarste.

De vraag was of er in dat brede interval een voorkeur was aangegeven en of dat interval van twaalf weken ook verkort kon worden. Als je goed kijkt naar de studies die gedaan zijn, is er geen evidentie voor een optimaal interval, ook al is daar veel over gespeculeerd. Kortere is niet beter dan langer en ook niet andersom, als je maar binnen die vier tot twaalf weken blijft. Daarom heeft de Gezondheidsraad de afgelopen maand geadviseerd dat de keuze vrij is voor de uitvoering tussen vier en twaalf weken. Dus als je wilt en kunt, kun je met dezelfde medische effecten en veiligheid dat interval verkorten. Dat is ook wat het EMA en het CBG zeggen. Ik kom op de twee adviezen die vanochtend zijn gepubliceerd. Het eerste gaat over de leeftijdsgrens en het al dan niet krijgen van een tweede dosis van AstraZeneca. Het tweede is een algemeen advies over het vaccinatieprogramma, nu we in de nieuwe fase van de epidemie terecht zijn gekomen. Ik begin met AstraZeneca. We moeten dan even terug naar begin april. Het EMA heeft toen die zeldzame bijwerking gemeld van trombose met een tekort aan bloedplaatjes, trombopenie, en vastgesteld dat dat gerelateerd was aan het AstraZenecavaccin. Het is goed om even te kijken

naar de uitspraak die eronder staat, die het EMA daarover heeft gedaan, namelijk dat «overall de voordelen van het vaccin opwegen tegen het risico op bijwerkingen». Maar in hetzelfde statement staat: «Het gebruik van het vaccin in het nationale beleid moet rekening houden met de beschikbaarheid van andere vaccins.» Dat klinkt tegenstrijdig, maar dat is het niet.

Het is goed om nog even op het volgende plaatje te bekijken waarom er een verschil is tussen wat het EMA doet en het nationale beleid. Het EMA adviseert over markttoelating van middelen en beoordeelt daarvoor ieder product afzonderlijk: is het voldoende veilig en kan het worden toegelaten worden, of is het niet veilig en moet het in het uiterste geval teruggetrokken worden van de markt? Maar het EMA vergelijkt geen producten en dus ook geen verschillende vaccins en de eigenschappen daarvan. Het EMA doet ook geen aanbevelingen over welk vaccin je zou moeten kiezen en voor wie je dat zou kunnen inzetten. Dat doen de nationale en internationale beroepsgroepen en de richtlijnencommissies. Die adviseren over de inzet van geneesmiddelen in de praktijk, of het nou over antibiotica, vaccins of bloeddrukverlagers gaat. Ze adviseren welke van al die toegelaten middelen het verstandigst zijn om in een bepaalde situatie in te zetten voor bepaalde groepen: voor zwangeren, niet-zwangeren, enzovoorts. Dat geldt voor de individuele patiëntenzorg. Voor een nationaal vaccinatieprogramma is aan de Gezondheidsraad de taak opgelegd om te adviseren, en die verschillende producten, in dit geval de vaccins, in hun samenhang te beoordelen en keuzes te maken. Dat staat dus los van de toelating door het EMA.

Begin april was de afweging als volgt. We hadden de verschillende vaccins die links op het plaatje staan. De vraag was: hoe kun je die nu zo efficiënt en veilig mogelijk inzetten? In het toenmalige programma – dan praat ik over de eerste week van april, toen die melding kwam – werden de mRNA-vaccins, Moderna en Pfizer, vooral voor ouderen ingezet en de AstraZenecavaccins voor de jongere groepen. De Gezondheidsraad heeft toen gezegd: dat is niet logisch en niet optimaal, gelet op het risico op de bijwerkingen, dus je kunt diezelfde vaccins met dezelfde snelheid beter anders inzetten. Die risico's ziet u rechts in het groen. De Gezondheidsraad heeft toen niet een vaccinatiepauze of -stop geadviseerd, maar wel om, zo mogelijk met dezelfde snelheid, die stromen om te buigen en dezelfde vaccins op een andere manier in te zetten, zodat de vaccins met de bijwerking terecht komen bij de mensen die daarbij niet of nauwelijks risico lopen en andersom.

De vraag die nu openstaat, bouwt daarop voort. Ons is daarna gevraagd: is er nieuwe informatie van het EMA, waardoor je die leeftijdsgrens, die op 60 is gesteld, kunt heroverwegen? Is er nieuwe informatie van het EMA waardoor iets te zeggen valt over die tweede dosis voor mensen die de eerste dosis AstraZeneca al hebben gekregen? De derde vraag is al beantwoord. Dat heb ik u laten zien. Die vraag ging over de verkorting van dat interval. Het EMA heeft echter geen nieuwe informatie gegeven sinds begin april. Het EMA heeft eind april nog een keer een soort verduidelijking gegeven van de oude informatie waar onder andere die leeftijdsgebonden risico's in staan die in dat kleine tabelletje in uw uitdraai staan. Maar dat is dezelfde informatie die er eigenlijk begin april al was, toen dat eerste advies is gegeven en uitgevoerd. Daarom ziet de Gezondheidsraad dus eigenlijk geen aanleiding om anders te adviseren dan eerder, toen is gezegd: in de jongere leeftijdsgroepen weegt dat risico op die zeldzame bijwerking niet op tegen de gezondheidswinst van het gebruik van dit vaccin, terwijl dat vanaf 60 jaar andersom is. De gezondheidswinst die u nog een keer rechtsonder ziet, is groter dan de voor die groep geringe risico's van dat vaccin.

De vraag was: is er toch een reden om die leeftijdsgrens te verlagen, bijvoorbeeld naar 50? Daar hebben we naar gekeken. Het RIVM heeft modellen ontworpen om te kijken naar de effecten van verschillende

scenario's op de uitkomst. Dat gebeurt op drie uitkomsten: het aantal nieuwe gevallen, het aantal ziekenhuisopnames en het overlijden. Ik laat u hier de twee modellen zien, die van het huidige scenario en die van het scenario bij het verlagen van het gebruik van AstraZeneca tot 50 jaar. Dan zie je dat er geen verschil is in deze curves als het gaat om nieuwe gevallen, ziekenhuisopnames of om overlijden. En dus ook niet als het gaat om vaccinatietempo, want dan zouden die lijnen van elkaar verschoven zijn geweest. Als je heel goed kijkt, dan zie je dat de rode lijn op de ene plaats iets hoger loopt, dat het dus ongunstiger is, terwijl op de andere plaats de groene lijn iets hoger loopt. Maar dat is volkomen verwaarloosbaar.

Ik moet u er nog even op wijzen dat deze curves van het RIVM er misschien iets anders uitzien dan de curves die de heer Van Dissel heeft laten zien. Die kun je niet rechtstreeks met elkaar vergelijken. Het zijn twee modellen die gebaseerd zijn op dezelfde voorspellingen van de pandemie, maar hierin zitten dus de precieze vaccinleveringen en het vaccinatietempo verwerkt. Dat maakt de plaatjes iets anders. Dus ze zijn geschikt om die verschillende scenario's te vergelijken, maar niet om precies de getallen te projecteren op het beloop van de pandemie.

De volgende vraag is of er naar aanleiding van de getallen van het EMA een heroverweging moet zijn of die tweede dosis AstraZeneca wel of niet ingezet moet worden voor mensen die een eerste dosis hebben gekregen. Het EMA heeft nauwelijks gevallen van TTS, van die bijwerking, gemeld na de tweede dosis. De Engelsen iets meer, maar het aantal meldingen is aanzienlijk kleiner. Dat is in de orde van een tot twee op de miljoen. Dat is in een range die we veilig en verantwoord achten ten opzichte van de voordelen. Overwegingen daarbij zijn dat die tweede dosis – en dat heeft Van Dissel net ook laten zien voor die varianten – echt nodig is voor een goede bescherming en dat er eigenlijk geen alternatieven zijn die aangetoond werkzaam zijn. We weten nu vanuit studies wel dat het gebruiken van een tweede dosis Pfizer na een eerste dosis AstraZeneca meer bijwerkingen veroorzaakt, maar er is nog geen informatie of dat überhaupt effectief is en bescherming biedt. Dus het advies is onveranderd. AstraZeneca boven de 60 en een tweede dosis is verantwoord en wordt dus ook geadviseerd voor alle groepen boven en onder de 60 die die eerste dosis hebben gekregen.

Het tweede stuk gaat over het feit dat we echt een nieuwe fase zijn ingegaan in de pandemie, maar ook in de vaccinatiestrategie. Dat is het tweede advies, dat ook vandaag is uitgekomen. Daar zijn meerdere redenen voor. De infectiedruk is sterk afgenomen. Dat heeft u net uitgebreid gezien. Intussen hebben alle ouderen en medische risicogroepen op z'n minst een eerste dosis aangeboden gekregen. Een aanzienlijk deel van hen is gevaccineerd. We komen nu – ik laat u het plaatje nog een keer zien – in de rode cirkel bij de leeftijdscategorieën waarbij wel degelijk nog een risico is op COVID-19, maar het risico op overlijden aanzienlijk lager is.

Voor al die situaties moet je in een vaccinatieprogramma kijken naar de verhouding tussen het nut en het risico. Dat is niet een statisch begrip, maar die verhouding verandert steeds, afhankelijk van een aantal punten die hieronder staan. Dat zijn de infectiedruk, de specifieke leeftijdsgroep en ook de beschikbaarheid van vaccins. Welke zijn er en welke kunnen we inzetten? Hebben vaccins specifieke nadelen? En dat leidt dus tot de vraag: hoe kun je het vaccinatieprogramma zo snel en effectief mogelijk voortzetten, met de meest gunstige nut-risicoverhouding, zowel voor de individuen als voor de populatie? We zijn in Nederland in de gelukkige omstandigheid dat we vier vaccins hebben, die allemaal goed, effectief en voldoende veilig zijn. Allemaal bieden ze bescherming, met name ook tegen ernstige ziekte en sterfte. Op populatieniveau, zoals u bij de verschillende varianten in de presentatie van Van Dissel heeft gezien, zijn er wel verschillen tussen de vaccins in de mate van bescherming. Voor het

individu dat een van de vier vaccins krijgt, maakt dat niet uit en is elk vaccin heel belangrijk en prettig om te krijgen. Maar als je het over een aantal miljoenen mensen hebt, tellen die verschillen in percentages tussen laten we zeggen 60% en 90% wel door. Er zijn dus verschillende verhoudingen tussen nut en risico voor die verschillende groepen. Ik heb hier al even het plaatje laten zien van de leveranties in Nederland; ik kom daar zo op terug. U ziet dat de blauwe velden, de mRNA-vaccins, Pfizer en Moderna, het merendeel uitmaken van de leveringen door de tijd sinds januari.

Intussen hebben we ook over het Janssenvaccin meldingen gekregen van dezelfde zeldzame bijwerking als van AstraZeneca. Die meldingen komen vooral uit de Verenigde Staten, van de FDA. De update van eind mei is dat die bijwerking gerapporteerd is bij zowel mannen als vrouwen. Voor bepaalde leeftijdsgroepen – ik noem het voorbeeld van de vrouwen van 30 tot 39 – is die in dezelfde orde grootte als bij AstraZeneca. Dat getal is op dit moment 1 op 80.000. AstraZeneca zit, zoals u zag, ook ergens tussen de 1 op 40.000 en de 1 op 100.000. Bij andere leeftijdsgroepen zijn er voor zover nu bekend minder meldingen, maar die getallen zijn nog enorm in ontwikkeling. Er zijn te weinig gegevens om nu echte uitspraken te kunnen doen over man-vrouwverhouding of specifieke leeftijdsgroepen.

Wat doen intussen andere landen daarmee? U weet dat België net een leeftijdsgrens van 40 jaar heeft ingesteld voor het Janssenvaccin. Duitsland had die al eerder bij 60 jaar. Denemarken, Noorwegen en Finland hebben Janssen niet ingezet in het vaccinatieprogramma, mede vanwege deze reden en de overvloed aan andere alternatieve vaccins in die landen, zoals zij zeggen.

De vraag voor de Gezondheidsraad was en is wat nu de beste inzet is van de vier beschikbare vaccins, om vanaf nu in die nieuwe fase het vaccinatieprogramma zo effectief en snel mogelijk te kunnen uitvoeren. Dat gaat over de volgende vier aspecten, die je met elkaar in verband moet zien. Wat is de stand van de epidemie? Over welke leeftijdsgroepen praten we? Wat is de verhouding tussen nut en risico voor die specifieke leeftijdsgroep? Welke vaccins zijn er beschikbaar? Ook dat heeft het RIVM gemodelleerd. Ik laat u van de verschillende scenario's die geëxploreerd zijn, de relevante twee zien. Dat is het huidige scenario, vergeleken met het vanaf nu alleen inzetten van mRNA-vaccins voor de jongere leeftijdsgroepen die nog een uitnodiging zullen krijgen. Ik zeg met nadruk dat het niet gaat over de mensen die nu een uitnodiging hebben of die het vaccin hebben gehad. Dan zie je weer dat die lijnen exact over elkaar heen lopen. Dat is een combinatie van twee factoren. Er zal natuurlijk een zekere vertraging optreden als je de Janssenvaccins niet inzet in de komende twee maanden. Die vertraging is door het RIVM berekend op maximaal een week. Als Janssen toch al niet zou leveren, zou dat nadeel er sowieso zijn. Dat wordt tenietgedaan door het feit dat de mRNA-vaccins procentueel een wat hogere bescherming bieden, waardoor de mensen individueel, maar ook de hele populatie net iets beter beschermd is. Als u hier weer het vergrootglas bij pakt, ziet u dat de groene lijn net ...

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

Mag ik een verduidelijkende vraag stellen? Er wordt gesproken over een week vertraging. Dat is dan een week ten opzichte van medio juli? Dus dan wordt het de derde week juli.

De heer **Kullberg**:

Dit model is een paar weken geleden gemaakt, voor de stagnatie van de Janssenvaccins. Toen was de prognose, dacht ik, begin juli. Daar zou je dan één week bij optellen. Als Janssen toch niet of minder levert, dan heb je dat verlies al geïncasseerd en gaat dit dus nog minder uitmaken.

Het is belangrijk om je te realiseren dat het feit die lijnen hier zo over elkaar lopen, betekent dat je per saldo geen verlies in de parameters gevallen, ziekenhuisopnames en overlijdens ziet, omdat die kleine tijdsvertraging voor sommige mensen – en ik zal u laten zien dat dat maar een heel klein deel van de mensen is – gecompenseerd wordt door de effectievere mRNA-vaccins. Daardoor zijn ze door de weken en maanden heen – dit model loopt tot oktober – beter beschermd. De reden dat het ook voor het tempo zo weinig uitmaakt, ligt in de leveringen. Dit zijn de leveringen van de komende weken. Je ziet dat de Janssensvaccins – hier in het groen – maar een hele kleine fractie uitmaken van alle beschikbare vaccins. Er worden 1,2 à 1,3 miljoen per week verwacht, waarvan Janssen iets tussen de 5% en hooguit 10% uitmaakt. Daarom is dat effect uiterst gering.

Hoe zou het programma er dan uitzien? Wat er nu gebeurt, is dat die Janssensvaccins – excuus dat die hier een andere kleur hebben dan in het vorige plaatje, hier zijn ze oranje – bij bepaalde jaargangen worden ingezet. Het overgrote merendeel zijn de mRNA-vaccins. Het advies van de Gezondheidsraad is dus om, nu we bij de jongere groepen aankomen, in principe mRNA-vaccins in te zetten. Een speciale leeftijdsgrens hecht de Gezondheidsraad daar niet aan, want dat kan niet op grond van de getallen. Maar het advies is om in principe die mRNA-vaccins in te zetten, nu we steeds meer naar de jongere groepen toe gaan.

Samenvattend hebben we vier goede vaccins in Nederland en verkeren we in een luxepositie wat dat betreft. Ze zijn allemaal voldoende veilig, ze bieden allemaal bescherming tegen ernstige ziekte en sterfte. Met name op populatieniveau zijn er kleine verschillen in effectiviteit, die je ziet als je naar de populatie als geheel kijkt, vertaald in aantallen infecties en ziekenhuisopnames. Er is een schuivend paneel van nut-risicoverhouding, wat je steeds in samenhang moet zien met de vier punten: epidemische situatie, leeftijdsgroep waar je over praat, effectiviteit en veiligheid van de vaccins in die leeftijdsgroep, en de beschikbaarheid. Voor die beschikbaarheid zijn we dus in de situatie dat we erg veel mRNA-vaccins krijgen en hebben.

De conclusie is daarom dat het Janssensvaccin zeker effectief en voldoende veilig is voor de mensen die al gevaccineerd zijn en die uitgenodigd zijn. Daar verandert niets aan. De Gezondheidsraad vindt nog steeds die inzet tot nu toe verantwoord. Maar als we steeds meer naar jongere groepen gaan, is er een keuze uit verschillende scenario's en dan zou het heel onlogisch zijn om niet het scenario te kiezen dat het meest effectief en efficiënt is en het meest veilig. Dat wil niet zeggen dat er geen uitzonderingen mogelijk zijn, dat er geen groepen zijn waarvoor een andere nut-risicoverhouding geldt. De Gezondheidsraad benoemt die niet, maar ik begrijp dat de Minister daar al over gespeculeerd heeft. Er zullen zeker groepen zijn waar die verhouding anders kan uitvallen en waar het een hele goeie keuze kan zijn om het Janssensvaccin in te zetten.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Kullberg. Dan gaan we naar de vragen van de Tweede Kamer. Mevrouw Gündoğan heeft geen vraag. Dan meneer Paternotte.

De heer Paternotte (D66):

Dank aan de heer Kullberg. Mijn vraag gaat over een onderwerp waarover nog advies wordt uitgebracht in den brede. Dat is het feit dat het Europees Medicijnagentschap voor het Pfizervaccin toediening vanaf 12 jaar tot de markt heeft toegelaten. Onder andere Duitsland begint 7 juni met het vaccineren vanaf 12 jaar. Ik weet dat de Gezondheidsraad in den brede advies gaat uitbrengen. Dat raakt ook aan de ethische vragen die de heer Van Meijeren al opwierp: hoe je omgaat met het vaccineren van kinderen die, als zij gezond zijn, zelf relatief weinig te vrezen hebben van het virus. Dat geldt in ieder geval voor de varianten die op dit moment in Nederland

aanwezig zijn. Dat gaat natuurlijk niet op voor 12- tot 18-jarigen die in de griepgroep zitten en die een medische indicatie hebben. Ik heb contact gehad met de «Vergeet Ons Niet, Hugo!»-groep, waarin veel ouders zitten van kinderen met bijvoorbeeld astma of een spierziekte of die een andere reden hebben waarom zij in sommige gevallen al een jaar in isolatie leven. Die ouders geven aan: mogen we in onze situatie, nu het tot de markt is toegelaten, alsjeblieft zelf beslissen om het vaccin te nemen, want dan zijn we beschermd? Een kind kan natuurlijk vanaf 12 jaar zelf beslissen in overleg met de ouders. Ik kan me voorstellen dat de ethische vraag waar u nog advies over gaat uitbrengen er een is. Maar mijn vraag zou zijn: zou het niet logisch zijn dat deze specifieke groep, de griepgroep tussen 12 en 18 zagezegd, in aanmerking komt voor een Pfizervaccin?

De heer **Kullberg**:

Wij hebben het persbericht van het EMA over de goedkeuring natuurlijk gezien. De onderliggende stukken hebben we nog niet. Dat is altijd de eerste stap om een advies te geven, maar ik ben het helemaal met u eens dat er onder kinderen verschillende groepen te onderscheiden zijn. Je zou daarboven zelfs nog een zeerhoogrisicogroep kunnen definiëren. Ik zou me heel goed kunnen voorstellen dat het voor de medische risicogroepen onder de kinderen – we hebben het dan over kinderen vanaf 12 jaar – urgent is om daar een advies over te krijgen, urgenter dan voor gezonde kinderen. Ik zou me goed kunnen voorstellen dat dit in verschillende fases komt en dan met de grootste spoed voor degenen die dat het meest nodig hebben.

De heer **Paternotte** (D66):
Glashelder. Dank.

De **voorzitter**:
Dan mevrouw Van den Berg.

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

Dank aan de heer Kullberg voor de presentatie. Ik wil graag even terugkomen op het begin van de presentatie, over de gezondheidsschade. Die zou er met name bij de hogere leeftijden zijn. We zien aan de andere kant dat juist heel veel jongere mensen die niet eens opgenomen zijn in het ziekenhuis, wel met langdurige chronische klachten zitten en maanden daarna nog echt last daarvan hebben of bijvoorbeeld ademhalingsproblemen hebben. Is dat al meegenomen of wordt er extra onderzoek naar gedaan, waardoor die tabellen misschien zelfs nog een andere uitkomst kunnen krijgen op termijn?

De heer **Kullberg**:

De tabel die ik liet zien, gaat over de sterfte door covid. U zegt terecht dat andere aspecten daar niet in zitten. De langdurige gevolgen van covid zijn natuurlijk een nieuwe entiteit, waarover we allemaal leren en waarover steeds meer gegevens beschikbaar komen. De Gezondheidsraad zal daar later in een andere setting ook over adviseren, los van het vaccinatieprogramma, maar überhaupt over wat er gebeurt met deze groep, wat de oorzaken hiervan zijn en wat mogelijke benaderingen zijn. Voor het vaccinatieprogramma geldt voorsnog dat het ontzettend belangrijk blijft om zo veel mogelijk mensen zo snel mogelijk te vaccineren. Daarmee voorkom je niet alleen ernstige ziekte en sterfte, maar ook langdurige gevolgen. Voor het vaccinatieprogramma denk ik dat het antwoord nu en de komende maanden moet zijn dat we daar zo snel en zo effectief mogelijk mee doorgaan. Daar gaat het advies van vandaag ook weer op voort.

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

Voorzitter, dan wijd ik er toch mijn derde, laatste vraag aan. Ik zou dit graag nog van de heer Kullberg willen weten, omdat dus heel veel jongeren – daar ging de discussie net ook over – zich afvragen: moet ik mij laten vaccineren, terwijl er in mijn categorie eigenlijk veel minder ziekte is? Is het dan niet juist, met het gegeven dat men wel langdurige klachten kan houden, dat dan naar voren gebracht moet worden dat jongeren het niet alleen in het belang van anderen doen, maar ook in hun eigen belang?

De heer **Kullberg**:

Ja, er zijn natuurlijk meerdere redenen om je te laten vaccineren, ongeacht de leeftijd. Dat stond ook op mijn eerste plaatje, of een van de eerste plaatjes: dat je kunt vaccineren en dat dat primair is ingezet om ernstige ziekte, sterfte, ziekenhuisopnames enzovoort te voorkomen. Een andere reden kan zijn om de verspreiding terug te dringen. En een derde reden kan zijn om de maatschappij weer zo snel mogelijk te openen. En jongeren worden wel degelijk ziek. Zoals u zegt, kan dat ook langdurige gevolgen hebben. Dus er zijn, denk ik, meerdere redenen om te vaccineren, en dan praat ik even over de volwassenen, zeg maar vanaf 16; want zoals de heer Paternotte net zei, zijn er andere afwegingen voor kinderen, waar we apart over moeten praten. Maar ik denk inderdaad dat er meerdere redenen zijn voor iedereen boven de 18 om gevaccineerd te worden.

De **voorzitter**:

Mevrouw Westerveld van GroenLinks.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een vraag over de vaccinatiegraad, die natuurlijk ook samenhangt met de vaccinatiebereidheid. En we weten ook dat in verschillende groepen, bijvoorbeeld in de Biblebelt en bij mensen met een migratieachtergrond, de vaccinatiegraad en vaccinatiebereidheid wat lager zijn. Ik zou de heer Kullberg willen vragen wat er nu allemaal nog gedaan kan worden om te zorgen dat daar juist ook informatie over is. Soms heeft dat religieuze achtergronden, maar het is ook vaak een kwestie van te weinig informatie hebben, of heel veel verschillende verhalen horen en niet zo goed weten wat er nu waar is. Nou, volgens mij is mijn vraag helder: wat gebeurt er om te zorgen dat die informatie bij deze verschillende groepen terechtkomt?

De heer **Kullberg**:

Kijk, de Gezondheidsraad adviseert over de wetenschappelijke achtergronden van het vaccinatieprogramma en over de vaccinatiestrategie. Publieksvoorlichting hoort daar nadrukkelijk niet bij; dat is aan het RIVM. Dus inhoudelijk kan ik niet antwoorden op uw vraag, op één punt na: wat wij allemaal onze verantwoordelijkheid vinden, is juiste, open, eerlijke en transparante informatie over de voor- en nadelen van de verschillende vaccins. En dat ligt ook ten grondslag aan het advies van vandaag. Het is natuurlijk een zuur bericht dat ook over dat Janssensvaccin bijwerkingen gemeld zijn, maar ik denk dat we het beste en het meeste doen aan het vertrouwen in vaccinaties door daar heel helder over te zijn, en door de scenario's door te rekenen, zoals we gedaan hebben, voor hoe je zo effectief mogelijk de beschikbare vaccins kan inzetten. En in Nederland, met zo veel mRNA-vaccins, is dat om die bij voorkeur in te zetten bij die jongere groepen. Dat is het stuk dat wij – denk ik – kunnen bijdragen aan het vertrouwen in de vaccins en in het vaccinatieprogramma.

De **voorzitter**:

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

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dank u, voorzitter. Hartelijk dank voor de presentatie. Ik hoor van vrij veel mensen die aangeven toch niet als tweede prik het AstraZeneca-vaccin te willen halen, en die daardoor niet volledig gevaccineerd zijn. In uw presentatie geeft u aan dat mensen die voor de tweede vaccinatie bijvoorbeeld het Pfizervaccin krijgen, meer bijwerkingen zouden krijgen. Ik ben wel benieuwd over wat voor specifieke bijwerkingen we het dan hebben. En er is ook nog onvoldoende informatie over hoe de effectiviteit is. Komt die informatie er zeer binnenkort wel aan? Hoe staat het daarmee, om mensen misschien toch nog perspectief te kunnen bieden?

De heer **Kullberg**:

Er lopen studies. Met name in Engeland loopt een grote studie naar het combineren van twee vaccins, Pfizer na AstraZeneca en AstraZeneca na Pfizer. De eerste resultaten beginnen binnen te druppelen. Wat er de afgelopen weken duidelijk is geworden, is dat zowel in de ene volgorde als de andere, dus AstraZeneca na Pfizer en andersom, beide combinaties meer bijwerkingen geven. En dan praten we over de kortetermijnbijwerkingen, dus wat we «reactogeniciteit» noemen: pijn, koorts enzovoorts, direct na de vaccinatie. Ernstige bijwerkingen zijn, voor zover ik weet, niet gemeld. De volgende stap is dat we informatie moeten krijgen over of het immuunsysteem überhaupt geactiveerd wordt door zo'n heterologe, andere tweede prik. Daarvan verwachten de onderzoekers dat ze eind deze maand, begin volgende maand de details met ons kunnen delen, zelfs voordat die openbaar of gepubliceerd worden. En om te kijken hoeveel bescherming het in de praktijk biedt, dat duurt natuurlijk een aantal maanden. Maar de eerste stap zou zijn om te weten of het immuunsysteem reageert, en dan kan je speculeren over de effectiviteit.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Kuiken van de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ja, dank. U stelde duidelijk: mensen die al ingepland stonden voor Janssen, kunnen hun prik nog steeds krijgen. Maar de realiteit van nu is dat mensen op dit moment al weggestuurd worden van de GGD's omdat ze qua leeftijdscohort niet meer in aanmerking komen voor het Janssen-vaccin. De realiteit is ook dat mensen nu al aan het bellen zijn met «ik wil het Janssen-vaccin niet; kom ik in aanmerking voor een ander vaccin?» en de GGD's zeggen: wij weten het niet, want die informatie hebben wijzelf ook nog niet. Weet u, de Gezondheidsraad staat hoog, dat advies wordt ook overgenomen, en daar wil ik ook niet aan tornen, maar het verbaast me toch wel in hoge mate dat dat advies er vanochtend ligt en er nog geen handelingsperspectief is bij VWS, er nog geen handelingsperspectief is bij de GGD's, en de chaos en onzekerheid alleen maar groter worden. En dat is niet de eerste keer. We hebben het gezien na de AstraZeneca-prikstop, we hebben het gezien na de prikstop bij Janssen. Daarom ook mijn vraag: is er nou echt geen afstemming tussen de Gezondheidsraad en VWS over wanneer deze communicatie naar buiten komt, en dat deze communicatie ook pas naar buiten komt als er ook een handelingsperspectief is? U hoort een beetje aan de intonatie van mijn stem dat dit mij hogelijk verbaast, maar ook een beetje irriteert.

De heer **Kullberg**:

Ja, ik denk toch dat dat vooral vragen zijn voor de Minister. De Gezondheidsraad werkt met waarnemers van VWS die meekijken bij het proces. En soms is al op langere termijn duidelijk wat voor richting een advies opgaat, soms op kortere termijn, maar dit zijn – denk ik – echt vragen voor de Minister, die hij moet beantwoorden. Ik heb zelf, maar dat heeft u ook gezien het afgelopen uur, in het nieuws mogen lezen dat de Minister een

aantal oplossingen daarvoor biedt, maar dat is echt aan hem, en niet aan de Gezondheidsraad.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Helder. Dan is mijn tweede vraag: was VWS al op de hoogte van dit aankomende advies toen het cohort 1976 werd uitgenodigd? Ik kijk even naar de expertise van de heer Paternotte voor wanneer dat exact was, maar dat is enkele dagen geleden, want ik ben zelf van een jaar later en mocht heel kortgeleden een afspraak maken: drie, vier dagen geleden. Wist VWS drie à vier dagen geleden al dat dat advies van de Gezondheidsraad eraan kwam en dat toch dat cohort van «76 nog is uitgenodigd?

De heer **Kullberg**:

Nee, daar kan ik u geen antwoord op geven. Dat weet ik ook werkelijk niet. Ik kan u zeggen dat dit soort adviezen niet een aantal dagen of weken op de plank liggen. Als er een reden was geweest om eerder aan de bel te trekken... En dat zei ik al eerder over AstraZeneca: als er een reden was geweest om vijftigers wel te vaccineren omdat dat een gunstig effect zou hebben gehad – wat het niet heeft – dan was daar eerder voor aan de bel getrokken. En dat geldt ook voor dit soort adviezen. Dat hebt u gezien bij wat in de volksmond de «prikstop» voor AstraZeneca heet, waarbij de Gezondheidsraad heeft geadviseerd om die vaccins om te buigen zonder te stoppen. Dat is binnen een dag geadviseerd toen dat signaal van de EMA kwam. En als er een reden was geweest om bepaalde groepen – en dat is de groep die u noemt, maar andere groepen ook – te waarschuwen dat die het vaccin niet zouden moeten hebben, dan kunt u erop vertrouwen dat de Gezondheidsraad dat tijdig zou doen.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ik ga mijn laatste vraag inzetten, want dit is geen antwoord op mijn vraag. U zegt net, als ik u goed heb gehoord: er zijn mensen van VWS betrokken bij onze adviezen. Ik wil gewoon weten: wisten mensen van VWS vier dagen geleden al dat dit advies er zou komen om te stoppen met Janssen in het vaccinatiebeleid?

De heer **Kullberg**:

Ik moet dat op twee punten corrigeren. Ten eerste zijn mensen van VWS niet betrokken bij de adviezen. Dat staat ook in alle stukken en in het advies van vandaag. VWS kan een waarnemer afvaardigen om contact te houden. Dat is wat anders dan betrokken zijn bij.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Maar dat is wel gebeurd.

De heer **Kullberg**:

Dat kunt u lezen in het advies. Ik ben even uw tweede vraag kwijt. Of dit advies er vier dagen geleden lag? Daarvan kan ik u in eerlijkheid zeggen dat dat niet zo was. Het advies lag er vier dagen geleden niet.

De **voorzitter**:

Oké. Mevrouw De Vries van de VVD.

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

Ik ga nog even door op dit punt. Ik snap op zich de frustratie wel dat het wat chaotisch overkomt. We hebben eerst iets over AstraZeneca gehoord en nu over Janssen. Ik denk dat de mensen thuis door de bomen het bos niet meer zien. U gaat er bij dit advies van uit dat er geen schaarste is. Ik waag dat toch wel enigszins te betwijfelen. Ik denk niet dat iedereen die nu een prik zou willen hebben, die dan ook kan krijgen. U geeft aan: waarschijnlijk levert het geen vertraging op ten opzichte van wat voor

medio juli aangegeven is. Maar mensen moeten bij Pfizer een tweede prik krijgen, dus voor die einddatum die in september of augustus lag, zou het dan toch wel verschil moeten maken. U heeft hier ook een gloedvol betoog gehouden: maak nou tempo en zorg dat mensen zo snel mogelijk volledig gevaccineerd zijn. Ik krijg dat niet zo goed bij elkaar. Misschien kunt u daar nog een toelichting op geven.

De heer Kullberg:

Ik begrijp uw vraag. Ik heb een paar dingen. Over de leveringen van de verschillende vaccins kan ik geen voorspelling doen. Ik denk dat dat voor iedereen onzeker is. Maar ik ga daar helemaal niet over. De Gezondheidsraad kan dus ook geen einddatum noemen. Dat is echt aan de uitvoering en de Minister, want die weten wat er wanneer binnenkomt. Die kunnen dat plannen. Uit de modellering van het RIVM blijken twee dingen. Ik heb die laten zien. We hebben van de logistieke afdeling van het RIVM de informatie gekregen dat dit maximaal een week dingen zou opschuiven voor een aantal mensen. Het is verder aan hen om dat te onderbouwen of niet.

Het andere is dat het voor de volksgezondheid – ik bedoel daarmee het aantal infecties, het aantal ziekenhuisopnames en het aantal overlijdens – geen verschil maakt. Dat ziet u aan die lijnen die precies over elkaar vallen. Het maakt ook geen verschil in de tijd. Het is niet zo dat er met het ene regime of het andere eerst meer mensen ziek worden en later minder. Dat betekent dat de bescherming precies gelijk op gaat in die verschillende vaccinatiescenario's. Nogmaals, dat komt doordat je in ruil voor een paar dagen langer wachten op je vaccin, een vaccin krijgt dat wat betere bescherming biedt. Per saldo is dus de populatie net zo goed beschermd.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

Ik heb nog even een verhelderende vraag. U zegt: ik heb geen zicht op de hoeveelheid vaccins en wanneer de leveringen zijn. Maar dat is toch wel een van de bases waarop u dit advies heeft gebaseerd? Ik zou het wel heel raar vinden als u zegt: ik heb geen idee, maar ik adviseer wel een bepaalde lijn te volgen.

De heer Kullberg:

Nee, in dit model zijn precies de leveringen opgenomen. Die informatie komt natuurlijk van het RIVM. De precieze leveringsdata over hoeveelheden, priktempo en uitrol zoals die voorspeld zijn tot augustus, zijn allemaal meegenomen in dit vaccinmodel. Voorspellingen kunnen elke keer weer veranderen. Dat weet u ook. De feiten kunnen veranderen. Ik heb u willen zeggen dat ik daar niet over ga. Het RIVM heeft dat allemaal meegenomen.

De voorzitter:

Meneer Van Meijeren.

De heer Van Meijeren (FVD):

Dank, voorzitter. Dank aan de heer Kullberg voor zijn komst. Mijn vraag gaat over het onderwerp dat net al even aan de orde was, namelijk het nut en de noodzaak van het vaccineren van de gehele bevolking, waaronder ook jonge en kerngezonde mensen. Zojuist werd gezegd dat dat zeker nut heeft, omdat ook jongeren hier ziek door kunnen worden. Ze komen wellicht niet in het ziekenhuis terecht, maar het kan helpen om de verspreiding te voorkomen en daarmee kwetsbaren te beschermen. Ik denk dat we niet uit het oog moeten verliezen dat het hier niet gaat over klassieke vaccins, maar over injecties die gebruikmaken van een nieuwe techniek, een experimentele gentherapie, waarvan de risico's op de middellange en lange termijn volledig onbekend zijn. Daarom toch mijn vraag: waarom wordt ervoor gekozen om jonge en gezonde mensen aan

deze enorme risico's bloot te stellen, terwijl het virus zelf voor hen niet of nauwelijks enig risico met zich meebrengt?

De heer **Kullberg**:

Ik denk dat ik u op twee punten even zou willen bijpraten. Het ene is dat die risico's ook voor jongere mensen en kerngezonde mensen niet nihil zijn. Er zijn ook jonge mensen die in het ziekenhuis op de intensive care komen. Er zijn zelfs overlijdens door COVID-19 in de jongere leeftijdsgroepen. De risico's zijn dus lager, zoals ik in de curve heb laten zien en zoals ook algemeen bekend is, maar ze zijn niet nihil. Hoe groot je dat risico vindt, is een subjectieve weging, maar het is er. Het andere is dat we in de medische wereld een andere betekenis hechten aan gentherapie. Dat is niet wat een mRNA-vaccin doet. Ook is «experimenteel» niet de term die we gebruiken voor een vaccin dat door autoriteiten zoals EMA is goedgekeurd en dat in trials is onderzocht. Bij een fase-3-registratietrial, zoals voor deze vaccins is gedaan, zijn we uit de experimentele fase. Dat is misschien een woordkeus, maar ik hecht er toch aan om dat even toe te lichten. Dus de overall-voordelen, waar het advies van vandaag juist over gaat ... Je moet de risico's afwegen tegen de voordelen van vaccinatie. Dat geldt voor alle leeftijdsgroepen. Ik heb u laten zien dat ook voor jongere leeftijdsgroepen – ik blijf over volwassenen praten en niet over personen onder de 18 – de nut-risicoratio positief uitvalt in het voordeel van het nut, volgens de Gezondheidsraad en overigens ook volgens de adviesorganen in andere landen.

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

Ik zou daar graag ook een volgende vraag over willen stellen. Ik heb zelf niet gezegd dat er nooit een jongere ziek wordt of in het ziekenhuis terechtkomt. Hetzelfde geldt natuurlijk voor influenza. Ook daar overlijden heel af en toe weleens jongeren aan, komen er weleens jongeren door in het ziekenhuis en hebben ook jongeren nog weleens maandenlang last van de gevolgen, maar dat is verwaarloosbaar. Dat is niet de grote bedreiging voor de capaciteit van de zorg. Daarom blijft mijn vraag de volgende. Nu alle mensen die kwetsbaar zijn en risico lopen de mogelijkheid hebben om gevaccineerd te worden en dus om zichzelf te beschermen, waarom is het dan zodanig noodzakelijk om de gehele bevolking te vaccineren, waarbij zelfs wordt gebruikgemaakt van emotionele chantage? Je mag niet meer naar de kroeg als je niet gevaccineerd bent. Je bent een egoïst als je anderen niet beschermt. Dit terwijl de risico's voor hen in ieder geval verwaarloosbaar zijn. U zult toch moeten erkennen dat de bijwerkingen van deze vaccins op middellange en lange termijn volstrekt onduidelijk zijn.

De heer **Kullberg**:

Ik denk dat een aantal van deze vragen aan de politiek ter beantwoording zijn, en niet aan mij. De Gezondheidsraad vindt – ik denk dat velen dat met ons eens zullen zijn – dat de risico's ook bij jongeren niet verwaarloosbaar zijn. Dat is de reden om in het advies zoals dat vanaf 19 november is gegeven, te adviseren om iedereen het vaccin aan te bieden, van oud naar jong. Dat is oorspronkelijk tot 18 jaar geweest. Dat is dus het advies van de Gezondheidsraad.

De **voorzitter**:

Ik denk dat de heer Van Meijeren bedoelt dat in de tabel die u vier keer heeft laten zien, mensen onder de 45 nauwelijks uitslaan. We hebben allemaal heel verschillende opvattingen over corona, maar ik denk dat de heer Van Meijeren wel een vraag stelt naar aanleiding van uw presentatie.

De heer **Kullberg**:

Dit gaat over sterfte en deze grafiek is na de eerste golf gemaakt. U kunt zich voorstellen dat er niet enorme hoeveelheden jongeren waren – gelukkig niet – die in de eerste golf zijn overleden aan corona. Deze grafiek gaat specifiek over sterfte in de eerste golf. Dat betekent dus dat je daarmee geen uitspraak kunt doen over ziekte, over eventuele langdurige ziekte, over ziekenhuisopnamen en over ic-opnamen. Dat kunt u niet uit die grafiek aflezen.

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

Dan zou ik ook graag mijn laatste vraag inzetten.

De **voorzitter**:

Uw laatste vraag, meneer Van Meijeren.

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

Het lijkt er haast op alsof koste wat kost ieder risico moet worden uitgesloten dat er ooit nog iemand in het ziekenhuis terechtkomt met covid. Maar we weten inmiddels – dat is ook al lang en breed bekend – dat corona nooit zal verdwijnen en steeds opnieuw zal opduiken in nieuwe varianten. Er zal nooit groepsimmunititeit ontstaan. In die zin is het volledig vergelijkbaar met het influenzavirus. Waarom wordt er dan zo'n compleet andere vaccinatiestrategie gehanteerd ten aanzien van covid dan ten aanzien van influenza, waarvoor alleen de kwetsbaren zich vrijwillig kunnen laten vaccineren?

De heer **Kullberg**:

Ik herken uw uitgangspunten eerlijk gezegd niet, noch over de toekomst van covid of groepsimmunititeit, noch over de vergelijking met influenza. Ik kan u daar dus geen antwoord op geven.

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

Dan graag een punt van orde. Ik zou de heer Kullberg dan ook even willen bijpraten. Vorige maand verscheen er in het tijdschrift Medisch Contact een artikel, net als in het wetenschappelijke tijdschrift Nature, waaruit blijkt dat er nooit groepsimmunititeit zal ontstaan omdat het coronavirus altijd opnieuw zal blijven opduiken in tal van nieuwe varianten. Wellicht kunt u daar kennis van nemen. Dan spreken we de volgende keer hierover verder.

De heer **Kullberg**:

Ik ben daarvan op de hoogte, maar dat is geen antwoord op uw vraag. Ik heb ook het woord «groepsimmunititeit» niet gebruikt. We zijn er allemaal goed van op de hoogte dat er mutaties optreden, maar u heeft in de presentatie van Van Dissel kunnen zien wat tot nu toe al het positieve effect is geweest van vaccinatie van de oudere groepen. Ik denk dat dat voldoende aangetoond is.

De **voorzitter**:

De heer Kuzu heeft geen vragen. Dan zijn we aan het eind gekomen van de presentatie van de heer Kullberg. Hartelijk dank voor uw presentatie, meneer Kullberg. Wie weet wordt u nog een keer afgevaardigd door het Ministerie van VWS. Dan gaan we weer naar u luisteren. Ik schors voor een paar ogenblikken, waarna we naar de derde ronde gaan. Dan komt de heer Van Delden, programmadirecteur vaccinaties van het RIVM, ons bijpraten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

Aangeschoven is de heer Van Delden. Ik heb hem al geïntroduceerd als programmadirecteur vaccinatie COVID-19 van het RIVM. Zijn presentaties zijn meestal iets korter dan die van zijn collega's. Ik denk dat we het allemaal wel gaan redden voor 16.30 uur. Anders mogen we nog een paar minuutjes uitlopen, maar ik denk dat het goedkomt. Ik geef u het woord.

Blok 3

Gesprek met:

- de heer Van Delden, programmadirecteur vaccinatie COVID-19 bij het RIVM.

De heer **Van Delden**:

Dank u wel, voorzitter. Ik heb iets meer slides dan normaal gesproken, maar ik zal evengoed mijn best doen om het niet te lang te laten duren en toch ook niet te snel te praten. In de presentatie van vandaag geef ik een paar algemene ontwikkelingen weer, maar ga ik vooral in op twee onderwerpen. Ten eerste is dat het onderwerp: hoe kunnen we de vaccinatiegraad verhogen, ook in de doelgroepen waar dat wat extra inzet vraagt? Ten tweede is dat de registratie, de gegevenslevering van de vaccinaties aan het RIVM.

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

Ik heb even een feitelijke vraag. We hebben net de presentatie van de Gezondheidsraad gehad en het advies gekregen. Ik neem aan dat dat ook al is verwerkt in de presentatie of dat u in ieder geval al iets kunt zeggen over de gevolgen.

De heer **Van Delden**:

In enige mate, want dat advies heb ik ook vandaag gekregen. We hebben van tevoren natuurlijk wel in scenario's gedacht, waarbij er ook een scenario in de buurt komt van dit advies, maar het advies is ook voor mij nieuw. We kunnen er wel op ingaan. Ik heb in de voorbereiding natuurlijk wel datgene gedaan wat ik kon doen, maar had ik het advies vorige week gekregen, dan had ik het meer kunnen verwerken.

De heer **Paternotte** (D66):

Ik wil nog een korte aanvullende vraag stellen. Wanneer zou de heer Van Delden een verwerking hebben van de maatregelen die de Minister vandaag heeft aangekondigd naar aanleiding van het advies?

De heer **Van Delden**:

Dat hangt een beetje af van welke verwerking u precies bedoelt, maar ik kan daar straks wel op ingaan. Misschien is dat goed. Het hangt namelijk een beetje af van de verwerking waar het om gaat, maar ik denk dat we daar straks in het gesprek vanzelf wel bij komen.

De vaccinatie gaat hard. We krijgen meer vaccins, dus de volumes nemen toe. Dat is natuurlijk heel erg gunstig. Ik denk dat steeds meer mensen aan den lijve ondervinden dat er gevaccineerd wordt en ook hoe dat gaat. Gemiddeld genomen gaat dat heel erg soepel. Het maken van afspraken en het krijgen van het vaccin gaan in het algemeen genomen heel erg soepel. Ik ben ook blij met de positieve berichten die ik daarover hoor. Ik heb hier een grafiek die toont hoe het aantal gezette vaccinaties toeneemt. Dit zijn de vaccinaties en dit is het aantal gevaccineerde personen. Dat is lager, omdat sommige mensen twee prikken moeten krijgen. We gaan hard op weg naar de 10 miljoen. IJs en weder dienende verwacht ik dat we ongeveer donderdag de 10 miljoen vaccinaties bereiken. Ik ben er heel erg blij mee dat het tempo zo hoog ligt.

Deze grafiek heb ik de vorige keer ook laten zien. Die toont de toename van het aantal gezette vaccinaties tot nu toe, maar ook vooruit, dus wat

we daarin verwachten. De grafiek toont het aantal eerste en tweede vaccinaties, maar toont ook de afname van het aantal mensen dat zich wil laten vaccineren maar nog niet gevaccineerd is. Hij is iets geüpdatet ten opzichte van de versie die ik in de vorige technische briefing heb laten zien. De vaccinatiegraad neemt toe. We hebben daar ook over gepubliceerd. Boven de 65 is hij zeker 87%. Als je kijkt naar de verschillende leeftijden, kun je hier zien wat de vaccinatiegraad is voor de eerste vaccinatie per leeftijdscohort en hier voor de tweede vaccinatie. Mijn collega Van Dissel heeft deze grafiek ook laten zien, dus met uw goedvinden ga ik hier even snel doorheen.

Dit is een belangrijk plaatje met betrekking tot de vaccinatiegraad. Hier worden de regionale verschillen in de vaccinatiegraad getoond. Het valt dan op dat op dit niveau de regionale verschillen vrij klein zijn. Daar ben ik natuurlijk blij mee. Het is wel zo dat als je meer inzoomt, je grotere verschillen ziet. Op kleinere schaal, bijvoorbeeld op wijkniveau, zie je grotere verschillen in de vaccinatiegraad. Daar zal ik straks op terugkomen bij het onderwerp van het laagdrempeliger toegankelijk maken van de vaccinatie voor sommige doelgroepen.

Dat is het bruggetje naar de volgende slide. Ik kijk even in mijn papieren. Ik heb het over laagdrempelige toegang. Er wordt ook wel gesproken over moeilijk bereikbare groepen. Dat vind ik een beetje een nare term, want dat heeft niet alleen met de groep te maken, maar ook met de manier waarop je het aanbiedt. Ik noem het dus maar even: acties op de laagdrempelige toegang.

Er zijn daarbij vier belangrijke onderwerpen, die ik in de volgende slides langs zal lopen. Het eerste is: over welke specifieke groepen heb ik het eigenlijk als ik het heb over groepen waarbij we meer inzet plegen om de vaccinatie laagdrempelig toegankelijk te maken? Het tweede punt gaat meer over de wijkaanpak, dus vooral de samenwerking met de GGD, waarbij op regionaal niveau wordt bekeken op welke manier we daar waar de vaccinatiegraad achterblijft, extra inspanningen doen en de vaccinatie op een andere manier aanbieden om de vaccinatiegraad ook daar te verhogen. Het derde is een algemene actie over heel Nederland: de herhaaloproep, die ik ook weleens een veegactie heb genoemd. Dat betekent dat we mensen aan wie we de vaccinatie al een keer hebben aangeboden, de vaccinatie nog een keer aanbieden. Het vierde punt gaat over de communicatiematerialen die worden verstuurd, maar ook die online en op andere manieren beschikbaar zijn. Deze vier onderwerpen ga ik in de volgende slides met u langs.

Ik begin met het eerste punt. Ik wil eigenlijk niet bij alle afzonderlijke groepen stilstaan, maar er zijn verschillende hoofdgroepen mensen aan wie we vaccinaties willen aanbieden, maar waarbij dat extra inzet vraagt. Ten eerste zijn dat de asielzoekers, een groep met een grootte van ongeveer 50.000. De vaccinatie is daar gestart en loopt goed, ook in goede samenwerking met de partijen daar. Een groep die ongeveer even groot is, is de groep in de maatschappelijke opvang. Dan heb je het onder andere over dak- en thuislozen, maar ook over vrouwen in de vrouwenopvang van wie het adres bijvoorbeeld niet bij ons bekend is. Het aanbieden van vaccinaties aan deze groep vraagt om andere acties dan normaal gesproken. Een andere groep zijn de mensen die in een penitentiaire inrichting zitten. De gemiddelde verblijfsduur is daar korter dan de interval van Pfizer en Moderna, dus wij vaccineren daar vooral met Janssen. Ook hier is de vaccinatie gestart en loopt die voorspoedig, maar ook hier vraagt het een andere aanpak dan normaal gesproken, want deze mensen kunnen vanzelfsprekend niet naar de GGD komen. Verder zijn er de arbeidsmigranten en de niet in Nederland geregistreerden. Zij krijgen de vaccinatie ook aangeboden. Wat de niet-geregistreerden betreft: gisteren is er een mail in vijf talen verstuurd naar zo'n 20.000 mensen van wie het mailadres wel bekend is, met verwijzing naar een callcenter waar ze terecht kunnen waar ook Engels gesproken wordt. Zij kunnen zich daar

melden voor een vaccinatie. Het gaat om mensen die een maand of langer in Nederland verblijven en aan wie vaccinatie dus op deze manier aangeboden wordt. De laatste groep is de groep zeevarenden. De vaccinatie zal daar wat langer duren dan je zou verwachten op basis van de omvang van de groep.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dan moeten ze wel het gele boekje meenemen. Anders hebben ze een probleem.

De heer **Van Delden**:

Op het gele boekje kom ik ook terug. De zeevarenden zijn soms voor langere tijd niet in Nederland, zodat wij ze hier ook het vaccin niet kunnen aanbieden. We werken daar in principe met Janssen, omdat het verblijf in Nederland vaak te kort is om de tweede prik op tijd te geven. De vaccinatie kan bijvoorbeeld ook op Schiphol gebeuren wanneer dat handig is. Dan de wijkaanpak bij de GGD. U ziet hier een mobiele prikunit, een bus waarin kan worden geprikt. Wij noemen dat ook wel «de spuitbus», dus de bus met de spuitjes. Deze staat in Harlingen. We zijn er nu aan toe om de vaccinaties steeds meer op dit soort tijdelijke vaccinatie locaties aan te bieden. Het idee is over het algemeen dat je daar terecht kan zonder afspraak, maar je moet wel uitgenodigd zijn. Je kunt dus niet vooruitlopen op je uitnodiging en moet de uitnodiging ook meenemen. Dan kun je hier terecht voor een vaccinatie. De komende tijd gaan we dit uitbreiden. De GGD neemt hierin veel initiatief. Onze lijn is dat dit niet in heel Nederland hetzelfde hoeft te zijn. De GGD'en bepalen in hun eigen regio wat daar verstandig is. We werken daarin samen door de data van de GGD en die van het RIVM te combineren om te zien waar de vaccinatiegraad het meest achterblijft.

Er zijn vijftien mobiele units inzetbaar, die in meerdere regio's zullen worden ingezet. Je kunt natuurlijk ook een afspraakloze vaccinatie aanbieden, niet in de bus maar op een andere plek. Deze units worden nu gebruikt op een manier die een beetje vergelijkbaar is met de borstkanker-screening. Daar werken we ook met mobiele bussen zodat je gewoon dichtbij, en in het geval van een vaccinatie zonder afspraak, terecht kan. Dit is deze week gestart. Het is vorige week voorbereid. Op basis van wat we hieruit leren over wat goed en minder goed werkt, gaan we het grootschaliger uitrollen om te kijken hoe dat het beste kan.

Dan de herhaaloproep. We hebben al eerder de groep van 80 tot 90 jaar opnieuw een brief gestuurd. De mensen die al gevaccineerd zijn, worden daaruit gehaald als wij hun gegevens hebben. We gaan dat de komende tijd ook doen voor alle Nederlanders boven de 60 jaar. We starten met een herhaaloproep voor de mensen boven de 90. Het kan zijn dat zij dan een dubbele uitnodiging ontvangen, of omdat wij hun gegevens niet hebben gekregen, of omdat zij bijvoorbeeld door hun huisarts zijn gevaccineerd en we daarvan de gegevens nog niet hebben. Dat geldt eigenlijk voor alle herhaaloproepen. Het is mogelijk dat mensen die dubbel ontvangen, maar we weten uit de andere vaccinatieprogramma's ook dat het verzenden van een herhaalbrief wel goed kan werken. Het is een bewezen methode om de vaccinatiegraad iets te verhogen. Voor de groep 60 tot 65 geldt dat zij niet een brief ontvangen, want we hebben daar nog slechter zicht op wie al gevaccineerd is. Dat doen we nu dus nog niet, maar ze kunnen vanaf 5 juni online een afspraak maken voor vaccinatie, waarbij de vaccinatie dan met Pfizer of Moderna zal zijn. Daarnaast zijn er in alle instellingen permanent veegrondes voor mensen die bijvoorbeeld de vorige keer ziek waren en om die reden niet gevaccineerd konden worden. Dan krijgen ook zij weer de kans om gevaccineerd te worden.

Dan de communicatie. Dat gaat eigenlijk vooral om de communicatie die we meesturen met de uitnodiging. In mijn derde sheet over dit onderwerp zal ik kort stilstaan bij de algemene publiekscommunicatie, niet met de

brief. In de brief is veel aandacht besteed aan laagdrempelige informatie. We hebben de brief begin april ook aangepast op basis van de ervaringen tot dan toe. We hebben daarbij veel samengewerkt met Pharos, dat de expertise heeft op het gebied van laagdrempelige toegang en laaggeletterdheid, met taalambassadeurs maar ook met de gedragsunits van het RIVM: hoe kan je dat nou goed opschrijven? Vanaf april is de informatie dus aangepast. We zien uit de evaluatie daarvan dat het gemiddeld gezien heel goed wordt ontvangen.

Hier zijn een aantal voorbeelden. De brief is relatief kort. Er wordt aangegeven dat je zowel online als telefonisch een afspraak kan maken. Er worden veel online afspraken gemaakt en dat is ook heel goed, want het callcenter heeft een hele grote capaciteit, maar geen oneindige capaciteit. Het is dus heel behulpzaam als afspraken online worden ingepland. Dat haalt de druk bij het callcenter weg. Er is ook veel informatie ontwikkeld die meer visueel van aard is: wat minder geschreven tekst en iets meer met plaatjes, zeg maar. Er is ook, bijvoorbeeld op Steffie, echt specifieke informatie voor laaggeletterden. De informatie is ook in veel talen ontwikkeld. De afgelopen periode is bij alle huisartsen laagdrempelige informatie over de vaccinatie achtergelaten in meerdere talen. Zoals ik de vorige keer heb verteld, zijn er ook informatiebijeenkomsten geweest specifiek voor sommige culturele groepen. Dit over de communicatie. Dan het andere hoofdonderwerp van deze presentatie: de registratie. Daar is veel over te doen geweest. Dat heeft te maken met de compleetheid of incompleetheid van het landelijke register. Bij de uitvoerders, zoals de GGD, de huisartsen en de instellingen, wordt gevaccineerd. De registratie daarvan wordt gedaan in het eigen bronsysteem. Dat is een decentraal bronsysteem van bijvoorbeeld de huisarts of GGD. Uit dat decentrale systeem wordt de informatie, als daar toestemming voor is gegeven, dan doorgegeven aan het RIVM. We zien overall dat we nu op ongeveer 81% vulling zitten, dus dat 81% compleet is. Daarbij is het zo dat de registratie bij de GGD veel vollediger is. Bij de GGD'en zien we dat ongeveer 5% van de mensen geen informed consent geeft. Die gegevens heeft de GGD wel, maar daarvan hebben de mensen aangegeven: ik wil niet dat je die doorgeeft aan het RIVM. We zien ook dat bij ongeveer 3% van de mensen telefonisch een afspraak heeft gemaakt, de callcentermedewerker vergeten is aan te vinken of iemand wel of niet toestemming heeft gegeven om de gegevens te delen. De mate waarin dat gebeurt, neemt af. Het is natuurlijk zonde, maar als wij niet weten dat iemand toestemming heeft gegeven, kunnen wij er niet van uitgaan dat het goed is. Die interpreteren wij dus als «geen akkoord», want als een akkoord niet gegeven is, dan is het niet gegeven. Het is natuurlijk wel zaak om dat zo veel mogelijk te beperken. Dat lukt ook steeds beter door een steeds betere instructie van de medewerkers, die ook beter ingewerkt zijn. Bij de huisartsen en de instellingen zien we dat er veel inspanning wordt gepleegd, zowel door henzelf als door de leveranciers van de decentrale registratiesystemen, om de doorlevering aan het RIVM-systeem te verbeteren. Daarbij mist zowel bij de huisartsen als bij de instellingen nu nog zo'n 40% van de gegevens. Dat is nog wel veel. Tegelijkertijd zien we wel dat het de afgelopen tijd echt verbetert. Ik denk dat er de afgelopen twee maanden – ruw gezegd; het klopt niet helemaal – elke maand ongeveer 10% bij komt. We begonnen met 60% missende data, nu is het ongeveer 40% missende data, dus ik zie dat de vulling goed toeneemt. Nog steeds zijn we druk bezig om dit verder te faciliteren en aan te sturen. Daar waar we bijvoorbeeld gegevens van een huisarts helemaal missen, nemen we contact op: «Goh, is er iets niet goed gegaan? Mist er iets in het systeem? Kunnen we op een andere manier helpen?» Hier wordt dus veel inzet op gepleegd, maar ook wel met resultaat. Misschien langzamer dan we zouden willen, maar het resultaat is er wel. En als je bent gevaccineerd, kun je met je DigiD op MijnRIVM de status van je vaccinatie nagaan.

Dit was mijn laatste slide. Ik weet niet of er vragen zijn?

De voorzitter:

Dank u wel. We gaan beginnen met het stellen van vragen. Mevrouw Gündoğan.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik heb nog wel een vraag. Dank voor uw presentatie. Vanuit die presentatie krijg ik het gevoel dat het toch wel redelijk beperkt is wie zich niet laat vaccineren. Dat is niet helemaal het beeld dat ik uit de media haal. Nu is de media niet altijd loepzuiver. Ik heb echter niet kunnen vaststellen hoe groot de groep is die niet bereid is om zich te vaccineren en of dit dan wel voldoende gaat helpen. Ik maak me enigszins zorgen om de groepen die we nu moeilijk bereiken en ik heb behoefte om de ernst en de omvang van die groepen te kennen.

De heer Van Delden:

Misschien twee of drie dingen. We zien dat bij de 65-plussers de vaccinatiegraad 87% is. Dat is best wel hoog. Niet dat we zeggen «dan zijn we klaar», maar het is op zich wel hoog. Met bijvoorbeeld de herhaalbrief proberen we het dus nog verder op te hogen. Voor de 60-plussers wordt die actie opgezet. Bij de bevolking als geheel zien we uit onderzoek dat de vaccinatiebereidheid ongeveer op 84% ligt. Gemiddeld is dat best hoog. Het is vooral interessant om te kijken in welke subgroepen het heel laag is. Dat is een beetje moeilijk te bepalen als je deze mensen nog geen vaccinatie hebt aangeboden, want dan weet je niet wie niet gevaccineerd is omdat hij niet wil en wie omdat hij nog niet aan de beurt is geweest. We weten het al wel op wijkniveau. Dat hebben we al behoorlijk in beeld, dus daar gaan we gericht op inzetten met die bussen waar je zonder afspraak terecht kan. Ik heb de verschillende groepen toegelicht. Bij bijvoorbeeld daklozen zijn er veel speciale acties. De aanpak kan in Nederland verschillen van regio tot regio. We gebruiken de kennis van de GGD, die de regio goed kent. Waar we het weten, zetten we dus al gerichte actie in, maar het klopt dat we nog niet precies weten waar de opkomst laag zal zijn omdat we gewoon nog niet iedereen een vaccinatie hebben aangeboden. Dit is dus ontwikkelende kennis, maar met de kennis die we nu hebben zetten we al de eerste acties in om meer lokaal en met maatwerk – dus niet alles over één kam – vaccinatie aan te bieden.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik heb dan nog een laatste vraag hierover. Voor zover ik weet zien we in Nederland – corrigeer me als dit niet klopt – gewoon dat de vaccinatiebereidheid voor bijvoorbeeld de mazelen aan het dalen is. Kunnen wij met dat soort ontwikkelingen en met de kennis die we hebben van die dalende vaccinatiebereidheid, ons voordeel doen door die in deze strategie te incorporeren?

De heer Van Delden:

Ja, zeker. Vanuit het RIVM voeren we niet alleen de regie over mazelen-vaccinatie, maar ook over de baarmoederhalskankervaccinatie, het Rijksvaccinatieprogramma en de griepvaccinatie. Daaruit is natuurlijk best wat kennis ontstaan over wat mensen ervan kan weerhouden om zich te laten vaccineren. Als iemand echt niet wil, hoeft dat natuurlijk niet. Het is vrijwillig. Maar als iemand het niet doet omdat hij bijvoorbeeld niet de goede informatie heeft gekregen of omdat het te lastig is, is dat vervelend. Je wilt voorkomen dat mensen zich daarom niet laten vaccineren. We hebben hier dus best veel ervaring mee. Dit is natuurlijk wel een vaccinatie zoals we die nog nooit hebben gehad, maar de ervaring en kennis die we hebben uit de andere programma's passen we zeker toe.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):
Nog een laatste verduidelijkende vraag.

De **voorzitter**:
U krijgt alle tijd voor uw vragen, want u hebt ze allemaal opgespaard. Neem uw tijd. Wij luisteren nu.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):
O, heel fijn. Ook hier in de Kamer zagen we zojuist mensen die moeite hebben met de wetenschap. Dat is natuurlijk wel een opkomende trend die steeds ingewikkelder wordt voor de volksgezondheid, die ook in onze Grondwet staat. Wat kunnen wij dan nog meer doen om gewoon dat soort larie die de vaccinatie in de weg staat beter te bestrijden en minder ruimte te geven aan dat soort verhalen, die nergens op gebaseerd zijn of alleen maar op aannames?

De heer **Van Delden**:
Misschien twee dingen. Op de derde slide over communicatie staan verschillende acties die we inzetten, juist naar aanleiding van deze ontwikkeling, de bredere maatschappelijke ontwikkeling, die u schetst. VWS is de partij die de algemene publiekscommunicatie aanstuurt. Het RIVM is verantwoordelijk voor de brief, voor de materialen en ook voor de communicatie naar professionals, maar de brede publiekscommunicatie valt onder het ministerie zelf. Ze hebben hier echt wel specifiek plannen voor, ook voor het bestrijden van desinformatie en dergelijke. Daar eindigt een beetje mijn kennis. Dat zou een vraag zijn voor het ministerie zelf, om daar nog iets dieper op in te gaan.

De **voorzitter**:
Is dat voldoende? Ja. De heer Paternotte, had u nog een vraag?

De heer **Paternotte** (D66):
Ja, dank u wel. Misschien nog even over het gele boekje. Ik krijg vandaag allemaal berichten van mensen die zeggen «hier kon ik wel een stempel halen» en «hier wordt het geweigerd». Het verschilt dus totaal per GGD-locatie. Nu is de lijn vanuit het ministerie eigenlijk: het heeft geen formele status, dus je moet gewoon je registratiekaart laten zien. Wat mensen dan aangeven, is: dat is leuk, maar ik kom er de grens met Duitsland niet mee over. Dat had tot een paar dagen geleden een testplicht voor Nederlanders, maar niet voor gevaccineerden. Als mensen dan zeiden dat ze gevaccineerd waren, werd er gezegd: «Dat is een Nederlandstalige kaart, daar doen we niks mee. Waar is uw gele boekje?». Het gele boekje was niet gestempeld, want dat mocht niet en dan moeten mensen drie keer per week testen. Dat is dan even een praktisch voorbeeld. Heel veel mensen zeggen: dat gaat voor veel meer plekken op, omdat internationaal het gebruik is dat je het gele boekje, of het nou een formele status heeft of niet, laat zien en daarmee aantoont welke vaccinaties je hebt gehad, zoals we dat bij reizen, reizigersvaccinaties, natuurlijk gewend zijn. Wat adviseert u mensen die een Duits- of Engels-talig bewijs nodig hebben, die dat met de registratiekaart niet hebben en geen stempel kunnen krijgen?

De heer **Van Delden**:
Ik vind dat een beetje een lastige vraag. Noch de stempel noch de registratiekaart noch het gele boekje heeft internationaal de status die straks de digital greencard zal hebben. De registratiekaart is een foutloze wijze om het gekregen vaccin en de vaccinatiedatum mee te geven aan mensen en dat is inpasbaar in het gele boekje. Daarmee is dat een foutloze methode. Wanneer er handgeschreven aanvullingen komen in het gele boekje, is dat relatief foutgevoelig. Ik weet dat sommige GGD'en

dit extra aanbieden, maar dit is niet verplicht. Gezien de opschaling die de GGD'en moeten realiseren en de inzet die zij nu al plegen om op wijkniveau specifieke acties te ondernemen voor groepen waarbij de vaccinaties achter dreigen te gaan lopen, ben ik zelf terughoudend om dit als landelijk beleid voor te schrijven, ook gezien de relatief beperkte meerwaarde van die stempel erin. Het besluit hierover ligt vanzelfsprekend bij de Minister en niet bij mij. Maar even voor het beeld: in de analyse hoe we de GGD'en kunnen klaarmaken voor de opschaling, met de expertise van de heer Franso over hoe je zo'n proces inricht, wordt gekeken naar secondes tijdverlies in het proces. Vanuit wat daar bereikt is, heb ik enige terughoudendheid om landelijk verplicht te stellen om iets bovenop de registratiekaart te leggen.

De heer **Paternotte** (D66):

Ik heb een korte, aanvullende vraag, hypothetisch geformuleerd. Zou het zo kunnen zijn dat theorie en praktijk hier gewoon uit elkaar lopen, namelijk de theorie dat die registratiekaart dé foutloze methode is, maar dat de Duitse autoriteiten daar simpelweg anders over denken en dat mensen daardoor tegen problemen aanlopen? Dat geldt ook voor de theorie dat het extra tijd kost om dat stempel te zetten, terwijl ik van GGD'ers hoor dat de discussie die het oplevert als je het niet doet terwijl mensen het wel graag willen, eigenlijk meer tijd kost dan gewoon die stempel zetten.

De heer **Van Delden**:

Dat kan. Theorie en praktijk lopen weleens uit elkaar, hoe onhandig ook. Ik snap goed wat u zegt. Voor nu is dit het standpunt: dat we vanuit het RIVM of VWS niet alle GGD'en verplicht stellen om dit in te voeren. Ik weet inderdaad dat GGD'en er verschillend mee omgaan en ik begrijp ook dat dat onhandig kan zijn, maar dit is voor nu het landelijke beleid. Een vraag om dat te wijzigen zou misschien beter aan het ministerie zelf gesteld kunnen worden dan aan mij.

De **voorzitter**:

Er ligt ook een aangenomen motie-Kuiken, natuurlijk. Dat vind ik toch altijd heel wonderlijk, helemaal in deze coronacrisis, dat aangenomen moties niet worden uitgevoerd. Dat is niet aan u hoor, maar het ministerie moet daar toch wat mee doen.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ik heb nog een hele lijst van moties die wel zijn aangenomen, maar niet zijn uitgevoerd.

De **voorzitter**:

Oké. Dan mevrouw Van den Berg.

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

Voorzitter. Ik heb nog een vraag, maar volgens mij mag ik niet meer.

De **voorzitter**:

U mag niet meer, maar we hebben nog twintig minuten. Ik denk dat we er wel uitkomen.

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

Dank u wel voor deze coulance. Ik heb één vraag. We krijgen nu, om het zo maar even te noemen, een nieuwe ronde voor mensen die in eerste instantie hebben geweigerd. Gaat dat vertraging opleveren voor mensen die gewoon qua volgorde aan de beurt zijn? De heer Paternotte steekt gelijk zijn hand op. Is het nu zo dat de heer Paternotte pas later aan de

beurt komt doordat er mensen voorgaan die in eerste instantie geweigerd hebben?

De heer **Van Delden**:

«In eerste instantie geweigerd» zijn misschien niet de woorden die ik zelf zou gebruiken. Er zijn ook mensen die destijds een vaccinatie aangeboden hebben gekregen en toen niet in staat waren om de vaccinatie te halen, bijvoorbeeld om dat er iets anders tussendoorkwam. Het gaat hier in principe altijd om mensen met een gemiddeld genomen hoger medisch risico dan de groepen die nu voor vaccinatie worden uitgenodigd. We zijn al onder de 40 aan het uitnodigen, tot mijn grote vreugde. Maar het is natuurlijk zeker zo dat een vaccin dat in de een gaat, niet meer in de ander kan. Dat klopt zeker. Dat betekent niet dat daarmee de vaccinatie van de totale populatie 18-plus vertraagt, alleen verdeel je de vaccinaties in de eerste een tot twee weken iets meer in de groep met een hoger risico dan in de groep met een lager risico. Dat is in lijn met de vaccinatiestrategie op basis van het advies van de Gezondheidsraad.

De **voorzitter**:

Dan mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik maak graag gebruik van de gelegenheid om de vraag die ik in de vorige ronde stelde hopelijk hier aan de juiste persoon te stellen. Wat kan er nu gedaan worden om te zorgen dat groepen waar de vaccinatiebereidheid een stuk minder is beter voor te lichten? Ik heb natuurlijk ook de voorbeelden gezien, zoals mobiele priklocaties. Er gebeurt van alles, maar kan er nog meer gedaan worden en kunnen wij daar misschien ook een rol in spelen?

De heer **Van Delden**:

Dat zijn twee vragen, waarvan ik de laatste heel charmant vind. Dus laat ik daarmee starten. Ik denk dat Kamerleden een heel zichtbare positie hebben. Wat daar wordt gedaan wat ondersteunend is, waardeer ik. De eerste vraag, namelijk wat er nog meer gedaan kan worden, is precies wat we nu aan het uitzoeken zijn. Aan de ene kant – dat was ook mijn eerdere antwoord – moeten we boven water halen waar het het meest achterloopt. Dat kan je pas bepalen als je kan zien wie hem niet heeft genomen en wie wel. Dan moeten ze het natuurlijk eerst aangeboden hebben gekregen. Op wijkniveau hebben we die informatie wel al. Daarvoor lopen nu meerder pilots, om te kijken wat goed werkt en wat het beste effect heeft. Op basis van wat we daaruit halen, gaan we dat steeds breder vormgeven. Dat doen we in ieder geval met die mobiele units, met die bussen, maar mogelijk ook op vaste locaties, want dat kan natuurlijk ook, tijdelijk.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik maak me ernstig zorgen over de privacyaspecten van de registratie van de vaccinatiegegevens. Niet alleen bij mij, maar ook bij privacyexperts zijn er zorgen over het registreren, namelijk dat het twintig jaar wordt bewaard door het RIVM en dat het voor andere doeleinden kan worden gebruikt dan op dit moment het geval is. Dan blijft de vraag waarom het per se nodig is om naam en specifieke geboortedatum op te slaan. Ik snap best dat je voor de vaccinatiegraad het geboortjaar zou willen weten, maar ik vind dat er zorgelijke privacyaspecten zijn aan een naam van iemand opslaan in zo'n grote database van de overheid. Volgens mij zou dit AVG-technisch ook niet hoeven.

De heer **Van Delden**:

De hele registratie en de database van het RIVM zijn zeer zwaar onder de loep genomen wat betreft de borging van alle privacyaspecten. Niet alleen door algemene IT-experts, maar ook door bijvoorbeeld de Autoriteit Persoonsgegevens is gekeken onder welke voorwaarden die informatie wordt verkregen, verzameld en gebruikt. De herleidbaarheid van de informatie is relevant als het gaat om problemen die zich potentieel kunnen voordoen bij een batch van een patiënt. Dan wil je snel, zonder vertraging, kunnen herleiden wie het betreffende vaccin heeft gehad. Dat is een van de overwegingen. Nogmaals, er is zeer zwaar en kritisch gekeken naar de proportionaliteit en die toets heeft het doorstaan.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Nog een korte, aanvullende vraag. Dit zou toch ook decentraal kunnen? Ik snap niet waarom dit centraal zou moeten. Normaal gezien worden vaccinaties in gele boekjes opgeslagen en heb je regionale registratie. We weten dat dit veel minder privacyproblemen zou kunnen opleveren. Daarnaast vroeg ik waarom het zo lang moet worden bewaard. Twintig jaar heeft het RIVM aangegeven. Ik zou niet weten waarom het zo lang moet worden bewaard en waarom het niet decentraal zou kunnen.

De heer **Van Delden**:

Dat zijn twee vragen, als ik het goed versta. Twintig jaar is een standaardtermijn hiervoor. Daar kan je van afwijken, maar ik zie daar geen specifieke aanleiding voor.

De andere vraag was: waarom niet alleen decentraal? Omdat dat wel een beetje vragen om problemen is. Bij het Rijksvaccinatieprogramma is dat overigens ook niet het geval. Mensen kunnen verhuizen, veranderen van huisarts, in een andere regio gaan wonen, bij een andere GGD, naar een andere verpleeginstelling, van een ziekenhuis naar een huisarts. De vindbaarheid van mensen neemt dan heel ernstig af. Mensen kunnen ervoor kiezen om de data niet te delen. Dat blijft vrijwillig. Het is geen moetje. Maar het is wel uitlegbaar en ook verdedigbaar, denk ik.

De **voorzitter**:

Mevrouw Kuiken, had u nog een vraag?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ja, toch nog even over het gele boekje. Wat een verrassing.

De **voorzitter**:

Aan u de vloer.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Zo'n groen certificaat zal er komen, maar vooral in Europees verband of misschien voor Amerika en Canada, maar niet in Burundi, Mali of Bangladesh. In een aantal landen is niet altijd internet beschikbaar of kent men geen QR-code. Mensen die internationaal opereren, zijn gewend om met dat gele boekje te werken, dat geeft iedereen aan. Een andere groep mensen, bijvoorbeeld de ANBO, zegt ook: werk gewoon met dat gele boekje, dat zijn we gewend. Het gaat niet alleen om wat er in de toekomst komt, maar ook om wat op korte termijn al beschikbaar is en wat een beetje erkenning en zekerheid geeft. Dat geldt voor zeevarenden en mensen uit de luchtvaart en voor mensen die in de grensstreek wonen. Je ziet ook dat een aantal GGD'en zeggen: we doen het gewoon, want het is voor ons te behalen. Sommige GGD'en zeggen: we wachten even op een landelijke richtlijn, omdat het niet prettig voelt om daar dwars tegenin te gaan.

Het is ook niet zo dat alle mensen die een prik halen een geel boekje hebben. Dat zijn de mensen die gewend zijn voor hun werk veel op pad te

zijn. Ik zou u nogmaals willen vragen om dit te herzien, in overleg met VWS, en gewoon de motie-Kuiken/Paternotte uit te voeren. Het klinkt misschien een beetje flauw, maar toen we gingen stemmen konden we overal een rood potloodje krijgen, superleuk. Misschien is het gele boekje ook wel een variant daarop die helpt, die werkt en een stukje extra zekerheid biedt. We weten dat 20% bij de GGD is en 60% bij de huisarts of niet officieel geregistreerd, dat het groene certificaat nog niet rond is en dat het nog tot 1 juli kan duren voordat we überhaupt een paspoort hebben. De WHO beveelt ook aan om analoog in stand te houden, naast alles wat je digitaal doet.

De voorzitter:

En niet iedereen heeft een smartphone.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dat ook.

De voorzitter:

Meneer Van Delden. Nee, wacht. Op dit punt mag de heer Paternotte nog iets aanvullen. Daarna meneer Van Delden over het gele boekje.

De heer **Paternotte** (D66):

Nou, misschien een feit ter aanmoediging: vandaag heeft de GGD Amsterdam besloten om het ook te gaan doen. Dus: zwaan-kleef-aan.

De heer **Van Delden:**

Misschien twee dingen. Een. Analoog? Ja. Ik kan niets verzinnen wat veel analogischer is dan een registratiekaart. Twee. Het is, denk ik, iets meer een pleidooi voor dan een vraag om een technische toelichting. Ik begrijp dat. Ik heb net al iets van een inhoudelijk antwoord gegeven op het issue rondom het gele boekje. Als er nog een specifieke vraag is die ik nog niet heb beantwoord, dan hoor ik dat graag. Maar verder hoor ik dus vooral een pleidooi.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Klopt het in ieder geval dat een registratiekaart niet internationaal wordt erkend?

De heer **Van Delden:**

Het klopt inderdaad dat een registratiekaart, een stempel en het gele boekje – alle drie – geen internationaal erkende status hebben.

De voorzitter:

Mevrouw De Vries.

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

Toch weer even een iets andere insteek. We hebben het advies van de Gezondheidsraad gehad. Uit uw presentatie kan ik niet helemaal opmaken wat nou de consequenties zijn van het laatste advies van de Gezondheidsraad over Janssen voor zowel de eerste termijn, medio juli, als het volledig gevaccineerd zijn per 1 september aanstaande. Misschien kunt u daarover al iets zeggen.

De heer **Van Delden:**

Ja, graag. Dat is nog wel een beetje lastig te bepalen, want er zijn een paar zaken die nu een rol spelen bij het tempo van de vaccinatie en die te maken hebben met Janssen. De eerste is dat we te horen hebben gekregen dat ze misschien heel veel minder gaan leveren. We hebben twee scenario's, namelijk een bestcasescenario en een worstcasescenario, en die liggen behoorlijk ver uit elkaar. Wordt het het worstcasescenario,

dan levert dat iets vertraging op. Dat heeft de Minister toen ook aangegeven. Toen Janssen kwam met het bericht dat ze misschien veel minder zouden gaan leveren, heeft hij aangegeven: begin juli. Dat wordt dan wel medio juli, alleen al door minder leveringen. Maar dat is nog niet heel zeker. Ik weet nog niet precies wat het wordt. Voor de komende tijd heb ik van Janssen nog geen precieze getallen per week, en zeker niet tot en met half juli. Dat is dus een zaak die meespeelt en die onvoorspelbaar is; dat is nog een beetje een onbekende factor bij het tempo. Gaan we even uit van een worstcasescenario, dan zitten we rond medio juli voor de eerste prik en dan heeft iedereen die dat wil, in principe voor 1 september de tweede prik gehad.

Een andere onbekendheid die nog meespeelt, is de vaccinatiegraad. Daar hebben we het eerder over gehad. Hoeveel mensen onder de 60 zonder medische indicatie willen zich bijvoorbeeld laten vaccineren? Zijn dat er heel veel, dan gaan daar veel vaccins in, om het maar even simpel te zeggen, en dan duurt het dus wat langer voor je bij de laatste bent. Is de vaccinatiegraad lager, dan ga je sneller. Dat klinkt een beetje gek, maar dat is natuurlijk hoe het werkt.

Er is nog een derde, die ook nog onbekend is. De Gezondheidsraad zegt dat je de geplande vaccinaties met Janssen gewoon kunt laten doorgaan, maar ik weet natuurlijk niet zo heel goed wat het effect zal zijn op de vaccinaties in die groep.

Dit zijn eigenlijk de onbekendheden waar ik nu nog mee zit. Die maken het best lastig om het echt precies per week uit te rekenen. Gelet op de informatie die ik nu heb, verwacht ik wel dat wij het voor 1 september halen. Dat kan onder andere door het interval aan het eind ietsje in te korten, als ik daar genoeg vaccins voor heb. Dan heb ik het echt over de laatste twee, drie weken. Voor uw idee: in de laatste twee weken is het aantal vaccinaties nog maar ongeveer 50.000 per week. Dat is even afhankelijk van wat er verder nog gebeurt met leveringen en vaccinatiebereidheid. Daar zitten dus echt nog onzekerheden bij. Het kunnen er dan 100.000 zijn, maar dat is relatief gezien natuurlijk heel weinig. We hebben dus best de ruimte om nog wat in te dikken, als u begrijpt wat ik bedoel, en om bijvoorbeeld het interval bij de laatste vaccinaties in te korten. Daarmee winnen we weer wat tijd, waardoor we eerder klaar zijn met de tweede prik.

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

Van Janssen hoefde je maar één prik. Die aantallen waren niet zo heel groot. We hebben straks het coronacertificaat, dat kan worden gebruikt om in Europa te reizen. Ik vraag me af of dat dan helemaal niks betekent in die volgorde, want ik kan me dat haast niet voorstellen.

De heer **Van Delden**:

In de volgorde maakt het in principe niet uit. Stel dat de Gezondheidsraad had gezegd dat je Janssen alleen kan gebruiken onder de 30 – een beetje een gek idee, maar oké – dan had het wel iets uitgemaakt. Dan hadden we namelijk een vaccin dat we alleen maar konden toepassen in een groep die nog niet aan de beurt is, wat je dan natuurlijk wel gaat doen. Maar dat is niet zo. Er is niet een bepaalde leeftijd aan gekoppeld. De Gezondheidsraad zegt dat Janssen op zich een effectief en veilig vaccin is, maar dat er ook net iets effectievere vaccins beschikbaar zijn. Dus waar het goed kan, kun je ook mRNA gebruiken, maar dat hoeft niet. Staande afspraken kunnen dus ook blijven staan. Ik denk dat dat echt belangrijk is. Als je bijvoorbeeld een afspraak voor Janssen hebt staan en je wilt toch een mRNA-vaccinatie, dan moet je die echt telefonisch verzetten. Je kan dat niet ter plekke doen. Je kan niet op de vaccinatie locatie zelf nog zeggen: o, ik wil toch eigenlijk iets anders. Je moet dat echt van tevoren aangeven.

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

Maar kan je wel zeggen: ik wil toch het Janssenvaccin hebben, want dan ben ik met één prik klaar? De Minister geeft nu aan dat dat allemaal nog juridisch moet worden uitgezocht, maar ik begrijp dat er eigenlijk geen juridische belemmeringen zijn, als ik u zo hoor.

De heer **Van Delden**:

Zoals ik het advies van de Gezondheidsraad lees – ik heb het pas vandaag gelezen – zie ik dat er, gezien de situatie waarin we op dit moment in Nederland zitten en de beschikbaarheid van vaccins op korte termijn, een voorkeur bestaat voor het gebruiken van een ander vaccin waar dat mogelijk is, maar dat de inzet van Janssen ook zeer goed mogelijk blijft. Dus zij zeggen ook dat afspraken met de reeds uitgenodigde mensen voor Janssen gewoon kunnen blijven staan. Vanuit het perspectief van degene die zich wil laten vaccineren, kan het natuurlijk een belangrijk voordeel zijn om met één prik klaar te zijn, zoals u ook al zei.

Voorzitter: Paternotte

De **voorzitter**:

Er is nog een vraag van mevrouw Agema van de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ten slotte, een allerlaatste vraag. Ik snap dat er heel specifiek naar de kenmerken van de vaccins wordt gekeken. Die vaccins worden aan groepen gekoppeld, wat al die tijd al zo wordt gedaan. Maar in andere landen wordt dat losgelaten. Daar kun je gewoon spontaan naar een prikstraat toe waarbij je kunt kiezen uit vier vaccins. Is dat een aanpak die op enig moment ook in Nederland gehanteerd gaat worden? Of blijven er groepen aan vaccins gekoppeld worden, waarbij je een brief krijgt als ... Blijft het bij ons tot 1 juli of 1 september zoals het nu is, of gaan we ook nog die spontante open dingen organiseren? Wellicht kan het ook de vaccinatiebereidheid vergroten.

De heer **Van Delden**:

Jazeker. Twee dingen. We zien dat de werkwijze in het algemeen ongelofelijk goed werkt. De opkomst is hoog en de no-shows zijn laag. Mensen zijn over het algemeen zeer tevreden over het proces van het maken van afspraken, het waar nodig verzetten van afspraken en het gevaccineerd worden bij de GGD. Maar we zien ook dat dat voor sommige groepen of in sommige wijken niet genoeg is. Dat is precies de reden dat we nu inzetten op het meer lokaal, zonder afspraak aanbieden van vaccinaties. Op basis van wat we daaruit leren, gaan we dat steeds breder doen. Ik denk dat dat precies aansluit bij wat u zegt, namelijk dat daar kansen zitten. Voor de grote groep is het niet nodig en hebben we een heel efficiënt proces met nauwelijks spillage en met een heel hoge opkomst, maar we zien wel dat we nu op het punt zijn dat je dit wil gaan aanvullen met andere methodes die meer werken zoals u dat zei, dus waarbij je gewoon binnen kan lopen. Het is net als bij kappers. Bij sommige kappers moet je een afspraak maken en bij andere kappers kan je binnenlopen. Het is goed om die twee methodes te gaan combineren.

Voorzitter: Agema

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn wij aan het eind van de technische briefing gekomen. We hebben updates gekregen van de heren Van Dissel, Kullberg en Van Delden. Ik dank hen hartelijk voor hun tijd en voor hun komst. Ik dank de aanwezige leden en ik dank iedereen die deze technische briefing op afstand heeft gevolgd. Het debat over het coronavirus is morgen. Dat

staat nu om 11.30 uur gepland. We gaan dan verder spreken over de stand van zaken omtrent het coronavirus.

Sluiting 16.29 uur.