

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1386

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 27 juli 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 7 juli 2021 een gesprek gevoerd over **update coronavirus**.

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Agema
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn twaalf leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bikker, Van Esch, Den Haan, Hijink, Kuiken, Van Meijeren, Paternotte, Van der Staaij, Aukje de Vries en Westerveld,

alsmede de heer Van Dissel.

Aanvang 10.31 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Ik open deze technische briefing, die wordt georganiseerd door de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het Ministerie van VWS heeft voor deze technische briefing de heer Jaap van Dissel afgevaardigd. Hij is directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Ik heet mijn collega's van harte welkom: mevrouw Kuiken namens de PvdA, meneer Paternotte namens D66, meneer Van der Staaij namens de SGP, mevrouw Bikker namens de ChristenUnie, mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren, mevrouw De Vries namens de VVD, de heer Hijink namens de SP en mevrouw Van den Berg namens het CDA.

We hebben anderhalf uur uitgetrokken voor deze technische briefing, dus ik stel voor dat als de heer Van Dissel zijn presentatie heeft gedaan, wij gelegenheid hebben voor het stellen van twee vragen. Dan kijken we daarna of er nog wat tijd rest voor een prangende vraag. Mijn naam is Fleur Agema. Ik ben fungerend voorzitter van de commissie en tevens woordvoerder namens de PVV. We kijken helemaal aan het einde even of ik ook nog een vraag zou kunnen stellen. Dan mag ik het voorzitterschap waarschijnlijk overdragen aan mevrouw Kuiken.

Goed. Ik stel voor dat we van start gaan met de presentatie van de heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. De presentatie is hopelijk uitgedeeld, zodat u die ook kunt volgen. Een van de schermen valt hier uit. Ik wilde in mijn presentatie natuurlijk voortbouwen op waar ik de vorige keer geëindigd ben. Nu gaan alle schermen uit. O, ze doen het weer. Ik wil met name ingaan op de recente toename en de mogelijke consequenties daarvan. Ik denk dat dat voor nu belangrijk is. De vorige keer zijn we ermee geëindigd dat we met een aantal dilemma's zaten met betrekking tot de verdere versoepeling. Die dilemma's zijn vooral gekoppeld aan de onzekerheid over wat de toekomst brengt, maar ook aan onvoldoende kennis over bepaalde zaken, bijvoorbeeld hoelang immuniteit persisteert, welke vaccinatiegraad we gaan bereiken en wat exact het seizoenseffect is.

We hebben het de vorige keer gehad over de verschillende varianten. Inmiddels worden we natuurlijk vooral geconfronteerd met de deltavariant. We hebben het ook gehad over de import vanuit vakantiebestemmingen. Daarbij hebben we al een aantal kwetsbaarheden aangegeven. Ik noem met name de vaccinatiegraad en in hoeverre die homogeen is of regionale verschillen toont. Regio's met een lage vaccinatiegraad zijn natuurlijk at risk om oplevingen te krijgen van besmettingen. Bij de kwetsbaarheden ging het ook over de duur van de immuniteit en de variantvirussen. We hebben nog geen «immune escape»-varianten, maar dat zou in theorie natuurlijk kunnen. Dat is moeilijk te voorspellen, maar we kijken daar nauwlettend naar. Het ging ook over de import van virussen vanuit het buitenland. Maar last but not least ging het ook over in hoeverre de basisregels, de 1,5 meter en een aantal bron- en quarantaine-maatregelen, gehandhaafd zouden blijven en uitvoerbaar zouden blijken.

We hebben daarover gediscussieerd, herinner ik me. We hebben toen een aantal mechanismen besproken met betrekking tot early warning en surveillance. We hebben de maatregelen nog eens doorgenomen. Waar zijn we inmiddels beland? Het beeld is natuurlijk inmiddels toch iets anders. Aan de linkerkzijde ziet u opnieuw het aantal meldingen, waarbij u de recente toename ziet. Op weekbasis is het met ruim 100% toegenomen. Aan de rechterzijde ziet u de ziekenhuisbezetting, onderverdeeld in verpleeg- en ic-afdelingen. Daar ziet u eigenlijk alleen nog maar een voortgaande daling. De afgelopen week is het een daling van weer zo'n 50% ten opzichte van de week daarvoor. Tegelijkertijd zien we dat het aantal testen dat verricht is, is toegenomen. We zien dat de testpositiviteit bij de GGD-teststraten naar ongeveer 4,5% is gegaan. Ik kom daar straks nog op terug. Testpositiviteit is natuurlijk ook een van de criteria voor de indeling van de landen. Het laatste dat je in verband met de vakantieperiode nu zou willen, is dat Nederland afstevent op een andere kleur dan het nu heeft. Dat heeft in ieder geval te maken met twee onderdelen: de testpositiviteit en het aantal meldingen. U ziet dat het aantal meldingen verdubbeld is. Toen we hier de vorige keer zaten, waren het ongeveer 25 gemelde personen per 100.000 inwoners. Inmiddels zitten we, zoals u ziet, op 50 per 100.000.

Als we eerst even inzoomen op de ziekenhuis- en ic-opnames, dan is het duidelijk dat daar een voortgaande daling is. Inmiddels is die daling zo'n 95% ten opzichte van de piek die we hebben gekend. Die daling zien we zowel in de NICE-database als de database van het LCPS. Die aantallen worden zo gering dat u zich kunt voorstellen dat de onzekerheid geweldig toeneemt als we op grond daarvan een reproductiegetal of prevalentiegraad berekenen. De aantallen waarmee we kunnen rekenen worden heel erg klein, wat betekent dat één plus of min een geweldige invloed gaat hebben op de berekeningen. Dat is iets wat ik u zo zal illustreren. Dat is vooral gebaseerd op de harde aantallen van de ziekenhuis- en ic-opnames die, zoals getoond, behoorlijk laag zijn geworden. Dan hebben we het aantal besmettelijke personen. Dat is verder gedaald naar zo'n 10.000 tot 11.000. Ik moet meteen daaraan toevoegen dat deze aantallen in een modellering worden bepaald op grond van de ziekenhuis- en ic-opnames. Inmiddels zitten we wat dat betreft op zulke lage aantallen dat het onzekerheidsinterval geweldig zal gaan toenemen en we ook minder zeker worden met betrekking tot de schatting. Dit gaat natuurlijk altijd enige tijd terug en tot voor kort ziet u een afname van het aantal besmettelijke personen.

De voorzitter:

Mag ik daarover een vraag stellen? Dit is van ruim een week geleden. Als u mag extrapoleren, wat zou de situatie van vandaag dan zo ongeveer kunnen zijn?

De heer Van Dissel:

Dat weten we niet. Daar komen we uitvoerig op terug. Ik denk dat het zal zijn toegenomen, omdat het aantal meldingen is toegenomen. Op de meldingen kom ik in een van de volgende slides, maar misschien kan ik het deels al aan de hand hiervan illustreren. Het woord «meldingen» is natuurlijk toch een wat fluïde begrip geworden ten opzichte van bijvoorbeeld vorig jaar rond deze tijd. Hier ziet u het aantal meldingen van de afgelopen twee weken per gemeente op Nederland geprojecteerd en ook alle meldingen tot nu toe. U ziet dat het beeld momenteel vrij homogeen lijkt. Laten we inzoomen op een aantal gemeentes, zoals Pekela. Daar is het inwoneraantal heel gering en daar zijn momenteel geen besmettingen. Dan kom je op een getal van 0 per 100.000. Maar u ziet ook dat Baarle-Nassau, een andere hele kleine gemeente, met maar een handvol gevallen op 292 per 100.000 uitkomt. Die meldingen moet je dus altijd proberen te duiden. De meldingen uit Amsterdam zijn natuurlijk wel

betrouwbaar, want daar zijn voldoende bepalingen gedaan en dat is natuurlijk een grote gemeente. Als je deze kaart interpreteert, vereist dat dus enige duiding.

Dan komen we bij de meldingen naar leeftijd, afgelezen aan de testen. In de grafiek ziet u het aantal meldingen van de afgelopen weken – en dus ook de laatste week – per leeftijdscohort weergegeven. U ziet dat met name de groep 18- tot 24-jarigen en in mindere mate de groepen daaromheen – maar niet de overige groepen – een belangrijke stijging hebben getoond. Dat betekent dat de totale toename in het aantal meldingen vooral te wijten is aan een toegenomen aantal besmettingen onder de tieners en de jonge twintigers. Dat ziet u daarnaast ook weergegeven. Die hebben een drie- tot viervoudige stijging gehad in één week tijd. Dat betekent dat een heel groot deel van de positieve testen uit die groep komt.

Hoe vertaalt zich dat naar bijvoorbeeld een prevalentiegraad? Dat moet je er natuurlijk in ieder geval bij optellen, maar de meldingen zijn tegenwoordig een samenraapsel van verschillende bronnen. Die bronnen zijn natuurlijk de GGD-teststraten enerzijds die anderzijds worden aangevuld – ik wil niet zeggen vervuild – met de testen die worden gedaan voor personen die op reis gaan. Ze worden deels ook aangevuld met personen die zich laten testen voor toegang en daar positief zijn getest. Op de volgende slide ziet u dat er in de afgelopen weken een geweldige toename is geweest in het aantal uitgevoerde testen. Zo'n 300.000 ziet u daar staan. Daarvan zijn er 643 positief. Dat is een hele lage testpositiviteit: 0,25% in één week tijd. Maar die 643 worden uiteraard wel toegevoegd aan de positieve GGD-meldingen, want die moeten follow-up hebben. Dat betekent dat een groep van uiteindelijk 10% van de meldingen geen klachten heeft. Hetzelfde geldt natuurlijk ook voor het testen voor reizen. Die worden wat betreft de positieve getallen altijd toegevoegd, maar je weet daar natuurlijk niet altijd exact de noemer van.

De voorzitter:

Meneer Paternotte wil graag een verduidelijkende vraag stellen.

De heer Paternotte (D66):

Zou je kunnen stellen dat 10% van de stijging komt door de testpositiviteit bij Testen voor Toegang?

De voorzitter:

Ja, en dat hebben andere landen nu niet.

De heer Van Dissel:

U ziet staan dat we ruim 6.000 gevallen hebben en dat er 640 via dit systeem zijn ontdekt, als dat uw vraag was.

De voorzitter:

Mevrouw De Vries heeft ook nog een onduidelijkheid.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

Begrijp ik goed dat alleen de positieve testen meegeteld worden en dat de hoeveelheid testen die negatief zijn, uiteindelijk niet meegeteld worden voor de cijfers? Dat geeft natuurlijk best een heel vertekend beeld.

De heer Van Dissel:

Dat was bijna mijn volgende zin, dus ik ga door. Als u naar de indeling van de ECDC kijkt – dat is belangrijk, omdat die de kleurcode van het land bepaalt – kunt u zich voorstellen dat het wel of niet meenemen van die 300.000 op het GGD-testaantal van 125.000 die 4% plotseling naar ongeveer 1% brengt. Landen deden dat verschillend. Voor de duidelijkheid: voor het ECDC worden deze aantallen allemaal meegenomen. Op

de ECDC-indeling staan we wat betreft testpositiviteit zo tegen de, ik dacht, 1,2%. Terwijl als je alleen naar de GGD-teststraten kijkt, je op 4,5 zit. Dan zit je eigenlijk wel heel snel op een risiconiveau, helaas, in de zin van dat je een andere kleur zou krijgen.

Ik denk dat het heel belangrijk zou zijn als hier Europees echt op geharmoniseerd wordt. Wij kunnen dat alleen maar aanraden. Dat is iets wat via beleid zou moeten worden gerealiseerd. Want u begrijpt dat de testen en de testpositiviteit en die 4%, die ooit verzonnen is min of meer aan het begin van de uitbraak, nu een hele andere duiding en betekenis hebben dan de getallen die we nu hebben, nu we een heleboel personen testen die geen klachten hebben. In het begin gingen natuurlijk alleen personen met klachten naar de teststraat. Toen is gezegd dat die 4% een belangrijk ijkpunt is. Maar als je natuurlijk een heleboel personen ook zonder klachten gaat testen – dit is natuurlijk een mooi voorbeeld daarvan, want als je ergens in wil, dan mag je per definitie eigenlijk geen klachten hebben – dan zie je dat de duiding van zo'n percentage totaal anders wordt. Dan is natuurlijk wel belangrijk dat heel Europa daarin hetzelfde doet.

Wat eigenlijk ook belangrijk is en wat natuurlijk minder goed te beïnvloeden is, is hoe men elders in Europa ook met dit soort systemen omgaat, want niet iedereen doet dat op dezelfde wijze. Daar kunnen wij in Nederland niet direct wat aan veranderen, maar het advies is duidelijk: als je getallen gebruikt om landen kleurcodes te geven, dan moet je het wel eens zijn over hoe dat getal is opgebouwd en waaruit het is samengesteld. Dat moet natuurlijk een harmonisatie kennen binnen Europa. Ik denk dat dat een belangrijk punt is dat hier naar voren komt.

Maar wat ook wel belang is natuurlijk, is het inschatten wat de gevolgen zijn van de toename voor bijvoorbeeld de kleurcode van Nederland. U ziet in ieder geval dat we wat betreft het percentage positieve testen nog aan de lage kant zitten. Dat wilde ik met deze slide tonen.

Nog even terug naar deze slide. U ziet dat de toename niet komt door een geweldige stijging bij de groep boven de 55. We zien dat er in de hoogste leeftijdsgroepen – ik kom zo terug op het percentage dat gevaccineerd is – geen toename is en dat ze beschermd zullen zijn vanwege de vaccinatie. We zien de toename vooral in de groep die momenteel de kans krijgt gevaccineerd te worden, maar daar nog even op moet wachten.

De heer **Paternotte** (D66):

Zou ik nog een korte vraag mogen stellen?

De **voorzitter**:

Ja. Meneer Paternotte.

De heer **Paternotte** (D66):

Bij 80+ zie ik wel een stijging. In de cijfers uit het Verenigd Koninkrijk zie je juist ook in die categorie doorbraakinfecties. Is dat hier ook de verklaring voor de stijging? Kunt u daar al iets over zeggen?

De heer **Van Dissel**:

Het is heel erg gering, maar we hebben inderdaad een aantal instellingen voor langdurige zorg gehad waar iedereen gevaccineerd was en er toch infectie komt. Ik ben eigenlijk blij dat u het opbrengt, want dat is een tweede belangrijk punt. Wat duiden we nou precies? Duiden we een geringe ziekte? Want dat is wel wat wij terugkrijgen uit de instellingen: ondanks dat er vaccinatie is, ziet men over het algemeen – dat zal niet altijd zo zijn --mildere ziektebeelden. Maar dat zijn wel, over het algemeen, mildere ziektebeelden ten opzichte van de uitbraken die we in het begin hadden in de zorginstellingen.

Dat is ook wel eigenlijk een heel belangrijk punt, want dat geldt natuurlijk ook voor de jongeren. Over het algemeen hebben die een mild ziektebeeld

in vergelijking tot wanneer je eenzelfde soort stijging zou zien bij bijvoorbeeld 60 tot 65+. Dat heeft dus ook consequenties – daar kom ik zo op terug – voor de verwachting met betrekking tot ziekenhuisopnames uit deze piek. Dat relateert dan natuurlijk toch ook met de doelen van het beleid. Wil je überhaupt het aantal meldingen en het aantal infecties, hoe mild die misschien ook zijn, zo laag mogelijk houden? Of wil je dat we echt de belasting van de zorg als belangrijkste eindpunt nemen? En dat laatste is, voor de duidelijkheid, wat wij aanhouden en wat u ook in de OMT-brief kunt teruglezen. Maar dat zijn wel dingen die allemaal door elkaar spelen en van belang zijn voor wat het gevolg is van deze toename. Dan ga ik door met het reproductiegetal. Dat is de 1 genaderd. Ik zal zo laten zien hoe het zich opsplijt in de verschillende varianten. Dat is wel van belang. Maar u ziet ook dat het reproductiegetal op grond van de Osirismeldingen hoger ligt dan wanneer we het reproductiegetal op grond van de ziekenhuis- of ic-opnames berekenen. U ziet overigens ook bijvoorbeeld voor de ic dat het betrouwbaarheidsinterval van 0,1 tot meer dan 2,5 gaat. Dat wordt zo groot omdat we natuurlijk nauwelijks ic-opnames hebben. Dat is dan plotseling na twee dagen nul. U kunt zich voorstellen dat dat een geweldig effect heeft op dat reproductiegetal. Het reproductiegetal van de Osirismelding is momenteel het meest betrouwbaar, zij het dat ook daar dus doorheen speelt waar we het net over hadden, dat de positieven van testen voor toegang en testen voor reizen daar ook aan worden toegevoegd, vaak los van dat er klachten zijn. Dan de kiemsurveillance. Dat gaat elke week eigenlijk een beetje zoals eerder gemodelleerd. We zien dat de toename van met name de deltavariant, hier in groen weergegeven, zich volgens die lijn voltrekt. U moet zich ook het volgende realiseren. Dat heb ik rechtsboven nog even weergegeven. We hebben een besmetting. Dan krijgt iemand na een dag of vijf klachten. Dan vindt er een bemonstering plaats na weer enkele dagen, en die kiemsurveillance komt pas in de week daarop. Wat u hier ziet, zijn de weergave van de percentages per dag van de bemonstering. Dat betekent dat als de groene lijn aangeeft dat we op ongeveer 50% zitten, we wat betreft de besmettingen op dit moment we natuurlijk al veel hoger zitten. Dan moet u als het ware de lijn links ervan volgen. Tegelijkertijd ziet u dat de alfavariant afneemt, maar ook dat de bèta-, de gamma- en de klassieke variant afnemen c.q. er eigenlijk niet meer zijn. Dan is er nog getracht om te berekenen hoeveel hoger de besmettelijkheid van de verschillende varianten is. U ziet dat weergegeven. De deltavariant komt op dit moment op 88. Dat is ook weleens lager geweest. Die percentages wisselen al naargelang de invulling van het actuele punt, want dat beïnvloedt in bepaalde mate de fit door de lijn. Maar die is duidelijk het hoogst. Dat betekent ook – dat ziet u in de grafiek – dat die het uiteindelijk gaat overnemen, ook omdat die naar schatting zo tussen de 35% en 45% besmettelijker is dan de alfavariant.

De voorzitter:

Mevrouw Kuiken heeft een verduidelijkende vraag.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ook hier is het probleem dat alles gebaseerd is op 21 juni.

De heer **Van Dissel**:

Ja, maar dat kan niet anders. Dat heb ik net hopelijk goed uitgelegd. We hebben een bemonstering van een datum, dan moeten we het een week bepalen, en dan moet je weer terug gaan rekenen. Dus dit is de meest recente die we hebben. Overigens beïnvloedt dat het niet. U ziet juist dat de lijnen die zijn getrokken door de punten, de verwachting weergeven. Ik weet bijna zeker dat de groene lijn uitermate duidelijk weergeeft hoe we op dit moment zitten, als we vandaag die bemonstering al zouden weten. Maar die weten we natuurlijk niet. Dus dat komt pas weer over enige tijd.

Dus deze getallen zijn uiteraard belangrijk voor de berekening van het reproductiegetal, maar het kan niet anders dan dat je wat terugkijkt. Want eerst moet men ziek worden, dan moeten de monsters komen, vervolgens komt de bepaling en dan ga je weer terugrekenen naar het moment van besmetting. Dat kan niet anders.

Dat ziet u hier ook terug. U ziet dat de kiemsurveillance tot en met 20 juni is bijgewerkt. Dat betekent dat we het reproductiegetal, als we naar de individuele varianten willen kijken, weer een paar dagen eerder moeten zetten, want tot dan hebben we de getallen. U ziet dat we toen gezamenlijk op 0,82 kwamen. Inmiddels zitten we dus al wat hoger, als we niet die variantbepaling meenemen, want dat kost nou eenmaal een week. Voor het wildtype is er dan niet meer genoeg data, maar wat u in de verschillende kleuren ziet weergegeven, is dus de alfa-, bèta-, gamma- en deltavariant, waar met name natuurlijk de deltavariant interessant is. Tegelijkertijd ziet u dat de alfavariant ook doorloopt. U ziet duidelijk een dalende lijn in de deltavariant, met een breed onzekerheidsgetal. De vraag is of die deltavariant momenteel al boven de 1 zit of nog net daaronder. U ziet in ieder geval dat die enige tijd terug wel boven de 1 zat, maar ook met een ruime onzekerheidsinterval.

U kunt zich misschien nog herinneren dat toen de UK-variant opkwam, ten opzichte van onze klassieke variant, we ook tijden die dubbele R-waarden hier hebben gepresenteerd en ook het aandeel in de uitbraak. Dat ziet u ook weer aan de bovenzijde weergegeven. Maar het aandeel van de deltavariant, ook al zien we die natuurlijk toenemen, is toch nog maar klein als je het op de historie van de uitbraak tot nu toe projecteert. Maar dit dus voor de onderverdeling in de verschillende reproductiegetallen, waarbij duidelijk is dat de deltavariant de hoogste is en tot voor kort in ieder geval boven de 1 zat.

Dan terugkomend op het gegeven dat we vooral onder de jongeren en de jonge twintigers de toename zien. Dan is de vraag uit het bron- en contactonderzoek maar ook het clusteronderzoek wat de meest bepalende factoren zijn die daarvoor verantwoordelijk kunnen worden gesteld. U ziet dat dit deels komt door een belangrijke toename – ook als u het vergelijkt met de getallen van april, toen het nog op zo'n 2% lag – in het aantal reizen, zo tussen de 10% en 12%. Dat wordt opgegeven als reden. De landen die genoemd worden tot nu toe zijn met name Spanje en Portugal, maar ook de buurlanden komen daarin voor. U weet ook dat Spanje en Portugal speelden voor de groepen die daar onder andere examenfeesten hadden gevierd en in belangrijke mate, als percentage tenminste, geïnfecteerd terugkwamen, bijvoorbeeld uit Portugal. Overigens hebben de landen daar precies hetzelfde fenomeen. Spanje heeft, zo zal ik u straks laten zien, een hele hoge import gehad van Spaanse jongeren die weer naar Mallorca gingen, daar de deltavariant hebben opgelopen en teruggingen naar Spanje. Van de 9.000 jongeren waren er meer dan 3.000 besmet. Dus dat heeft meteen effect op het aantal meldingen in Spanje.

De voorzitter:

Meneer Paternotte wil graag een verduidelijkende vraag stellen.

De heer Paternotte (D66):

Kunnen we hier terugzien of de testplicht iets doet? Want voor de Balearen gold geen testplicht en voor het grootste deel van Portugal ook niet, maar voor het vasteland van Spanje weer wel. Oftewel: waren dit mensen die zo konden doorlopen of waren dit ook veel mensen die getest waren? Dat is dan eigenlijk de vraag.

De heer Van Dissel:

Dat is natuurlijk een goede vraag. Misschien kunnen we dat aan de hand van de horeca laten zien. Dat was het tweede onderdeel dat ik u even wilde laten zien. Daar speelt natuurlijk eigenlijk hetzelfde. Als je kijkt waar

men het in Nederland heeft opgedaan, dan zie je dat dat inmiddels voor ruim een derde van de afgelopen week bekend is. Dat percentage stijgt vaak. Dat ziet u ook aan de tweede kolom, waar het tegen de 60% zit. Maar als wij kijken waar de snelste stijgers zitten die een rol hebben gespeeld als setting voor de besmettingen, dan zijn dat toch voornamelijk de horeca, feesten en studentenverenigingen, zoals u ziet.

Het is ook duidelijk dat percentueel gezien de thuissituatie nog steeds belangrijk is. Dat is dus doorgifte in het gezin. Maar dit geeft natuurlijk niet de indruk die bijvoorbeeld dan de toevoeging van de clusters weer geeft, als je kijkt naar de totale grootte. We weten dat als iemand in een thuissituatie besmettingen verspreidt, het aantal nieuwe besmettingen daar gering is. Dat zijn er meestal een of twee. Maar als we bijvoorbeeld naar de horeca kijken, dan ziet u dat dat behoorlijk is opgelopen in korte tijd wat betreft het aantal. We weten dat daar enkele hele grote clusters in zitten, tot en met 164 in het oosten van het land. Als je dat als totaal beschouwt, is de horeca belangrijker dan die als percentage hier naar voren komt. Ik hoop dat dat duidelijk is. Zo proberen we door clusters te koppelen aan de setting van de besmetting, duidelijk te krijgen wat de belangrijkste potentiële haarden zijn.

Dan kom je vervolgens aan de vraag wat je daaraan kan doen. Voor de horeca is natuurlijk nog steeds het beleid om social distancing te handhaven en om ook bij feesten en nachtclubs te testen voor toegang. We horen wisselende verhalen over hoe dat precies gebeurt, maar duidelijk is dat als iedereen daar getest zou zijn, je niet zou verwachten dat dat tot zulke toenames van aantallen zou leiden, want dan zou dat betekenen dat iedereen die naar binnen gaat negatief is. Dan is de kans dat daar daadwerkelijk verspreiding plaatsvindt, natuurlijk geringer. Ik denk dus toch dat je moet concluderen dat het systeem dat we daar tot nu toe voor ogen hadden, niet waterdicht blijkt.

De voorzitter:

Kan dat ook als reden hebben dat een vaccinatiebewijs – u hebt ons de vorige keer laten zien dat een vaccinatie de transmissie vermindert, maar niet wegneemt – ook toegang geeft in Testen voor Toegang?

De heer Van Dissel:

Voor de vaccinatiebewijzen gelden natuurlijk een aantal dingen. Als iemand gevaccineerd wordt, gaat het erom dat iemand voor de tweede keer gevaccineerd wordt, plus twee weken. Dan weten we op grond van de studies dat we infecties kunnen voorkomen. Bij Janssen is dat natuurlijk na één keer, maar moet daar nog steeds een periode tussen zitten. We hebben natuurlijk allemaal gezien dat daar het beleid recent gewijzigd is. Ik heb begrepen dat de Minister besloten heeft om de directe toegang te wijzigen naar toegang na twee weken. Dat zou daar een rol bij kunnen spelen. Maar we horen van de GGD'en ook terug dat er ook dingen spelen rond testen, rond de codes die al of niet gecontroleerd worden. Ik denk dat het meerdere redenen heeft. In ieder geval zien we hier wel uiteindelijk de gevolgen die dat heeft. Voor de duidelijkheid: ik denk niet dat je altijd alles voorkomt. Laat dat helder zijn. Het gaat ook niet om vingerwijzen. Maar we moeten wel reëel naar die getallen kijken en constateren dat feestende jongeren – ik kan me uit de tijd dat ik jong was nog heel goed herinneren dat je dat dan heel graag doet – consequenties hebben.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ik heb een verduidelijkende vraag over school en kinderopvang. Wat me opvalt in het plaatje is dat het in absolute aantallen flink achteruit is gegaan, maar in procenten maar iets meer, terwijl de middelbare scholen 5 april dicht waren en eind mei weer open gingen. Dit valt mij mee, moet

ik eerlijk zeggen, maar misschien kan de heer Van Dissel daar een verduidelijking op geven.

De heer **Van Dissel**:

We zien in z'n algemeenheid dat de lagere scholen tot misschien de hoogste klassen, en eigenlijk nog minder de kinderopvang, een rol spelen bij de verspreiding. Dat betekent niet dat er geen gevallen zijn natuurlijk, maar, opnieuw, in het licht bezien van de aantallen die in de hogere klassen van de middelbare school en kort daarop spelen, zijn het eigenlijk hele kleine percentages.

Dit ten aanzien van onze duiding van wat er momenteel speelt. Dan gaat het dus toch over de tieners en jonge twintigers die door de versoepelingen die er nu eenmaal zijn geweest meer verspreiding geven op locaties waar ze samenkomen. We trachten om het daar controleerbaar te maken via toegangstesten, maar ik denk dat we er reëel in moeten zijn dat dit niet waterdicht blijkt. Daar leest u ook veel over.

Hetzelfde geldt voor de terugkomst van vakanties. Daarvan hebben we de vorige keer gezegd dat we heel graag zouden zien dat iedereen de mogelijkheid krijgt om zich te testen en vervolgens de test consequenties te geven. Daarmee voorkom je niet dat er aantallen binnenkomen, maar je voorkomt hopelijk wel dat er verdere verspreiding is.

Dan naar het rioolwater, omdat die gegevens misschien in de toekomst belangrijker worden. We hopen dat de aantallen dan weer dalen. U ziet daar hier het overzicht van. Ook dit gaat natuurlijk weer enige tijd terug. Dat moet namelijk bemonsterd worden. Het moet bepaald worden. Het zijn dus ook weer data van week 25. Daar is duidelijk dat we op dat moment nog steeds dalende aantallen zagen. Een groot aantal van de bemonsteringsplekken in het rioolwatersurveillancestelsel waren eigenlijk ook al onder de detectiegrens. Dat beeld was tot voor heel kort eigenlijk gunstig. Daarom denken we dat de huidige toename van zeer recente aard is.

Belangrijk bij de toename is dat we kijken naar een soort wedloop tussen de deltavariant, die tot extra besmettingen leidt, en de vaccinatiegraad, die dat, als die hoog genoeg is, tegengaat. U ziet hier weer even het overzicht dat ik eerder al toonde. Dat is natuurlijk ook weer tot een week geleden. Er zijn bijna 17 miljoen vaccins gezet. U ziet dat boven de 65 jaar 84% volledig gevaccineerd is. Aan de linkerzijde ziet u het eerste vaccinatietijdstip en aan de rechterzijde het tweede vaccinatietijdstip. Rechts staan ook deels de gevaccineerden met Janssen, die natuurlijk maar één keer gevaccineerd worden.

Ik zie dat er foutief staat dat de bron CoronIT is en dat het over thuiswonenden gaat. Ik moet misschien voor de duidelijkheid nog even toevoegen dat dit de totale gegevens zijn, niet alleen via CoronIT verkregen. Dan ziet u dat dit boven de 55 tot 60 om 57% gaat. Dat loopt ook al behoorlijk op bij 50 tot 54. De komende weken krijgt het natuurlijk de kans om nog verder op te lopen, maar er is nog steeds een groep die daar helaas geen gebruik van maakt. Als we ergens toe mogen oproepen, is het toch om daar wel van gebruik te maken, want naarmate de vaccinatiegraad hoger is – dat zal ik u zo laten zien – zijn ook de langetermijnvoorspellingen gunstiger wat betreft met name ernstige infecties en ziekenhuisopnames. En dat zijn natuurlijk onze belangrijkste doelen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Den Haan heeft nog een verduidelijkende vraag.

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

Weet u misschien hoe het zit met de vaccinatiegraad van de groep arbeidsmigranten? Of zijn zij in deze leeftijdscategorieën meegenomen?

De heer **Van Dissel**:

Dat zou ik moeten opzoeken. Arbeidsmigranten – de naam zegt het al – zijn natuurlijk soms maar een korte tijd in Nederland en dan weer elders werkzaam. Ik zou dat even moeten navragen.

Dan de epidemiologische gegevens even kort samengevat. Wat is de duiding daarvan? We zien een toename, ook in het aantal positieve testen bij de GGD'en. De toename van het aantal positieve testen die naar Europa worden gerapporteerd, is veel lager omdat daar ook alle andere typen testen, die dan vaak negatief uitvallen, worden meegerekend. We zien de toename vooral bij de tieners en de jonge twintigers, die tezamen meer dan de helft van de besmettingen geven. Testen voor toegang draagt daaraan bij. Ongeveer 10% van het totale aantal komt voort uit testen voor toegang, maar uiteraard valt de overgrote meerderheid daarbuiten.

Dan zien we dat het aantal meldingen de afgelopen week is verdubbeld van 25 naar 50 per 100.000. De regio's wisselen daar ook in. We hebben tien regio's hoger dan 50 en zes onder de 30. Ongeveer een derde van de positieve testen bij de GGD zijn confirmatietesten na een zelftest. Ook dat is wel belangrijk, want dat betekent dat steeds meer personen gebruikmaken van de zelftest. U weet dat het advies is dat als het wordt gevonden, je jezelf daarna laat testen bij de GGD om te bevestigen dat die testuitslag positief is. Naarmate het aantal infecties afneemt onder de bevolking – dat was tot voor kort natuurlijk het geval – neemt de betrouwbaarheid van die positieve uitslag van die zelftest natuurlijk wat af, domweg door de testkarakteristieken. Dan wordt het des te belangrijker dat men zich toch laat testen bij de GGD'en om dat te bevestigen. Tegelijkertijd worden al die zelftesten natuurlijk niet meegenomen in de rapportage aan Europa van hoeveel testen we als Nederland verrichten. Dan zou dat percentage namelijk nog veel geringer worden.

We zien dat de instroom en de bezetting van ziekenhuizen en de ic's blijven dalen, maar ook zien we in de langdurige zorg en de gehandicaptenzorg eigenlijk weinig besmettingen. We zien in het BCO en de clusteranalyse dat de meest genoemde settings die toenemen zich toch rond feesten, horeca, reizen, vakanties concentreren. Dat past natuurlijk bij dat je in die groepen de toename ziet. We hebben ook al even genoemd dat de vaccinaties nog voortvarend doorgaan en inmiddels zijn uitgebreid naar de groep vanaf 12 jaar. Dat moet uiteindelijk toch de buffer geven tegen de verdere verspreiding van het virus.

Als we dan internationaal kijken, ziet u linksonder het verloop van het begin in verschillende Europese landen. Dat is een beetje een chaotisch plaatje, met verschillende pieken voor iedereen. Rechtsboven ziet u de afgelopen periode weergegeven, waarbij duidelijk is dat het Verenigd Koninkrijk vooroploopt. Het Verenigd Koninkrijk ziet al geruime tijd weer een toename tot behoorlijke aantallen. U ziet dat Spanje ook omhoogschiet. Ik heb u net een van de redenen genoemd die daar een rol spelen. Portugal zit een beetje intermediair. Maar de hele groep – daar valt Nederland dan ook in – heeft de afgelopen tijd een toename laten zien. Denemarken staat zelfs nog wat boven Nederland.

Op grond van de getallen die we kennen, is het eigenlijk alleen maar in Duitsland en Italië momenteel nog stabiel, maar ook daar zien we natuurlijk een toename van de deltavariant. Het zou kunnen dat die daar uiteindelijk ook een wisseling van het beeld omhoog laat zien. Maar Nederland is geen uitzondering onder de Europese partners. België gaat eigenlijk net zo omhoog. Frankrijk blijft misschien ietsje achter. Denemarken gaat omhoog. Dat is het beeld.

Dan is het natuurlijk opmerkelijk – dat heeft u natuurlijk ook in de krant gelezen – dat het Verenigd Koninkrijk een geweldige toename van de deltavariant ziet. Aan de linkerzijde heb ik even alleen maar Nederland en het Verenigd Koninkrijk geplot, dat al pakweg een maand een toename van het aantal gevallen ziet. Nederland neemt eigenlijk pas heel kort een toename waar. Aan de rechterzijde ziet u het aantal ziekenhuisopnames. U

ziet hier een van de belangrijke redenen die mijn collegae uit Engeland noemen en die ook de Minister-President van Engeland heeft genoemd. Dat is namelijk het feit dat de ziekenhuisopnames nu belangrijk lijken achter te blijven. Ik heb de piek van rond Kerstmis en oud en nieuw in Engeland weergegeven, waar de piek op 9 januari viel; bij ons was dat wat eerder, want daarvoor zijn we immers met de maatregelen strenger geweest en is het gedaald. Als u de verschillende pieken even vergelijkt, dan ziet u dat die pieken zich binnen ongeveer een week vertalen naar een toename in ziekenhuisopnames. Dat zijn de pieken van 9 januari en van tussen 10 en 17 januari. In Nederland was dat eigenlijk in dezelfde mate het geval. U ziet overigens dat in Nederland dat aantal ziekenhuisopnames altijd relatief gezien lager heeft gelegen dan in Engeland. Maar in ieder geval is het nu opvallend dat terwijl Engeland een belangrijke toename van het aantal besmettingen ziet, overigens ook met name onder de tieners en jonge twintigers, die zich nog nauwelijks vertaalt in ziekenhuisopnames. Zeker als de vergelijking met de pieken eerder maakt, zou je dat inmiddels toch wel verwacht hebben, want het is daar al enkele weken gaande.

De opvatting in Engeland is dus – die hoor ik ook van mijn collegae daar – dat ze weliswaar die toename zien onder de groepen die eigenlijk maar mild ziek worden, en dat ze daar nog weinig verspreiding van zien in de bevolking. Dat is natuurlijk zeker geen garantie, maar in ieder geval leidt dat nog niet tot een belangrijke toename in ziekenhuisopnames en al helemaal niet in ic-opnames. Dat is de achtergrond ervan dat u Boris Johnson kort geleden heeft horen vertellen dat ze toch voor half juli Engeland helemaal willen opengooien en willen stoppen met letterlijk alle maatregelen. Je zou dan een toename van het aantal besmettingen verwachten. Ik denk zelf dat dat besluit natuurlijk ook wel consequenties kan hebben in die zin dat bij groepen die niet gevaccineerd zijn – die zijn in Nederland aanwezig, maar natuurlijk ook in Engeland – ook circulatie zal plaatsvinden bij oudere groepen en dat je dan uiteindelijk toch meer ziekenhuisopnames krijgt. Het devies in Engeland is ook: vaccineer en maak gebruik van de mogelijkheid om te vaccineren, want dat is toch onze belangrijkste manier om de verspreiding van die deltavariant tegen te gaan.

Dan wilde ik u nog het slot van de modellering laten zien. Ik heb dit al eerder getoond. Het is altijd uitgezet tegen of we wel of niet allerlei maatregelen zouden nemen of loslaten. Het gaat eigenlijk om de groene lijn in deze grafiek, waarbij u aan de linkerzijde de ziekenhuisopnames vanaf de start van de uitbraak ziet en aan de rechterzijde de bedbezetting. Het ene is dus de opnames per dag, weergegeven in de dots – de getallen zijn van NICE – en aan de rechterzijde ziet u de actuele bedbezetting. U ziet dat de voorspelling op korte termijn is dat dit niet gaat toenemen en dat dit laag is, laag blijft en verder zal dalen.

Als u voor hetzelfde kijkt naar de ic-opnames, dan ziet u opnieuw de groene lijn. Dat is de lijn die we momenteel volgen, met nog een aantal restmaatregelen en verder de meeste versoepelingen volgens stap 4 en stap 5. De opnames zijn inmiddels heel laag geworden. We hebben een aantal dagen met nul opnames gehad. Dan is het weer vier of zijn het er twee, maar al met al is dat natuurlijk een gering aantal. De ic's hebben natuurlijk meer tijd nodig om patiënten die waren opgenomen en misschien al lang opgenomen zijn, te ontwennen. Maar ook daar zien we dat de afname eigenlijk de verwachting volgt. U ziet ook dat dit op korte termijn nog steeds zo is.

De vraag is natuurlijk of de huidige toename van het aantal, dat zich, nogmaals, niet homogeen in de bevolking maar toch in pockets bevindt, uiteindelijk ook hierop van invloed zal zijn. Daar zal ik aan het eind nog wat van laten zien. De conclusie op de wat korte termijn is dat we die piek gehad hebben en vooralsnog in een snelle daling zitten, voor althans ziekenhuizen en ic-opnames, dat die daling doorgaat en dat we in de

nabije toekomst geen belangrijke toename zien. Maar er zijn wel een paar mitsen en maren bij te plaatsen. Het belangrijkste is nu, denk ik, dat die extra besmettingen ten gevolge van de verspreiding van die deltavariant eigenlijk in een soort wedloop zitten met de uitrol van de vaccinaties. We weten immers dat vaccinaties in ieder geval beschermen tegen ernstige ziekte en ziekenhuisopnames. Dat is dus eigenlijk de balans die nu zal bepalen in welke mate de zorg nog verder wordt belast, eventueel ook met die toename.

De fase van de epidemie is duidelijk. We hebben een opbouw van immuniteit en niet zozeer van strengere maatregelen. We hebben natuurlijk nog wel een aantal basismaatregelen die we graag handhaven. We zitten in een seizoenseffect dat gunstig is, maar u ziet tegelijkertijd – Engeland zit er ook in – dat dit bepaald niet tegenhoudt dat je toch nog een toename kunt krijgen. Er zijn natuurlijk een aantal mitsen en maren. Die hebben we ook eerder genoemd. Vaccinatie moet niet alleen de personen beschermen, maar ook de transmissie voorkomen. Inmiddels zijn er wel veel aanwijzingen dat dit ook in belangrijke mate het geval is. Ze moeten werken tegen de huidige varianten, wat geen garantie is dat er niet een nieuwe variant zou komen. De immuniteit moet langdurig zijn, in ieder geval de periode waarover we de uitspraken doen. Als dat niet zo zou zijn, komen we eventueel in scenario's van boosters. Over het seizoenseffect hebben we het al even gehad en ook over de handhaving van de huidige maatregelen. Daar vat ik dan ook onder het testen voor toegang, met consequenties als je positief bent, en het op de juiste wijze gecontroleerd testen na terugkomst van vakantie.

Dan op de korte termijn: wat kan een reden zijn dat er toch een opleving is? Eigenlijk zijn er twee belangrijke mogelijkheden. Het kan het gevolg zijn van introducties uit het buitenland. Dan gaat het letterlijk om vakantiegangers die terugkomen, de infecties toch onder de leden hebben en het uiteindelijk in Nederland verspreiden. Dat is eigenlijk het scenario van vorig jaar. Ik heb u vorige keer laten zien – dat was die publicatie in Nature – dat ongeveer de helft van de gevallen in december uiteindelijk was terug te voeren op introductie vanuit een land als Spanje. Dat is dus iets wat je wilt voorkomen. Dat zou je kunnen voorkomen door breed testen beschikbaar te hebben voor personen die terugkomen, zodat men een test uitvoert, ook al heeft men dan geen klachten. Bij klachten moet je dat altijd doen.

De tweede reden van een mogelijke opleving is als er een lokale circulatie blijft in groepen met een lage vaccinatiegraad. Die vaccinatiegraad moet gegeven de besmettelijkheid van die deltavariant nog heel hoog liggen, natuurlijk aanmerkelijk hoger dan berekeningen van destijds, die op de klassieke variant waren toegespitst. Voor de vaccinatiegraad betekent dat eigenlijk: hoe hoger, hoe beter, om te voorkomen dat er weer opleving is. Er zijn natuurlijk regio's in Nederland en soms ook wijken in grote steden waar hij lager is. Ik denk dat het belangrijk is dat die gebieden in kaart worden gebracht en dat we daar alles aan moeten doen. Als men niet gevaccineerd is omdat men onvoldoende geïnformeerd is, moeten we die stap kunnen nemen. Dat gebeurt in een aantal grote steden met de bussen. Dat is natuurlijk een prachtig initiatief. We moeten er in ieder geval voor zorgen dat niemand besluit zich niet te laten vaccineren omdat hij domweg te weinig kennis heeft. Dat kan komen doordat hij de Nederlandse taal niet goed beheerst. Het kan allerlei redenen hebben, maar daar kunnen we natuurlijk wat aan doen. Er zal dan altijd een groep zijn die zich niet laat vaccineren. Dat leert de praktijk natuurlijk. Dat is overigens heel verschillend in landen in Europa. Ik hoor van mijn collega dat in Spanje bijna 100% zich vaccineert, maar daar zijn ze natuurlijk nog niet de hele bevolking door. In een land als Frankrijk is er altijd veel meer verzet en zie je dat het percentage veel lager is. Tussen landen kan dit dus belangrijk gaan verschillen. Dat zal consequenties hebben, want als je ervan uitgaat – en dat gaan wij eerlijk gezegd – dat dit virus onder ons

blijft, loop je, als je niet gevaccineerd bent, vroeger of later tegen het virus op en zal je de infectie doormaken. Dat zullen we niet kunnen tegengaan. Dat betekent iets voor de komende maand, de komende jaren wellicht of het komend jaar. Dan gaat het er eigenlijk om: hoe kan het toch zo veel mogelijk gespreid zijn, zodat er geen moment van overbelasting van de zorg komt?

Met betrekking tot die opleving is de timing natuurlijk onzeker. In ieder geval staat vast dat het gunstiger seizoenseffect dat we momenteel ervaren, er in het najaar niet meer zal zijn en zich tegen ons zal keren. Dat maakt dat de besmettelijkheid – het effectieve reproductiegetal – hoger zal liggen. Dan wordt het dus des te belangrijker om ervoor te zorgen dat de vaccinatiegraad zo hoog mogelijk is. De wedloop tussen het bereiken van een vaccinatiegraad en de extra besmettingen door de besmettelijkere deltavariant zal het beeld gaan bepalen. De consequenties van zo'n opleving zijn gerelateerd aan de leeftijdscohorten die betrokken zijn. Als dat zoals nu toch vooral de jongeren zijn, dan verwachten we er eigenlijk weinig belasting van de zorg door. Dat is ook het beeld dat in Engeland opkomt. Zij hebben over het algemeen namelijk een milde ziekte, maar ze kunnen het natuurlijk wel doorgeven aan ouderen in gebieden waar de vaccinatiegraad lager ligt. Dan kan het natuurlijk wel een zorgbelasting geven. Het is dus niet alleen maar een geruststelling. Waar dat dan gebeurt – regionaal of landelijk – hangt weer samen met het percentage vaccins dat gegeven is en natuurlijk ook wel met hoe de clusters georganiseerd zijn. Sommige clusters met een lage vaccinatiegraad vinden elkaar in bijvoorbeeld middelbare scholen. Dat kunnen dan bronnen van verspreiding zijn. Mocht dat gebeuren, dan kunt u zich voorstellen dat je toch probeert om qua interventies op grond van het BCO en het vaststellen van hotspots zo gericht mogelijk maatregelen te nemen die dan met name in die regio's gelden en niet voor de rest van Nederland als dat niet nodig is. De gevolgen voor de zorg zijn al genoemd. Dat zijn natuurlijk niet alleen de ziekenhuizen en de ic's, maar ook de wijkverpleging en alle ambulante zorg. Dat zal erg afhangen van de leeftijdscohorten.

Ten slotte laat ik u nog een aantal modelleringen zien die daar wat over zeggen. Hier ziet u een modellering op de huidige situatie, waarbij de vaccinatiegraad varieert en waarbij infectie wordt voorkomen door vaccinatie, maar transmissie ook wordt voorkomen door vaccinatie. Dat is het beeld dat we nu terugvinden in de literatuur, dus daar wordt inmiddels ook mee gemodelleerd. U ziet dat in de periode dat de vaccinaties nog onvoldoende zijn om alle groepen, met name de jonge groepen, van immuniteit te voorzien, je aanvankelijk toch een schoudering van de daling kan verwachten. Misschien is dat precies waar we momenteel deels tegen aankijken. U ziet dat het de verwachting is dat, naarmate de jongere groepen gebruik gaan maken van vaccineren, er een verdere daling plaatsvindt die enige tijd zal duren en er vervolgens toch een toename zal zijn naar het einde van het jaar, afhankelijk van het seizoenseffect maar ook van een eventueel toegevoegd effect van de import van infecties. Import van infecties is in deze grafiek niet meegenomen. Dat betekent dat iedereen die van vakantie terugkomt die het virus onder de leden heeft en dat in Nederland verder kan verspreiden, de prognose die u hier terugvindt ongunstig kan beïnvloeden. Vandaar ons advies om daar zo nauwkeurig mogelijk naar te kijken en iedereen de kans te geven zich te laten testen. Ik denk dat ik alles genoemd heb. In werkelijkheid zal de import van infecties van belang zijn, dus hoe hoog die eventuele gevallen worden aan het einde van het jaar als het seizoenseffect wegvalt. Verder ziet u dat de hiccup in meldingen die we nu zien, straks misschien ook wat in ziekenhuisopnames, vooral de periode betreft waarin de vaccinaties nog niet 100% zijn uitgerold.

De vorige sheet betrof het aantal besmettingen in de bevolking. Op de volgende sheet ziet u de gevolgen daarvan voor de ic- en de ziekenhuisop-

names. De verwachting is ook daar, vooral gebaseerd op de kennis dat de besmettingen momenteel vooral onder jongeren plaatsvinden, dat er eigenlijk weinig extra belasting voor de zorg is, met natuurlijk wel een geweldige onzekerheid die naar het eind van het jaar toeneemt. Dan lijkt de mediane lijn misschien nog geruststellend plat en laag te liggen, maar hierbij is dus niet de influx uit het buitenland meegenomen, want die kunnen we moeilijk berekenen. Die zou dat dus belangrijker hoger kunnen doen zijn.

Ik herhaal nog even een dia van de vorige keer, omdat het toch belangrijk is om ons te realiseren dat zelfs een vaccinatiegraad van 100% niet betekent dat 100% van de gevaccineerden beschermd is. Er is geen vaccin dat 100% werkt. Zelfs al zou de vaccinatiegraad dus hoog zijn – en die is gelukkig hoog met meer dan 85% boven de 65 – dan nog kom je uiteindelijk altijd uit op zo'n 30% «niet immuun» voor de bevolking. Dat is nog een behoorlijk hoog aantal. Dat aantal kan je verder omlaagbrengen door de vaccinaties bij alle leeftijdsgroepen toch nog eens warm aan te bevelen als mogelijkheid om toenames in het najaar tegen te gaan. U ziet dat weergegeven in een grafiek die ik u de vorige keer ook heb laten zien. Die geeft het seizoenseffect weer over het verloop van het jaar en het begin van volgend jaar. Dat wordt dan negatief en dat maakt dat we, als de vaccinatiegraad onvoldoende is, toch behoorlijke uitbraken kunnen verwachten met R-waardes die tegen de 1,2 kunnen komen ten gevolge van het feit dat er toch een behoorlijke groep is die niet gevaccineerd is.

De voorzitter:

Van wanneer is deze tabel? Later vandaag gaan we het debat voeren. Als die tabel erg oud is, kunnen we dan misschien nog een geüpdatete tabel ontvangen? Het zijn toch wel de jongeren die iedere keer eruit springen in eerdere tabellen.

De heer Van Dissel:

Oké, dan moet ik de tabel misschien nog heel even uitleggen. Dit is in wezen een tabel die de verwachting weergeeft van september. De tabel is eigenlijk gebaseerd op een situatie waarin het allemaal gaat zoals het nu loopt en de jongeren ook gevaccineerd worden – dat is de laatste kolom – zij het misschien met een ietsje geringere vaccinatiegraad dan de alleroudsten. Dan komt u op die 71% in september. Dit is dan de uitgangperiode voor wanneer het seizoenseffect zich tegen ons gaat keren. Dit is dus echt de actuele situatie zoals we die nu kunnen voorzien. Dat wordt niet beïnvloed door wat we nu hebben, zij het dat de eerste kolom het percentage weergeeft dat afweer heeft als gevolg van een doorgemaakte infectie. Daarin heeft u natuurlijk gelijk. Nu we zien dat een belangrijk deel van de groep 20–29-jarigen momenteel de infectie heeft, zou je verwachten dat die 41% misschien naar 45% gaat, maar dat is eigenlijk een hele kleine aanpassing.

Het belangrijkste van deze grafiek is het volgende. Ondanks dat je denkt «85% gevaccineerd is toch wel heel erg mooi», heb je toch een situatie waarin 30% nog gevoelig is voor het virus. Als die 30% ook nog bij elkaar in clusters zit of in wijken woont, kun je aan het eind van het jaar toch makkelijk uitbraken krijgen. Dat willen we hier eigenlijk illustreren, om nog eens duidelijk te maken hoe belangrijk het is dat we de vaccinatiegraad in alle groepen hoger krijgen, ook in de groepen die het nu nog niet hebben gedaan. Kom dat toch doen, want dat gaat ons uiteindelijk allemaal helpen. Als je toch niet vaccineert, is de kans buitengewoon hoog dat je het toch gaat krijgen, ook de groepen boven de 70, omdat het virus gewoon zal blijven circuleren.

Dan denk ik dat ik er ben. O nee, er komt nog één simulatie en dan ben ik er echt. Ik heb u hopelijk laten zien dat de immuniteit, de besmettelijkheid en de introducties uit het buitenland belangrijk zijn. Dat zijn eigenlijk de drie dingen. Ik denk dat u voor het beleid vooral moet kijken naar hoe u

deze drie zo gunstig mogelijk kunt beïnvloeden. Dat kan bijvoorbeeld door testen na terugkomst uit het buitenland, door de vaccinaties toch weer extra te highlighten en door ervoor te zorgen dat in wijken waarin mensen de Nederlandse taal misschien minder eigen zijn, mensen toch de mogelijkheid krijgen. Niemand die gevaccineerd wil worden, moet worden buitengesloten. Ik denk dat dat belangrijk is. Het is dan ook belangrijk dat je tot die periode de basismaatregelen in stand houdt om ook iedereen de kans te geven om profijt te hebben van de vaccinatie en niet op het laatste moment een infectie te krijgen omdat bijvoorbeeld de 1,5 meter al is geschrapd. In de prognoses zitten natuurlijk veel onzekerheden. Dat komt omdat het een keten is van factoren. De zwakste keten bepaalt het dan. Op een gegeven moment trek je aan zo'n keten en is dat moeilijk uit te maken. Er zitten zo veel onzekerheden in alle factoren die ik noem, dat naarmate je verder kijkt het onzekerder wordt en de marge van onzekerheid ook toeneemt.

In deze sheet ziet u voorbeelden van dat soort simulaties. Die simulaties zijn uitgevoerd ten aanzien van verschillen in vaccinatiegraad en ten aanzien van verschillen in besmettelijkheid van het virus. Je ziet dan dat sommige heel gunstig uitvallen, bijvoorbeeld als het virus straks wat minder besmettelijk blijkt dan we nu misschien inschatten en de vaccinatie bij 12-plus wat hoger is dan we nu verwachten. In ieder geval in de modellering is de verwachting dan dat we geen belangrijke uitbraak meer tegemoetzien. Maar u ziet ook dat als alle factoren net tegenvallen – dat zijn dan vooral de lijnen linksonder – u weer een behoorlijk aantal opnames op de ic en in het ziekenhuis kan verwachten. Dit is niet om in een kristallen bol te kijken en te zeggen: nou, het zal wel de lijn van linksonder zijn. Zo moet u dit niet lezen. Dit is echt scenariodenken, dat duidelijk maakt welke factoren wel of niet van belang zijn voor een eventuele opleving. De modellers hebben dat gedaan. Deze twee factoren, de immuniteit en de besmettelijkheid van het virus, zullen uiteindelijk bepalen hoe het de komende winter gaat verlopen. In welke van de hier getoonde hokjes wij terechtkomen, weten wij natuurlijk ook niet, maar je kan wel proberen om het allemaal zo gunstig mogelijk te beïnvloeden. Dat was de laatste dia, want dit is weer een herhaling van de eerste. Die geeft eigenlijk weer dat de onzekerheden dezelfde zijn. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u zeer. Mevrouw Westerveld heeft nog een verduidelijkende vraag.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ja, over die scenario's. Als we weten dat het seizoenseffect ongunstig is in het najaar, begrijp ik niet zo goed dat al die scenario's heel plat zijn en er geen scenario is waarin we uitgaan van bijvoorbeeld een heel besmettelijke variant die opkomt. Waarom is daar in geen van deze scenario's rekening mee gehouden?

De heer Van Dissel:

Die ziet u rechtsonder, precies datgene wat u noemt. Het seizoenseffect is er sowieso. Dat kunnen we verder niet beïnvloeden. Datgene wat u noemt, wordt hier weergegeven voor «iets meer besmettelijk of iets minder besmettelijk» en «iets meer immuun of iets minder immuun». Wat u vraagt, staat voor beide in de eerste kolom linksonder.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we nu toe aan vragen van de Kamerleden. Als eerste is het woord aan mevrouw Kuiken.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dank u, voorzitter. Ik moet over een kwartiertje weg. Ik ben allerminst gerustgesteld, want er zijn zo veel onzekerheden. Het hangt af van goed gedrag, het hangt af van voldoende testen en het hangt af van de vaccinatiegraad. We weten dat het gedrag te wensen overlaat en dat het testbeleid en het testen voor toegang niet waterdicht zijn; dat waren de woorden van de heer Van Dissel zelf. Testen na terugkomst uit het buitenland gebeurt niet of beperkt. De quarantaineplicht wordt niet gehandhaafd. Daar komt nog bij dat de cijfers van drie weken geleden dateren. Ik weet hoe het statistisch werkt, maar ik zie ook dat het aantal besmettingen nu al hoger ligt dan op pagina 24 van de slides is weergegeven. Mijn simpele vraag is dan ook: wat wordt het moment waarop het OMT en het RIVM besluiten dat er toch maatregelen nodig zijn? Zouden we op basis van deze gegevens niet al een aantal aanvullende maatregelen moeten nemen? De QR voor Janssen is genoemd, maar zou je ook niet toe moeten naar 24 uur in plaats van 40 uur bij testen voor toegang? Misschien moet je wel naar veel stringenter maatregelen als je kijkt naar de clubs, de festivals en de horeca, waar nu de meeste besmettingen plaatsvinden.

De heer Van Dissel:

Ja, ik denk dat u alles wat u noemt, terugvindt in de OMT-brieven. Ik denk dat we in ons advies heel helder zijn. Kijk, er zijn versoepelingen gewenst, en wij hebben steeds in onze advisering aangegeven wat dan gerealiseerd zou moeten worden om de risico's van versoepelingen zo gering mogelijk te maken. Neem bijvoorbeeld die events. Daarvan hebben we gezegd: zorg dat het einde van de events binnen 24 uur van je test valt. Uiteindelijk heeft – als ik dat zo mag zeggen – u als parlement en regering daar een ander besluit over genomen, maar het advies was om dat in 24 uur te doen. En het advies in het huidige OMT is ook: als een event meer dagen duurt, stel dan per dag vast dat er geen besmettingen zijn. Dat is natuurlijk de advisering. Hoe dan de uitvoering daarvan is en de handhaving, tja, dat is niet iets waar het OMT over adviseert. Uiteraard gaan wij uit van de situatie dat bij wat er geadviseerd wordt en overgenomen wordt, ook wordt gekeken of het uiteindelijk wordt uitgevoerd. En er zijn misschien altijd wegen om daaronder uit te komen, maar dat moet dan in ieder geval de duidelijke intentie zijn. Ik denk dat bijvoorbeeld hetzelfde geldt voor de terugkeer van vakantie. Overigens heb ik daarvan ook gehoord dat daar het nodige vanuit beleid over is gezegd. Ik denk dat wij kunnen opmerken – en dat hebben we ook gedaan in het OMT-advies – dat we vorig jaar hebben gezien dat een belangrijk percentage van de infecties na de vakantie gewoon terug te voeren was op introducties van de vakantie. Nou, vorig jaar hadden we geen testbeleid voor als iemand terugkwam. Nu is ons advies om te testen als iemand terugkomt van vakantie. De uitvoering is natuurlijk niet aan het OMT.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Helemaal eens, maar ik wil toch ook nog wel heel indringend vragen wat het OMT en het RIVM nu voor de komende weken verwachten. Ik snap dat dat van drie weken geleden de basis is, maar de besmettingen lopen nu zo snel op... Straks zitten we dit weekend op 5.000, en dan weten we gewoon niet wat de overdracht gaat zijn naar kwetsbare groepen of mensen die nog niet volledig zijn gevaccineerd. Ik ben zelf ook pas 11 juli aan de beurt. Dus ik verwacht data. Gelijktijdig is het OMT ook het enige adviesorgaan dat we hebben, dat we ook heel serieus nemen, dus ik wil graag een indicatie van wat men verwacht voor de komende weken, gelet op de exponentiele groei en trends die nu gaande zijn.

De voorzitter:

De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Dit is natuurlijk een belangrijk punt. Het hangt wel af, denken wij, van de duiding van wat we nu zien. Dat heb ik geprobeerd te doen. Want we zien niet een diffuse homogene toename door de hele maatschappij. U kunt zich voorstellen dat als er in een disco – wat was het? – 164 besmettingen zijn, je daar maar een paar van nodig hebt om behoorlijke aantallen te maken. Maar dan gaat het in wezen om één gebeurtenis, waar blijkbaar iets van de dingen die we hebben afgesproken, toch mis is gegaan; dat kan bijna niet anders. Dus dan zou je toch denken: voordat je nou in de reflex schiet van «draai alles weer terug», ga dan toch eens kijken of we dat kunnen beïnvloeden waarvan we denken dat het van belang is geweest. En tja, dan zien we uit het bron- en contactonderzoek en de clusteranalyse toch terug dat het vooral besmettingen zijn rond horeca, rond feesten, rond feesten in disco's en nachtclubs. Dat is in belangrijke mate de groep van zeg maar de jonge twintigers. Dan zou ik eerder denken: ga dan toch nog na of alles wat we in wezen daarvoor verzonnen hebben, ook allemaal goed uitgevoerd wordt, en of we daar niet in kunnen verbeteren. Want ik denk dat al deze settings bepaald niet zouden willen dat wij op korte termijn zouden adviseren om dat allemaal weer terug te draaien en om de horeca, nachtclubs, feesten weer restricties op te leggen. Ik zou dan toch in eerste instantie uitgaan van het feit dat we dit momenteel zo goed kunnen duiden in die groepen waarvan we weten wat ze gedaan hebben, en dat je daarvan dan toch duidelijk moet krijgen wat er is misgegaan en hoe we die controles vooraf, waarin we toch vertrouwen hebben, kunnen verbeteren.

De heer **Paternotte** (D66):

Ik heb het OMT-advies goed gelezen. U bent afgelopen vrijdag bij elkaar gekomen. In het OMT-advies gaat het om een gemiddelde daling van 13%. Dat is dus eigenlijk een situatie van een daling, terwijl u in deze presentatie ook aangeeft dat we de afgelopen week in een stijging zitten van 102%. En als je, los daarvan, even kijkt naar de laatste acht dagen, dan zie je een verviervoudiging, maar dat is natuurlijk niet netjes op een zevendaags gemiddelde gebaseerd. Ik lees in het OMT-advies dat het nog uitging van die daling, en dat men aangeeft dat er bij een veranderde epidemiologische situatie heroverwegingen dienen plaats te vinden, en dat er bij een ongunstige ontwikkeling een heroverweging nodig is, waarbij het ook belangrijk is om te letten op maatregelen als groepsomvang en generieke maatregelen. Het OMT zegt ook: gezien de huidige situatie is het verstandig om tot een wekelijkse cyclus over te gaan, zodat je sneller op dingen kan inspelen. Op basis daarvan zou dus mijn vraag zijn: gezien het feit dat we nu die enorme beweging omhoog zien in die kolom, vooral de laatste dagen, en we natuurlijk steeds kijken naar een langduriger beeld, waarbij de trend die daarop is gebaseerd wel echt heel opvallend is, is het dan ook logisch dat in het kader van de wekelijkse cyclus het OMT deze week nog bij elkaar komt?

De heer **Van Dissel**:

Dat zou het OMT intern moeten besluiten. Maar ik wil dan toch wel even de verwachtingen weer wat temperen. Want wat zal het OMT doen? Het OMT doet een duiding van de aantallen, eigenlijk op dezelfde wijze en ook kijkend naar dezelfde grafieken en tabellen als ik u nu ook heb laten zien. Alleen kunnen we die dan tot donderdag updaten. Dat zullen we sowieso voor de duidelijkheid delen met de OMT-leden, ook los van of we fysiek bij elkaar komen. Maar dan is toch de vraag: wat zou daar dan eigenlijk als advies uit kunnen rollen, anders dan wat ik net aan uw collega heb geantwoord? We zien dat de verspreiding rond feesten, rond studentenhuizen, rond bijeenkomsten van jongeren, rond horeca, dancings en dergelijke is. Dus dan zal dat toch, als je het tenminste in eerste instantie wil beperken tot het wegnemen van verdere verspreiding op die plekken,

het updaten zijn van die maatregelen, waarvan we eigenlijk vinden dat die al in place hadden moeten zijn. Dat zijn testen voor toegang, dus al dat soort dingen, misschien met uitzondering van de directe werkzaamheid van Janssen, en daar heeft de Minister al een besluit op genomen. Ik begreep dat dat komend weekend zal ingaan. Dus wat is dan precies de verwachting, hè? We kunnen natuurlijk als OMT zeggen «we zien een toename, we moeten weer naar een lockdown», maar dan heb je natuurlijk het idee dat je daar geweldig mee overshoot. Dus we proberen toch een duiding te doen van wat er nu gaande is. Ik denk toch dat de boodschap van «zorg en kijk wat je daaraan kan verbeteren» de eerste zou zijn.

Misschien nog heel even dit punt om dat nog wat breder te voeren. We proberen natuurlijk ook te kijken naar wat onze doelen zijn. Het is niet het doel van het OMT om elke milde ziekte en neusverkoudheid te voorkomen. Dat absoluut niet. Nee, maar laat dat helder zijn; dat is niet het doel. Dus wat we willen voorkomen, en dat kunt u altijd in de eerste regels lezen, is de belasting van de zorg, de belasting van ziekenhuizen, ic's en de kwetsbaren. We moeten constateren dat die, momenteel althans, nog niet betrokken zijn bij de opleving die we nu zien. Dat vinden we ook een belangrijk onderdeel daarvan. De kwetsbaren zijn, gelukkig, in zeer belangrijke mate gevaccineerd; we zien momenteel zelfs wat ondersterfte in die groepen. Ik bedoel, daar is lange tijd oversterfte geweest, dus dat kan dan geen reden zijn. En de zorg is momenteel ook nog weinig belast. Nou kan dat natuurlijk wat achterlopen, dat snappen we, maar dan heb je nog steeds ruimte om in te grijpen. Dus ik denk toch dat het de komende week erg belangrijk is voor iedereen om te reflecteren, en te denken: wat kan ik doen in mijn zaak en in mijn horecagelegenheid om te zorgen dat er straks toch niet weer een advies komt om te sluiten, omdat er nu te veel besmettingen plaatsvinden? Ik denk dat niemand dat eigenlijk wil, en dat we toch ook lezen, ook in de media, over wat daar op die verschillende locaties gebeurd is, en wat daar verbeterd kan worden, zonder dat we meteen alles dan maar weer dichtgooien.

De **voorzitter**:

Meneer Paternotte, had u al twee vragen gesteld?

De heer **Paternotte** (D66):

Nee, voorzitter, ik heb één vraag gesteld.

De **voorzitter**:

Oké.

De heer **Paternotte** (D66):

Nee, wij huren het OMT natuurlijk ook in om ons te adviseren op basis van een doelstelling van beleid. De druk op de zorg, specifiek de ziekenhuiszorg, is dan natuurlijk wat u meekrijgt als indicatie. Wat de heer Van Dissel eerder zei: wat je natuurlijk absoluut niet wil, is dat Nederland rood wordt op die Europese kaart. Maar op zich zouden we met de aantallen van gisteren pas aankomend weekend op het zevendaagse gemiddelde al voldoende scores om rood te worden op de Europese kaart, en zouden we een week later ook naar donkerrood kunnen doorschieten. Wat mij dan opvalt is dat u inderdaad ook Duitsland noemde in het overzicht, dat ook niet op de laatste dagen is bekeken, en dat wij relatief zeven keer zoveel besmettingen hebben als Duitsland. Dus mijn vraag zou dan zijn: stel dat het uitgangspunt van beleid ook is om te voorkomen dat Nederland donkerrood wordt en je dan dus die positie in Europa met die forse reisbeperkingen voor Nederlanders krijgt, zou u dan kunnen schetsen wat dat zou kunnen betekenen voor hoe het OMT-advies eruit zou zien?

De heer **Van Dissel**:

Ja, opnieuw: dan heb je dus wel een beetje wel het punt van «verstaat iedereen in Europa hetzelfde onder die aantallen»? Dat wil ik dan toch nog wel een keer benadrukken, want ik denk dat de Ministers of de ambtelijke top daarover moet samenkomen, om te kijken of we allemaal inderdaad wel hetzelfde meten. Want veel testen betekent natuurlijk meer oppakken, maar heel specifiek testen betekent natuurlijk ook dat je positieven vindt. En of we heel snel in rood komen, weet ik niet. Dat is natuurlijk meer dan 200 in een veertiendagenreeks, dus dat zal nog wel even duren, hoop ik. Althans, als ik even kijk naar wat het ECDC hiervoor aanhoudt, en het percentage positieve testen, dan heb ik het u net aangegeven: dat ligt juist laag, omdat tegenwoordig ook die testen voor toegang worden meegenomen, zoals de andere Europese landen dat ook doen, en zitten we dus eigenlijk nog rond de 1 à 1,5. Maar we zijn het verder wel met elkaar eens. Ik bedoel, als dat zo door zou gaan, dan neemt dat aantal natuurlijk toe en kom je op een gegeven moment in een andere kleur. Dat heeft dan natuurlijk allerlei ongewenste effecten voor personen die rekenen op vakantie. Dat wil je voorkomen. Tja, dan denk ik: nogmaals die oproep. Wat kunnen we daaraan doen? Dat is dan toch zorgen dat de maatregelen die we al verzonnen en geadviseerd hebben, worden uitgevoerd, worden gehandhaafd. En het zo snel mogelijk uitrollen van het vaccinatieprogramma, want dat is wat uiteindelijk maakt dat de kolommen helemaal platgaan, uitgaande van de hoogste immuniteit als gevolg van vaccineren.

De heer **Paternotte** (D66):
Nog één verduidelijkende vraag?

De **voorzitter**:
Nee, we hebben echt nog een kwartier, en iedereen moet nog.

De heer **Paternotte** (D66):
Ja, snap ik. Oké.

De **voorzitter**:
Misschien op het einde nog. De heer Van der Staaij.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Ik had ook nog een vraag over de situaties waarin er grote clusters zijn, bijvoorbeeld in de horeca, maar ook bij bepaalde feesten. Hebben we nu in beeld hoe het komt dat er juist grote clusters ontstaan en wanneer? Dat lijkt me toch wel hele relevante informatie. En daaraan gekoppeld: welke aanbevelingen zijn er voor de eigen verantwoordelijkheid van mensen, los van dat we schieten in «de overheid zegt dat er niets mag» of «je mag weer helemaal losgaan»? Welke ruimte is er voor gezond verstand om clusters te voorkomen?

De heer **Van Dissel**:
Ja. Ik denk zelf aan de maatregelen die wij als OMT hebben geadviseerd met betrekking tot testen voor toegang. Die testen moeten een bepaalde geldigheidsduur hebben. Als de checks ervan dan inderdaad ook plaatsvinden, moeten we er ook op kunnen vertrouwen dat als iemand een code toont, dit dan ook zijn code is en dat er in het geval van meerdaagse festivals ook meerdere keren zo'n check is. In alle redelijkheid zou dat voldoende moeten zijn om die grote clusters tegen te gaan; het zou me echt verbazen als het dat niet zou doen. Het virus komt niet letterlijk uit het niets, dus dat betekent toch dat er waarschijnlijk meerdere personen met het virus in de keel in die gelegenheden zijn geweest en het daar hebben kunnen verspreiden. En als je dan clusters ziet ontstaan... Tja, we weten dat dat van een heleboel factoren afhangt. Er zijn verschillen in de mate van virusreproductie in de keel, die niet eens altijd tot veel klachten hoeven te leiden, dus dat kan je dan ook bij je dragen zonder veel

klachten. Maar voor de duidelijkheid: dat komt dan wel in die testen naar voren, dus die zou je er dan uit pakken. Maar goed, als daar wat mee misgaat, dan zouden die in zo'n gelegenheid kunnen komen. En wat we natuurlijk ook van de GGD's terughoren, is dat men soms van feest naar feest gaat, en dat daar grote groepen samen dansen. Dat is allemaal prima, maar dan moet je wel zo goed als mogelijk weten dat je inderdaad negatief bent. En als dat niet gezekerd is... Wij denken dat onze huidige suggesties en advisering met betrekking tot testen die zekerheid in belangrijke mate geven, maar als daar op een of andere manier aan onttrokken kan worden, dan kan je natuurlijk dit soort clusters krijgen. Dus dat van de clusters verbaast ons niet zozeer, maar dat duidt er dus wel op dat er wat mis is gegaan met wat u, ook heel terecht, eigen verantwoordelijkheid acht. En die eigen verantwoordelijkheid is: wees eerlijk en ga niet toch naar dit soort gebeurtenissen als je klachten of milde klachten hebt; laat je dan sowieso testen, maar doe wel ook gewoon een eerlijke toegangstest voordat je naar binnen gaat.

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

Mijn tweede vraag gaat over de duur van de immuniteit na vaccinatie of na een doorgemaakte infectie. De heer Van Dissel benoemt dat ook als kwetsbaarheid. Behalve door vaccinatie, wat natuurlijk heel belangrijk is, is er ook sprake van immuniteit bij een aantal mensen door een inmiddels doorgemaakte infectie. Wat is nu de wetenschappelijke stand van zaken rond de verwachte duur van immuniteit na zowel de vaccinatie als een doorgemaakte infectie?

De heer **Van Dissel**:

Daar zijn de boeken natuurlijk nog niet over gesloten; dat moge duidelijk zijn. We kunnen nu ook maar een zekere periode een follow-up geven. En die vaccinatieonderzoeken, die personen die worden gevolgd, dat is natuurlijk ook nog maar relatief kort. U heeft ook kunnen lezen dat men uit een afgeleid onderzoek, waarvan ik wel wil benadrukken dat dat een in-vitro-onderzoek van bijvoorbeeld lymfeklieren was, eigenlijk indicaties heeft dat het in belangrijke mate wel in stand blijft, dus dat men daar juist optimistisch is. Ik denk dat het nog de beste maat is om te kijken naar hoeveel personen die het hebben doorgemaakt in de eerste golf, nog een re-infectie hebben doorgemaakt. Nou, daar heeft Engeland relatief duidelijke getallen over gepubliceerd, over echt tienduizenden mensen. Daarin komen ze tot een aantal van iets van 0,4%, dus dat is echt heel erg laag, en dan vaak ook nog een milde ziekte. Dus ik denk dat dat op korte termijn niet een heel grote zorg hoeft te zijn. Het zou kunnen dat dat bijvoorbeeld voor de alleroudsten wel een overweging wordt, dus dat we toch zien dat die antistoffen daar eerder dalen en dat daarvoor dan bijvoorbeeld een booster in aanmerking komt. Dat is iets wat bij de Gezondheidsraad ligt, dus daar krijgen we in ieder geval op tijd advisering over.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank u wel, en dank opnieuw voor deze technische briefing, de laatste – denk ik – in deze zaal. Twee vragen. De eerste zal ik nu stellen, en die ziet op het OMT-advies om de grenswaarden voor incidentie omlaag te brengen. Eigenlijk is mijn vraag: moet dat zo snel mogelijk, gezien ook die stijgende cijfers qua incidentie? Of kan dat wachten tot het najaar, waarvan de Kamer al heeft verzocht om het beleid dan bij te stellen? Daarbij komt mijn gedachte dat het van belang is dat we ook het bron- en contactonderzoek zo goed mogelijk kunnen blijven doen, en dat het, als die incidentie enorm stijgt, los van de ziekenhuisopnamen, ingewikkeld wordt om daaraan opvolging te geven. Hoe ziet het OMT dat?

De heer **Van Dissel**:

Ja, goede punten. Eerlijk gezegd is dit nou typisch een zin van het OMT die geschreven is op het moment dat we het nog zagen dalen, ons eigenlijk realiserend dat we vorig jaar misschien allemaal te lang gewacht hebben met het omlaag stellen van die waarden om eerder ingrijpen mogelijk te maken. Ik denk dat u dat even los moet zien van de huidige duiding van wat er nu speelt, en dat het toch belangrijk is om dat eerst helemaal rond te hebben, voordat we deze waarden implementeren. Dus dan zou je meer komen tot een periode na de vakantie. En dat we tot die vakantie toch kijken of het iets is wat straks nog wat indaalt omdat iedereen geschrokken is, zo hoop ik dan, en zich misschien toch realiseert dat je die toegangstesten toch niet voor niks doet. Ik hoop dat dit toch een reflectie is naar aanleiding van de eerste twee weekends dat het allemaal los kon. Dat is dan de hoop. Die komt niet altijd uit, maar we kunnen in ieder geval dus de hoop uitspreken dat daar een kentering in komt. Los daarvan, maar dan onder alle provisies die we genoemd hebben, dus ook testen na terugkomst, wil je dan na de zomer het beeld wat aanscherpen met betrekking tot de maatregelen. Dat houdt in dat je minder lang wacht, om te voorkomen dat je hoge pieken krijgt. Dat zou ook regionaal kunnen zijn, dus dat je regionaal dingen doet. Dus ik denk dat dat vooral een zin is die wat meer naar achteren gaat. We hebben ook een zin toegevoegd, en die staat er vlak onder: we vinden het belangrijk dat er niet een automatische indeling is. Want dat is nu bijna het geval: als een getal te hoog wordt, dan schiet het dashboard op groen of op rood. We denken dat het juist nu belangrijk is dat er gewoon echte duiding plaatsvindt, dat er eerst met GGD'en, het RIVM en de OMT-vertegenwoordiging wordt gekeken wat het betekent en hoe het moet worden geduid voordat we het al dan niet ingrijpen.

Uw tweede vraag ging over het BCO, geloof ik. Dat zullen we natuurlijk zo lang en zo gericht mogelijk doen. Dat wordt maatwerk. U kunt zich voorstellen dat dat voor clusters soms weer makkelijk is, omdat iedereen in een bepaalde gelegenheid geweest is en je al heel snel weet dat dat het dus is. Maar dat wil je juist op orde houden, om dat soort spots eruit te kunnen vissen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Bikker.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Mijn tweede vraag is een geheel andere; die ziet op de transmissie. Ik zag dat bij de grafiekjes over de middellange termijn telkens de premisse staat «vaccin voorkomt transmissie». We hebben eind mei het advies gehad van de Gezondheidsraad, waarin werd gezegd dat het nog heel ingewikkeld is om dat te duiden. Is er nieuw onderzoek dat dit onderbouwt? En daarbij vooral: kan de heer Van Dissel het verschil aangeven tussen de verschillende vaccins? Of maakt het niet uit of het een vector-vaccin is of een mRNA-vaccin?

De heer Van Dissel:

U merkt dat terecht op. Eerder waren we daar onzeker over. Tegenwoordig is eigenlijk toch de opvatting dat het percentage waarin je ziektemanifestaties voorkomt, ongeveer gelijk kan worden gesteld met de remming van de transmissie. Dat wordt gevoed door steeds meer studies daarover en ook onderzoek dat we in Nederland zelf doen naar verspreiding binnen het gezin, zoals ik de vorige keer heb laten zien. Zo is dat nu ook in de modellering meegenomen. Dat betekent dus dat er inderdaad subtiele verschillen zijn tussen vaccins, en ook subtiele verschillen tussen de verschillende varianten. Die worden in de modellering allemaal meegenomen. En voor de delta is dat dus wat minder gunstig dan voor de alfa.

De voorzitter:

Dank u wel. We kunnen iets uitlopen. Dan weet u dat. Mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dan ga ik drie vragen stellen. Ik ben benieuwd. Bij de dilemma's of risico's die worden geschetst, mis ik het risico op het ontstaan van weer een nieuwe variant, een misschien nog wel gevaarlijkere variant. Dat speelt natuurlijk niet alleen in Nederland, maar wereldwijd. De vaccinatiegraad in Nederland is niet heel hoog en we zien dat de vaccinaties ook wereldwijd niet altijd goed lopen. Ik zie dat in deze presentatie niet terug. Ik ben benieuwd wat de risico-inschatting is. Misschien is er een reden waarom een nieuwe variant niet wordt meegenomen, maar ik ben wel benieuwd naar die risico's.

De heer **Van Dissel**:

Hij staat hier genoemd bij kwetsbaarheden onder immune escape, virusvarianten. Net zo min als je de UK-variant en de Indiase variant kunt voorspellen, anders dan dat je verwacht dat er wel mutaties optreden – dat is gewoon eigen aan het RNA-virus – weet je ook niet of dat consequenties heeft voor het biologisch gedrag van het virus. We benoemen het als onzekerheid. Dat zou natuurlijk alles weer in het onzekere kunnen trekken, maar dat kunnen we niet voorspellen. Het enige wat we kunnen zeggen, is dat de huidige varianten in Nederland geen immune escape tonen. Ik heb u de vorige keer laten zien dat de werkzaamheid na één vaccinatie misschien minder was, maar twee vaccinaties zijn zeer effectief, zeker wat betreft ziekenhuisopnames.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik heb nog een vraag van een heel andere orde. Er is een motie aangenomen waardoor het RIVM de registratie van longcovidpatiënten op zich zal nemen. Dit is eigenlijk een hele praktische vraag. Ik ben benieuwd of het mogelijk is om bij een volgende technische briefing – die inderdaad niet meer hier zal plaatsvinden – informatie aan ons te geven over hoe het staat met de longcovidpatiënten in Nederland en over hoe het onderzoek loopt. Ik zou daar wat meer informatie over willen krijgen van het RIVM.

De heer **Van Dissel**:

Dat kan ik doen. Voor de duidelijkheid: er zijn een aantal studies gaande. De naam «longcovid» zegt het al: je moet wel een lange follow-up hebben om dat überhaupt te kunnen vaststellen. Dat is iets wat zich opbouwt. Een aantal universiteiten zijn hiermee bezig. Zij doen vooral een follow-up van de opgenomen patiënten of de op ic opgenomen patiënten, bijvoorbeeld het Amsterdam UMC. Het RIVM zal zich met name meer concentreren op het publieke gezondheidsdomein: hoe vaak komt het voor nadat iemand covid heeft gehad zonder ziekenhuisopname? Die studies zullen uiteindelijk leiden tot inzicht in hoe dat in Nederland is. Daar kan ik hier natuurlijk updates van geven.

De **voorzitter**:

Oké. Mevrouw De Vries.

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

Allereerst heb ik een vraag over zelftesten. In het OMT-advies staat dat er geen bezwaar gezien wordt voor het inzetten van zelftesten voor toegang, mits er aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Ik vroeg me af of de heer Van Dissel, gelet op de ontwikkeling van nu, dit nog steeds een goed advies vindt om te gaan doen, zeker omdat we zien dat een heleboel dingen bij toegangstesten toch niet lopen zoals wij wilden.

De heer **Van Dissel**:

Je hebt een aantal mogelijkheden om te testen voor toegang en hetzelfde geldt voor reizen. Dat kan via PCR gebeuren. Het kan ook via zelftesten gebeuren of in ieder geval via antigeensneltesten. Als iemand dat zelf doet, kun je daaraan ook weer bepaalde eisen verbinden met betrekking tot supervisie et cetera. Het punt met die testen is dat ze niet alleen verschillen wat betreft gevoeligheid en specificiteit, maar helaas ook qua tijd die het neemt om een uitslag te krijgen. Als iemand een PCR-test van een dag geleden krijgt en daarna allerlei dingen gedaan heeft, vertrouw je dus op de test van een dag geleden, terwijl de sneltest in theorie letterlijk bij de ingang zou kunnen worden uitgevoerd. De nadelen ten aanzien van gevoeligheid en specificiteit worden dan misschien weer tenietgedaan door het feit dat dat wel letterlijk bij de ingang is. Ze dienen dus verschillende doelen. Je moet uiteindelijk ook een werkzaam systeem hebben en niet iets wat 100% waterdicht is, maar in de praktijk door niemand kan worden opgevolgd, omdat het gewoon onmogelijk is om aan al die technische eisen te voldoen. We hebben het daar natuurlijk over gehad en we denken in die zin nog steeds dat die zelftesten een optie zijn, mits er aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan als ze worden uitgevoerd. Ook bij meerdaagse evenementen zou je juist daarvan gebruik kunnen maken.

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

Dank u wel. Dan een tweede vraag. Ik begreep dat het OMT verdeeld was over het loslaten van de anderhalvemetermaatregel. De Minister zegt dat hij dat besluit nu nog niet kan nemen, maar blijkbaar waren er geluiden bij het OMT dat men dat wel zou willen. Kan de heer Van Dissel daar iets meer over vertellen? Wat is de reden van het meningsverschil?

De heer **Van Dissel**:

Dat was bepaald niet diepgaand, hoor. Het OMT is het erover eens dat iedereen de kans moet hebben gehad om gevaccineerd te zijn – als die dat wil; nog niet iedereen is zover – en dat iedereen dat moet kunnen doen in een setting waarbij je niet al een hogere kans hebt om besmet te raken in de maatschappij. Als we de 1,5 meter loslaten, weten we natuurlijk dat die kans gewoon toeneemt. Dat betekent dat je dan personen die juist gevaccineerd willen worden, in wezen uiteindelijk toch nog een besmetting zou aandoen door het eerder loslaten van die regel. Daar was het OMT eigenlijk helemaal niet verdeeld over. Het ging alleen om de technische vraag: vind je dat je nu al kunt zeggen dat aan die maatregel vasthouden tot half augustus misschien voldoende is of wil je nog tot vlak voor die datum wachten? Ook gezien de ontwikkelingen na de OMT-vergadering, denk ik dat het eigenlijk een wijs besluit is om de komende vier tot zes weken gewoon even af te wachten om daar een goede opinie over te hebben. Dat zegt het OMT ook. Dat hangt er dus ook vanaf hoe snel de vaccinatiestrategie verder kan worden uitgerold. Er waren dus geen belangrijke verschillen over de 1,5 meter, hoor. Het was meer de vraag of je nu al bepaalt dat je die loslaat, met het risico dat iedereen denkt «het mag weg, dus we stoppen er nu al mee», of doe je dat inderdaad op dat moment. Uiteindelijk is voor het laatste gekozen en daar was eigenlijk iedereen het mee eens.

De heer **Hijink** (SP):

Ik zou graag een vraag stellen over zorgvuldigheid. Als we kijken naar hoe hoog de druk op de zorg op dit moment nog is, dan maakt de SP zich zorgen over de maatregelen die nu allemaal al losgelaten zijn. Thuiswerken hoeft niet meer. Evenementen kunnen doorgaan. Het falen van Testen voor Toegang. Nu heerst het sentiment: alle remmen los. Dat is bij veel mensen wel een beetje het gevoel en dat is ook wel opgeroepen door het kabinet. En dat is gebeurd op een moment dat nog maar een beperkt deel van de bevolking dusdanig gevaccineerd is met twee prikken dat we ook de groepsbescherming op orde hebben. Mijn vraag aan de heer Van

Dissel is of het niet verstandiger zou zijn om met dit soort maatregelen, zoals het thuiswerken of grootschalige evenementen, nog net even te wachten totdat je het moment hebt bereikt waarop de groepsbescherming wel tegen de 80% zit. Want daar zijn we op dit moment nog lang niet. Waarom kiezen we niet voor zorgvuldigheid?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk alleen dat u de vraag aan de verkeerde stelt. Het OMT is daar niet naar gevraagd. Wij zijn er juist voor dat het thuiswerken gewoon onderdeel blijft van de maatregelen. Wij zien wat dat betreft geen enkel bezwaar, maar wel veel voordelen. Dit is iets wat ik in de krant las. Dat is het kort samengevat. U moet aan mij dus niet vragen of ik daarvoor was, want ik denk dat thuiswerken een relatief eenvoudige maatregel was om te handhaven, terwijl we denken dat dit wel effect heeft.

De heer **Hijink** (SP):

Thuiswerken is natuurlijk een voorbeeld dat ik noem. Ik heb ook gewezen op het organiseren van grootschalige evenementen zonder maximale groepsgrootte en op het falen van Testen voor Toegang. Dat is uiteraard niet de schuld van de heer Van Dissel. Maar als we weten dat we over anderhalve maand waarschijnlijk wel een hoge mate van groepsbescherming hebben, zou het dan niet verstandiger zijn om op al die punten voor zorgvuldigheid in plaats van voor snelheid te kiezen, zeker omdat we bij de deltavariant echt nog niet weten hoe hoog de besmettingen daardoor gaan oplopen.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat dit opnieuw verwijst naar de doelen die je zelf stelt. Als je doelen de zorgbelasting en de ic-belasting zijn, dan komt daar momenteel niet de noodzakelijkheid uit naar voren om dat allemaal te doen. Wij bekijken het aantal besmettingen ook met argusogen. We zien dat gebeuren en hopen dat dat een hiccup was van die twee weekends en dat die de komende periode weer gaan dalen. Dat kunnen wij natuurlijk ook niet voorspellen. Alles hangt samen met wat je wilt bereiken. Als het gaat om het beschermen van kwetsbaren, dan zie je dat we die in belangrijke mate hebben gevaccineerd. We zien daar gelukkig ook alle resultaten van, ook qua langdurige consequenties en het aantal besmettingen in die groepen. Dat is echt heel erg laag. Als we kijken naar de ic, zien we dat daar maar een zeer gering aantal aan covid gerelateerde opnames is. Dat geldt ook voor ziekenhuizen. Dus als dat de doelen zijn, kom je eigenlijk niet op het volhouden van zulke strenge maatregelen, want die hebben ook hun gevolgen en moeten ook opvolging vinden. We hebben ook een periode gehad dat we zagen dat dat al minder werd, omdat iedereen dit soort balansen voor zichzelf maakt. Dat betekent niet dat we alles moeten loslaten, hè. Dus ook voor meerdaagse evenementen, de grote daarvan, hebben we adviezen gegeven die, mits ze een goede opvolging krijgen – dat is toch voor beleid, voor handhaving – de mogelijkheid bieden om dat te kunnen doen. Dat vinden we ook belangrijk met zijn allen.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik denk dat de zin «mits ze een goede opvolging krijgen» wel een heel belangrijke is in dezen, maar daar zullen we het vandaag ongetwijfeld ook met de Minister over hebben. Ik wil nog een vraag stellen naar aanleiding van de scenario's. We hebben eerst een sheet gezien, pagina 26, over de opbouw van immuniteit. Dan zitten we in september op zo'n 70%. Ik weet dat daarin ook de groep kinderen wordt meegenomen. Je zou van 70% ook kunnen zeggen dat dat niet al te hoog is. We zien de simulatie van scenario's, met een heel aantal echt wel onzekere aannames. Die beschrijft de heer Van Dissel zelf ook. Dan gaat het over besmettelijkheid en ook aantallen introducties en mutaties uit het buitenland. Als je dat bij

elkaar optelt, samen met de onzekerheid van de aannames die worden gedaan, dan begrijp ik nog steeds niet zo goed waarom ook in het meest negatieve scenario dat hier wordt geschetst, een best wel vrij... Ik wil niet zeggen «positief», maar ik weet even geen ander woord. Het is een positievere uitkomst dan ik op basis van al die onzekere aannames zou verwachten. Mijn vraag is dan ook: worden er nog meer scenario's gemaakt door het RIVM? Mijn tweede vraag, die ik meteen hieraan toevoeg: hoe reëel is de kans dat er straks nog een variant uit het buitenland komt die veel besmettelijker blijkt te zijn, die veel dodelijker blijkt te zijn, een variant waartegen de huidige vaccins niet bestand zijn? Is het RIVM ook daar al mee bezig?

De heer **Van Dissel**:

Misschien even als antwoord op dat laatste. Ik heb volgens mij een soortgelijke vraag van mevrouw Van Esch gekregen. Kijk, wij kunnen natuurlijk niet in een kristallen bol kijken en denken: o, de variant uit Peru – daar is ook weer een variant – of die uit Colombia of uit Californië gaat veranderen en wordt een type dat een immune escape toont. Dat kan denk ik niemand voorspellen. Daar kun je wel een scenario op maken, namelijk dat je weer helemaal opnieuw begint, maar ja, we willen het wel enigszins optimistisch houden, laat ik het zo omschrijven. Pessimistische scenario's zijn natuurlijk mogelijk, maar daar kun je niet zo mee rekenen, omdat dan alles waar we mee rekenen wegvalt. Dan over de scenario's en die 70%. Die 70% komt niet omdat maar 70% gevaccineerd wordt, want dat percentage ligt veel hoger. Maar omdat niet iedereen op de vaccinatie reageert, kom je uiteindelijk op zo'n overall getal uit, tenzij – en dat hoop ik natuurlijk – u ook algemeen oproept «haal nou dat vaccin» en we uitkomen op aantallen zoals Spanje die mij rapporteert. Ik heb het niet gecheckt trouwens, maar mijn collega gaf aan dat het daar heel erg hoog ligt, tussen 95% en 100%. Als je dat bereikt, kun je met veel meer zekerheid uitspraken doen over mogelijke scenario's. Om uw andere vraag te beantwoorden: de modelleers kijken naar de kwetsbaarheden van de uitkomsten van de modellering. De kwetsbaarheden die de meeste impact hadden, heb ik laten zien. Dat was dus de immuniteit versus de besmettelijkheid van het virus. Met zoiets als import is daarbij ook rekening gehouden. Maar stel dat het plotseling vier keer is van wat we vorig jaar hebben gehad, dan kun je daar bijna niet mee rekenen. Je moet dus toch bepaalde dingen aannemen. Maar de modellering en de scenario's die ik u liet zien, gaan uit van een soortgelijke situatie als vorig jaar, waarbij je overigens hoopt dat het testen na binnenkomst – ik hoop echt dat iedereen dat gaat doen als hij terugkomt van vakantie – een gunstig effect heeft. U ziet dat de aantallen die je kunt verwachten, zijn zoals geschetst. Die acht u misschien nog mee te vallen, maar je moet je realiseren dat degenen die gevaccineerd zijn – dat is straks gelukkig toch de overgrote meerderheid – niet meer ernstig ziek zullen worden en zeker niet naar het ziekenhuis hoeven te gaan. Alles wijst daarop, zelfs de laatste berichten uit Israël, die overigens alleen nog krantenberichten zijn. Ze tonen aan dat nu misschien wat meer mensen milde of lichte klachten van de deltavariant krijgen, maar dat betekent nog niet dat ze naar het ziekenhuis hoeven. Dat is toch een belangrijk punt, want zoals gezegd zijn we niet voornemens alle verkoudheden of elke milde ziekte te voorkomen, maar om de consequenties van ernstige ziekte te voorkomen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Van Meijeren.

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

Ik heb een vraag over de verschillende begrippen die de heer Van Dissel gebruikt in zijn presentatie. Enerzijds gaat het over positieve tests, dan

weer over besmettingen en dan weer over infecties. Mijn vraag is eigenlijk heel simpel: kan de heer Van Dissel uitleggen hoe hij deze drie verschillende begrippen definieert en kan hij ook bevestigen dat hij ze steeds zorgvuldig en op de juiste wijze gebruikt in zijn presentatie?

De heer Van Dissel:

Goed punt, denk ik, om even die definities helder te hebben. Een positieve test toont de aanwezigheid aan van virusmateriaal in de keel. Als dat samengaat met klachten – zo werkt natuurlijk de hele geneeskunde – dan is het «een plus een is twee» en als je ook geen andere verwekkers vindt, dan zal dat de reden zijn van de ziektemanifestaties. We spreken van een besmetting die tot een infectie leidt, en die infectie leidt weer tot de infectieziekte, omdat er ziektemanifestaties zijn. Maar u heeft een goed punt, dat wil ik benadrukken. Bijvoorbeeld bij testen voor toegang, waarbij we eigenlijk testen zonder dat er klachten zijn, zie je toch dat een gering percentage het virus wel in de keel draagt. Dat kan zijn aan het begin van een besmetting. Dan krijgt men na enkele dagen meer klachten. Het kan zijn dat ze een heel mild ziektebeeld hebben gehad en juist in een uitfasering van de infectie zijn. Het kan ook – dat hebben we ook teruggevonden, met name onder gevaccineerden – dat er een korte aanwezigheid van het virus in de keel is en dat het virus na een paar dagen weer weg is. Dat is een belangrijk punt. Dat betekent dus ook dat wij altijd zeggen dat je een test moet duiden in de setting waarin hij is afgenomen. Vandaar dat we, als iemand klachten heeft, zeggen: ga naar de GGD. De GGD neemt namelijk een PCR-test af en daarmee heb je de beste gevoeligheid en specificiteit. Als je je laat testen om bijvoorbeeld op reis te gaan, dan kun je met een sneltest in ieder geval uitsluiten dat je op dat moment een besmettelijke ziekte hebt.

Dat wat positieve testen betreft. Een positieve test wijst er dus op dat er een besmetting is geweest, dat men is blootgesteld en dat het virus kans heeft gezien om in de keel aanwezig te zijn. Dat zijn soms een heleboel virussen. Het betekent niet per se dat je daar ziek van wordt, op dat moment. In de aanwezigheid plus het uitlokken van antistofvorming zelfs zonder dat je klachten hebt, noem je een infectie. Dat is gewoon de definitie van «infectie». Dat betekent dat je hebt aangetoond dat een ziekteverwekker aanwezig is geweest en dat het lichaam daarop heeft gereageerd. Van een infectieziekte is sprake als het samengaat met klachtenmanifestaties: koorts, keelpijn, neusverkoudheid et cetera. Zeker in de OMT-brief wordt dit geregeld gecorrigeerd en het is goed om daar precies in te zijn. Met name «besmetting» en «infectie» worden weleens door elkaar gehaald. De betekenis van «positieve test» moet ook helder zijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Paternotte, had u nog een brandende... O, sorry, meneer Van Meijeren, u wilt nog een tweede vraag stellen. Meneer Van Dissel nam ruim de tijd voor u, dus ik dacht even dat u al twee vragen had gesteld. Stelt u uw tweede vraag.

De heer Van Meijeren (FVD):

In ieder geval dank voor de duidelijkheid. Ik hoop dat voortaan als over besmettingen gesproken wordt, het niet over positieve tests gaat. Mijn tweede vraag ziet op het volgende. Er komen berichten uit verschillende delen van de wereld, ook van deskundigen die waarschuwen, dat juist mensen die geïnjecteerd zijn, vatbaarder zijn voor bepaalde nieuwe varianten van het virus. Daarom heb ik u de vorige keer al de vraag gesteld of in Nederland geregistreerd wordt of mensen die nu in het ziekenhuis worden opgenomen al dan niet gevaccineerd zijn en, zo ja, welke variant ze hebben en met welk vaccin ze zijn geïnjecteerd. Toen gaf u aan dat dit op dit moment niet geregistreerd wordt, maar dat het

gebaseerd is op tal van modellen en aannames. Waarom wordt dat niet geregistreerd?

De heer **Van Dissel**:

Nee, ik dacht niet dat ik dat exact zo gezegd had. Hoe dan ook, het juiste antwoord is dat we dat uiteraard registreren. Want als we ergens in zijn geïnteresseerd, is het wel of er infecties optreden ondanks dat iemand gevaccineerd is – juist vanwege een nieuwe escapevariant, die zich weinig of minder aantrekt van vaccinaties. Dat is dus iets wat altijd wordt gevraagd en vastgesteld bij iedereen die ziek wordt en zeker bij degenen die naar het ziekenhuis gaan.

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

Maar die data zijn dus niet openbaar?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk het wel. Die kan ik de volgende keer gewoon laten zien, als u die wilt zien. Maar dat is buitengewoon laag. Waar je op uitkomt – dat lees je bijvoorbeeld ook in de uitvoerige data uit Engeland die ik de vorige keer heb laten zien – is dat een vaccinatie niet altijd meer beschermt tegen een milde infectie, maar wel tegen ziekenhuisopname, terwijl ten aanzien van de eerdere variant de vaccinatie ook beschermt tegen een milde infectie. Dat is het gebied waar vaccinatie wat minder presteert tegen de deltavariant, maar dat betekent niet dat ze niet beschermt tegen ziekenhuisopname, en dat is uiteindelijk toch wat je wilt voorkomen. Dat soort dingen worden dus juist wel allemaal genoteerd.

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

Kunt u daar de volgende keer aandacht aan besteden?

De heer **Van Dissel**:

Ja.

Voorzitter: Paternotte

De **voorzitter**:

Ik neem het voorzitterschap even over, zodat mevrouw Agema van de PVV nog een vraag kan stellen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, meneer Paternotte, en dank u wel, voorzitter. Vorig jaar februari is corona in ons land ontploft tijdens carnaval in het Zuiden. Er was sprake van veel superspreading events en dat heeft destijds ook tot de eerste overspoeling van de ziekenhuizen geleid. Ik schrik ervan om nu te zien dat een derde van de besmettingen bij Aspen Valley eigenlijk ook gewoon het gevolg is van een superspreading event. Als een derde van de bezoekers corona krijgt, heb je een superspreading event. Waar ik me in die hele periode zorgen over maak... Gelukkig zijn het veelal jongere mensen en komt er hopelijk niemand in het ziekenhuis. Ik verbaas me erover dat in het laatste OMT-advies ventilatie maar één keer wordt genoemd: «(...) en een goede ventilatie». Dat is het enige wat het OMT zegt over ventilatie. In tegenstelling tot wat er staat in een amendement dat wij hebben ingediend, wordt in de horeca de ventilatierichtlijn vijf keer minder streng gemaakt omdat er niet meer gerookt wordt in de horeca. Ik zou zo graag van het OMT, hopelijk in het eerstvolgende advies, een heel duidelijke richtlijn willen voor wat er nu moet gebeuren met die ventilatie. Nu gaat het om een derde jonge mensen en komt er hopelijk niemand in het ziekenhuis, maar een volgend superspreading event is misschien de plaatselijke bingo en dan gaat het om mensen wier afweer niet goed is

geregeld. Is meneer Van Dissel bereid om zich met het OMT wat meer te buigen over de juiste ventilatie?

De voorzitter:

In Berlijn zijn alle disco's open, maar dan alleen in de buitenlucht, heb ik begrepen. Meneer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Toevallig kom ik net terug uit Berlijn, waar ik uitvoerig met collegae heb gepraat, ook naar aanleiding van uw opmerking de vorige keer, dacht ik, over lage Duitse getallen en ventilatie. Wat ze mij teruggaven, is dat ze in Duitsland bijna niks doen aan ventilatie. Dat is overigens niet mijn antwoord aan u, hoor, begrijp me goed.

Mevrouw Agema (PVV):

Nee, nee. Merkel heeft op 12 en 18 augustus vorig jaar een hele persconferentie hieraan gewijd.

De heer Van Dissel:

Ja, maar ik kan alleen maar citeren wat ze op het Robert Koch Instituut aan mij verteld hebben. Dat betekent niet dat ze dingen als ramen open, doorblazen et cetera niet belangrijk vinden. Ventilatie maakt gewoon onderdeel uit van het beleid. Ik wil hier de indruk wegnemen dat het OMT zich daarover niet gebogen heeft, want dat hebben we wel degelijk en dat kunt u ook teruglezen in een aantal OMT-verslagen. Misschien mag ik daar nog aan toevoegen dat ook de Gezondheidsraad zich hierover gebogen heeft en een Gezondheidsraadrapport heeft uitgebracht over ventilatie in covidtijd, waarvan de conclusie, als ik het kort mag interpreteren, dezelfde is als die van het OMT, namelijk dat je moet voldoen aan de eisen, dat de nieuwe eisen daarbij leidend moeten zijn met betrekking tot luchtverversing en dat we het natuurlijk belangrijk vinden dat er adequate ventilatie is. U heeft gelijk, denk ik, dat ventilatie in bepaalde gelegenheden soms te wensen overlaat, want als ze helemaal vol zijn met mensen die meezingen en dansen, dan zijn dat soort dingen ook van belang. Die kunnen dan in specifieke situaties bijdragen aan meer dan normale verspreiding. Dat is iets wat het OMT ook heeft benadrukt. Wij zouden er zeer voor zijn als in discotheken, nachtclubs en dergelijke daar zeer veel aandacht aan wordt gegeven.

Bij wat u noemde over de interpretatie van een superspreading event wil ik toch nog wel een kanttekening plaatsen. Kijk, wij weten gewoon niet hoeveel besmettelijke personen daar naar binnen zijn gegaan. Het hoeft er niet één te zijn. Daar is domweg onzekerheid over, omdat we daar geen gegevens over hebben. Dus hoeveel personen uiteindelijk hebben geleid tot het hoge aantal dat nu bereikt is, weten we niet. Dat je het typeert als een superspreading event als zijnde een locatie waar een geweldig aantal mensen besmet is geraakt, staat buiten kijf. Dat je dat wilt proberen te voorkomen als je dat kunt voorkomen, bijvoorbeeld door aanpassingen in ventilatie, staat denk ik ook buiten kijf. Maar die gelegenheden zullen toch moeten checken of ze voldoen aan de eisen zoals ze bijvoorbeeld ook voor de nieuwbouw gelden.

De voorzitter:

Heeft mevrouw Agema nog een tweede vraag?

Mevrouw Agema (PVV):

Natuurlijk is er sprake van een superspreading event, want er zijn geen 200 besmette personen naar binnen gegaan. Dat moge duidelijk zijn. We kunnen alles ter discussie stellen, we kunnen elk feit omtrent superspreading events dat sinds januari vorig jaar tot ons is gekomen, bagatelliseren. Dat mag, maar er zijn natuurlijk niet 200 besmette

jongeren op een totaal van 600 naar binnen gelopen. Dat is gewoon onmogelijk.

De heer **Van Dissel**:

U moet mijn antwoord niet ridiculiseren. Ik heb gezegd: dit is een superspreading event als je naar de setting kijkt. Er is immers domweg een verspreiding geweest naar een hoger aantal personen. Dat staat buiten kijf. Het enige wat ik noem, is dat we niet weten hoeveel personen daar uiteindelijk aan hebben bijgedragen. Als er in een discotheek 160 mensen besmet raken, dan noem je dat gewoon een superspreading event. Dat staat buiten kijf, domweg door het hoge aantal. Maar je wilt ook weten: hoe komt dat dan? Is het één persoon geweest die zo veel andere mensen heeft aangestoken? Of zijn het er misschien meer geweest? Dat doet verder niets af aan het event en ook niet aan het feit dat we allebei vinden dat zowel de ventilatie in die gelegenheid op orde moet zijn, als dat iedereen daar negatief getest naar binnen moet.

De **voorzitter**:

Ik geef het woord weer terug aan de voorzitter.

Voorzitter: Agema

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn we hiermee aan het einde gekomen van deze technische briefing waarin wij van de heer Van Dissel een update hebben gekregen over het coronavirus. Wij danken hem daarvoor hartelijk. Ik dank ook mijn collega's hartelijk voor hun inbreng. Vanmiddag om 15.00 uur begint het wetgevingsoverleg over de wijziging van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19. Dat gaat over de verlenging van alle beperkende maatregelen. Rond de klok van 19.15 uur beginnen we met het nota-overleg over de ontwikkelingen rondom het coronavirus, waarin onder andere aan bod komt wat de heer Van Dissel vandaag allemaal met ons gedeeld heeft, de stand van zaken en de vrijwillige vaccinatie van 12- tot 17-jarigen. Ik dank u hartelijk en sluit de technische briefing. Dank ook aan iedereen die thuis heeft meegekeken, de Dienst Verslag en Redactie, de bode en de griffie.

Sluiting 12.21 uur.