

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1180

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 12 mei 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 22 april 2021 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Agema
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn veertien leden der Kamer, te weten: Agema, Van Baarle, Bikker, Van Esch, Pieter Heerma, Van Houwelingen, Kuiken, Kwint, Paternotte, Van der Plas, Pouw-Verweij, Van der Staaij, Aukje de Vries en Westerveld,

alsmede de heer Van Dissel.

Aanvang 9.32 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Ik open deze technische briefing, waarin we geïnformeerd zullen worden over de coronacrisis. Mijn naam is Fleur Agema. Ik ben fungerend voorzitter van deze commissie. Ik heet mijn collega's van harte welkom: mevrouw Kuiken van de Partij van de Arbeid, meneer Paternotte van D66, de heer Van Houwelingen van Forum voor Democratie, mevrouw Bikker van de ChristenUnie, mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren, meneer Heerma van het CDA, meneer Van Baarle van DENK, mevrouw De Vries van de VVD, de heer Van der Staaij van de SGP, mevrouw Westerveld van GroenLinks, meneer Kwint van de SP – hij kwam net binnenlopen – en mevrouw Van der Plas van de BoerBurgerBeweging. Mevrouw Pouw-Verweij van JA21 schuift later nog aan. Het ministerie heeft besloten om vandaag alleen de heer Van Dissel af te vaardigen, of op ons af te sturen voor zijn presentatie, waarin we de update zullen krijgen van het coronavirus. Ik heet iedereen die deze technische briefing op afstand volgt ook van harte welkom. Ik stel voor dat er twee vragen gesteld mogen worden. Mochten we daarna nog tijd hebben, dan kan er altijd nog een prangende vraag worden gesteld. Ik stel voor dat ik namens mijn fractie als laatste de vragen zal stellen, mocht daar nog tijd voor zijn. Zoals gebruikelijk zullen de presentaties van vandaag ook op de website te vinden zijn. De heer Van Dissel heeft vandaag twee presentaties. Ik dank de heer Van Dissel, directeur van het RIVM en voorzitter van het OMT, voor zijn komst, en geef hem bij dezen het woord.

De heer Van Dissel:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Voor de duidelijkheid, de tweede presentatie was om te voldoen aan een verzoek van Kamerlid mevrouw Van Esch. Ik denk niet dat we die apart hoeven te presenteren, maar mocht u er vragen over hebben, dan kan dat uiteraard. Op VWS vertellen ze me altijd dat ik op uw verzoek kom, dus het is interessant om te horen hoe dat gaat.

De voorzitter:

Wij organiseren de technische briefing en het Ministerie van VWS gaat over de afvaardiging.

De heer Van Dissel:

Prima. Ik voel me even welkom, dank u wel. Ik wilde u meenemen naar twee actuele aspecten. Ik wil u updaten over de situatie tot en met gisteren ongeveer en ik wil in het tweede deel ingaan op de prognoses. Dat zijn natuurlijk ook prognoses die hebben geleid tot het OMT-advies. Daarmee wilde ik besluiten, zodat u volledig op de hoogte bent van wat er in het OMT speelt.

Ik begin altijd even met het ophalen van de basisgegevens. Het ziektebeeld is dat er een heleboel personen weinig ziek zijn en een aantal ernstig ziek. Dat aantal is te groot als er geen maatregelen zouden worden

genomen. Van die ernstig zieken gaat een percentage naar de intensive care en er is natuurlijk ook een sterfte ten gevolge van dit ziektebeeld. Het ziektebeeld is eigenlijk nog niet veranderd. Wat wel iets veranderd is met het opkomen van de verschillende virusvarianten, is het percentage dat naar het ziekenhuis moet voor opname, met name om zuurstof en eventueel ontstekingsremmers te krijgen. Het percentage dat komt te overlijden en naar de ic gaat, dus de ernst als men eenmaal ziek is, lijkt daar minder door te zijn beïnvloed.

Met betrekking tot de huidige getallen laat ik u het volgende overzicht zien, wat ik ook steeds laat terugkomen. U ziet dat we bijna 500.000, een half miljoen, testen uitvoeren per week, waarvan 10% positief is. Dat percentage is nog licht gestegen, maar eigenlijk maar heel gering. Dat leidt tot een aantal meldingen. Er komen natuurlijk ook direct meldingen uit ziekenhuizen. Vandaar dat dat zich niet helemaal laat terugrekenen naar het percentage testen, dat dus vooral gebaseerd is op het aantal testen in de GGD-teststraten. U ziet dat we zo'n 53.000 meldingen hebben gehad en dat dat weer een toename was ten opzichte van de week ervoor. We komen overall op een incidentiegetal van 309 per 100.000; dat is natuurlijk een weekgetal.

Wat u in de grafiek ziet, is de dip die we hebben gezien rond Pasen, waardoor wellicht de suggestie is ontstaan dat het beter ging. Inmiddels zitten we weer ongeveer op hetzelfde niveau als vlak voor Pasen. Aan de rechterzijde ziet u de bedbezetting. Bij de bezetting moet u zich natuurlijk altijd realiseren dat men in het ziekenhuis grofweg één week ligt en op de ic ongeveer zeventien dagen. Dat bepaalt natuurlijk de hoogte, tezamen met het aantal opnames. Het aantal opnames ten opzichte van de week ervoor heb ik erbij geschreven. U ziet dat dat aantal – het zijn meestal getallen van dinsdag tot dinsdag, maar soms ook, een beetje verwarrend, van zondag tot zondag – iets is afgenomen. We zien daar in ieder geval een zeker plateau in. Dat kan ik misschien nog beter laten zien aan de hand van de grafiek op de dia, waarin u de opnames in het ziekenhuis en op de ic apart ziet weergegeven, met een gele en rode lijn erdoorheen getrokken. Dat zijn lijnen die het zevendaags gemiddelde weergeven. Met andere woorden: je neemt steeds de laatste zeven dagen om dat gemiddelde te berekenen. Daardoor is het minder gevoelig voor dag-tot-dagfluctuaties en geeft het een beter beeld van wat er speelt. Als u naar de gele en de rode lijn kijkt, die dat vertegenwoordigen en waarbij we de meest recente twee dagen weglaten omdat daar vaak correcties op plaatsvinden, dan ziet u dat we in ieder geval duidelijk een plateau lijken te hebben bereikt en dat er wellicht een indicatie is van enige daling. Maar wij zien vooral een plateau; daar kom ik straks nog op terug.

Dan met betrekking tot de verdeling over Nederland. U ziet voor de veiligheidsregio's weergegeven hoe dat gemiddelde van 309 op de 100.000 zich verdeelt over Nederland. U ziet een gebied dat boven de 500 komt, namelijk Zuid-Holland-Zuid. Dat is met een rode cirkel weergegeven. U ziet toch weer een forse toename van deze derde golf. We spreken toch van een derde golf, omdat de onderliggende virusvariant een hele andere is dan bij de tweede golf. Het gaat inmiddels immers om de Britse variant. U ziet ook Drenthe, in groen weergegeven, die het laagst is, samen met Groningen. Die liggen onder de 200. Ook daarbij ziet u wel hetzelfde beeld, maar de getallen zijn aanmerkelijk minder.

Ten slotte kijken we nog even naar het kaartje met de verdeling over Nederland. De kaartjes zijn altijd per twee weken. Vandaar dat u qua aantallen ongeveer het dubbele ziet van wat ik in de tabel toon. De kaartjes beslaan twee weken, de tabel één week. Ook daarbij ziet u dezelfde verdeling, waarbij Groningen en Drenthe, Friesland misschien iets minder, relatief lichtgekleurd zijn. In de gebieden Limburg-Noord en Zuid-Holland-Zuid is de incidentie het hoogst.

Dan de getallen van de incidentie. Even iets ter achtergrond met betrekking tot de testen. U ziet opnieuw het aantal verrichtte testen in de

tweede golf en inmiddels in de derde golf. U ziet dat we wat betreft aantallen testen toch een behoorlijke toename waarnemen, tot inmiddels zo'n 500.000. Ik zie dat er nu een nulletje te veel staat bij de testen. Het is gelijk aan het getal op de tweede slide. U ziet dat het ongeveer gelijk is gebleven ten opzichte van de week ervoor. Het percentage positief ziet u toch langzaam oplopen. Dat ligt boven de 10%. Dat is natuurlijk nog steeds als hoog te kwalificeren. De WHO en het ECDC raden aan dat je zo veel test dat dat percentage positief op of onder de 5% ligt. U ziet dat we weliswaar veel testen, maar dat het percentage positief toch nog steeds die 10% raakt en dat we nog niet op die 5% zitten.

Dan met betrekking tot klachten. Nemen die dan ook toe? We hebben Infectieradar, die ons wat inzicht geeft. Dat is een groep personen die zelf rapporteert over klachten die passen bij een bovenste luchtweginfectie. Er wordt verder geen onderzoek gedaan, maar het geeft natuurlijk wel een indruk van hoe de klachten in de maatschappij zijn. U ziet daarin ook een patroon van de tweede golf en de toename in de derde golf. Ik denk dat er nog niet te zeggen is of het afvlakt, of het daalt. Een aantal van de klachten wordt natuurlijk veroorzaakt door bijvoorbeeld hooikoorts. Personen kunnen aangeven of zij zelf denken dat het door hooikoorts komt. Dat is het verschil tussen de paarse lijn, die domweg alle klachten meeneemt, en de groene lijn, waarbij de personen die zeggen dat zij denken dat het door hooikoorts komt ervan zijn afgetrokken. Al met al denken wij ook hierin een soort stabilisatie van het beeld te zien, maar nog geen evidente, duidelijke, afname.

Als we dan even naar de testen terugkijken en kijken naar de verdeling van het aantal testen dat wordt uitgevoerd en het percentage daarvan dat positief is – dat is voor de verschillende leeftijdscategorieën weergegeven over de laatste vier vijf weken – dan ziet u bijvoorbeeld dat er van 0 tot 12 veel getest wordt. Dat is de grootste groep wat betreft testen. Als u naar de rechterzijde kijkt, dan ziet u dat het percentage positief daarvoor echter het laagst is. Dat zult u straks terugzien in de incidentiegetallen. U ziet bijvoorbeeld ook dat het percentage dat positief is bij 80-plus hoog is, maar dat het absolute aantal dat getest wordt in die leeftijdscategorie buitengewoon laag is. Dit geeft u even een indruk van hoeveel mensen zich laten testen en het percentage dat positief is.

Waar vertaalt zich dat dan in? Dat is natuurlijk het product van deze twee. Dat ziet u op de volgende slide weergegeven. Dan zijn we inmiddels bij slide 9 aangekomen. Daar zien we opnieuw dat 80-plus als laagste uit de bus komt. Er zijn er veel positief, maar ze worden relatief weinig getest, omdat er waarschijnlijk weinig klachten zijn. In het wat meer kleurige grafiekje ziet u ook nog even wat er aan de hand is. In de verpleeghuizen, maar ook bij de ouderen die thuis wonen, zien we sedert het vaccineren alleen nog maar een afname in het aantal meldingen, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de groep van 18 tot 24. Daar ziet u het alleen maar oplopen. Die afname is toe te schrijven aan het vaccinatie-effect. Daar kom ik zo nog heel even op terug.

Verder ziet u dat jongeren van 0 tot 12, die, zoals ik u net heb laten zien, veel getest worden, niet zo vaak positief zijn. Ook hier nemen ze een positie in die onder de groep van 13 tot 17, maar met name onder de groep van 18 tot 25 ligt. De groep van 18 tot 25 is momenteel de groep waar de meeste infecties rondgaan. Tegelijkertijd ziet u dat dit ook wel voor de hogere leeftijden geldt, tot zo'n jaar of 60. Daar begint het af te vlakken. Naarmate men ouder wordt, speelt natuurlijk ook het vaccinatie-effect meer mee. Dus het is vooral iets wat zich momenteel onder de jongeren afspeelt, maar niet uitsluitend onder de jongeren, voor de duidelijkheid.

Dan wil ik u nog het effect van vaccineren laten zien, zoals dat hier is weergegeven. Kijk bijvoorbeeld even naar de verpleeghuisbewoners. Dat is het paarse grafiekje rechtsonder, met de paarse dots. Neem als referentie het aantal gevallen voordat er gestart wordt met vaccinatie. Dan

zie je hier weergegeven het relatieve aantal dat in de weken erop nog wordt gemeld na vaccinatie. Het is duidelijk dat er in de eerste weken na vaccinatie nog geen effect is. Dat is ook logisch, want die personen zijn al blootgesteld voordat ze het vaccin hebben gehad. Daar verwacht je ook geen effect van. Maar naarmate je verder van het vaccinatiemoment af komt – we hebben natuurlijk twee vaccinatiemomenten in deze groep, omdat ze Pfizer hebben gehad – ziet u dat er steeds minder infecties in die groep optreden ten opzichte van de fase voordat ze gevaccineerd zijn. U ziet dat hetzelfde geldt voor de ouderen die nog thuis wonen. Hetzelfde geldt ook voor de groep tot 74, waar de vaccinaties steeds meer worden toegepast, hoewel nog niet iedereen is gevaccineerd. Daardoor zult u zien dat die getallen nog verder zullen dalen. De groep van 75 tot 80 zit nog in dat begin, dus dat is ook nog met een korter vervolg. Naarmate er meer personen gevaccineerd zijn, verwacht je dat dit zich gaat uitbreiden naar al die leeftijdscohorten die gevaccineerd zijn. Het vaccineren in de verpleeghuizen heeft natuurlijk met name effect gehad op de sterfte, omdat de meerderheid van de sterfte in Nederland procentueel gezien binnen de verpleeghuizen plaatsvindt.

Dan ook nog een plaatje met iets wat gedaan wordt, maar wat denk ik vooral zijn nut gaat bewijzen als we straks op veel lagere getallen zitten. U weet wellicht dat er ook voor rioolwater een surveillance is opgezet, die het RIVM samen met de waterschappen uitvoert op zo'n 340, 350 locaties. Die ziet u weergegeven op de kaart links. Binnenkort wordt tweewekelijks bepaald wat de zogenaamde virusvracht is. Zo noemt men dat. Het is eigenlijk gewoon het aantal virussen dat wordt gevonden in dat water. U kunt zich voorstellen dat dit bepaald wordt afhankelijk van de verdunning van de hoeveelheid toiletten die op zo'n waterzuiveringsinstallatie draineren. Daar moet dus een modellering op plaatsvinden, om dit uiteindelijk terug te kunnen rekenen naar belasting onder de bevolking. Dat is iets wat nog verder in ontwikkeling is en steeds verder komt. Je kunt in ieder geval – dat ziet u op het kaartje aan de rechterzijde – al aangeven of er sprake is van een stijging of een daling van het aantal. U ziet bijvoorbeeld dat de regio Groningen relatief groen ziet. Dat wil zeggen dat daar een dalende hoeveelheid virus aanwezig is in het water, terwijl dat op een aantal andere plekken nog stijgende is. Er is een relatie met ziekenhuisopnames, maar we denken dat dit met name een krachtig systeem wordt op het moment dat we het virus nog meer onder controle hebben. Dan zou je als het ware tijdig pockets van heropleving van het virus kunnen identificeren en oppakken.

Dan de epidemiologie en de verschillende getallen zoals het reproductiegetal, voordat ik aan de prognoses kom. Hier ziet u de samenvatting van het beeld van de epidemiologie. We hebben gezien dat de testvraag eigenlijk weer op het niveau is van voor het paasweekend en dat ook het aantal meldingen terug is op dat niveau. Voor de duidelijkheid: dat niveau is nog steeds hoog, ook wanneer je het Europees bekijkt. We zitten op ongeveer het dubbele aantal van wat in Duitsland wordt gemeld. U ziet dat er regionale verschillen zijn, maar ik heb u ook getoond dat de curve overal dezelfde vorm heeft. Iedereen heeft die twee rimpels in de tweede golf en een derde golf, maar de intensiteit daarvan is verschillend geweest. Ik heb laten zien dat de instroom in zowel het ziekenhuis als de ic lijkt af te vlakken, maar dat we nog niet aantoonbaar evident in een dalend been zijn beland, waar we natuurlijk toch wel naartoe willen. Ik heb u laten zien dat de effecten van vaccinatie steeds meer zichtbaar zijn. Dat is zeker het geval in de verpleeghuizen, maar dat begint zich inmiddels ook duidelijk uit te breiden naar groepen in de bevolking die zijn gevaccineerd. Met de curve daarnaast ziet u de sterfte weergegeven en daarnaast ziet u de plaats van Nederland binnen een aantal landen, zoals ook in de NRC stond vorige week. Dan ziet u dat de sterfte in belangrijke mate weer terug is op het niveau dat je verwacht. Voor leeftijdsgroepen vanaf 55 is het nog steeds wat verhoogd, maar wat betreft onze plaats in Europa, zoals u in de

staafgrafiek ziet weergegeven, bevinden we ons aan de onderzijde. Uiteraard spelen hier factoren mee als wie er allemaal wordt meegeteld en of het bevestigd is of niet en dergelijke. U weet dat de CBS- en RIVM-getallen daar inmiddels ook voor corrigeren.

Dan ga ik verder met een aantal karakteristieken die ons een indruk geven van de ontwikkeling van de uitbraak, ook met het oog op de nabije toekomst. Allereerst het zogenaamde reproductiegetal. Dat is niks anders dan een getal dat aangeeft hoeveel secundaire besmettingen er zijn als gevolg van het geval. Als dat 1 is, is het 1. Als het kleiner dan 1 is, dooft het uit. Als het groter dan 1 is, betekent dit dat er een toename is van de uitbraak. U ziet dat de laatste schattingen steeds rond de 1 liggen. De laatste was 1,06. We kunnen ze onderverdelen in de verschillende subtypen van virussen, de virusvarianten. Dan ziet u dat het op 1 april voor het oude type in Nederland, als ik dat zo mag noemen en dat in de grafiek is weergegeven met blauwe staven, 0,75 is. Dat is dus belangrijk onder de 1. Het zal ook niet verbazen dat het aandeel daarvan steeds gedaald is. U ziet dat de Britse variant, die wat betreft besmettelijkheid zo'n 30% hoger was dan de klassieke variant, rond de 1 zit. De Britse variant wordt weergegeven met rode balkjes. U ziet dat die de blauwe eigenlijk helemaal hebben verdrongen. Dat betekent dat de derde golf waar we nu van spreken, inmiddels eigenlijk in zijn geheel door de Britse variant wordt veroorzaakt. U ziet dat de Zuid-Afrikavariant ook staat weergegeven. Ik zal u zo het aandeel laten zien. Deze variant is niet echt doorgebroken en lijkt ook wat minder besmettelijk te zijn dan de Britse variant. Daardoor heeft deze in Nederland eigenlijk ook nog geen kans gekregen. Aan de onderzijde ziet u de reproductiegetallen met de onzekerheden, waarbij rood de Britse is, blauw de klassieke en geel de Zuid-Afrikavariant. Aan de bovenzijde in de grafiek ziet u hoe zich dat doorvertaalt in de aantallen, waarbij de meest recente aantallen wat zijn vervaagd omdat daar vaak nacorrecties op zijn. Vanaf het punt dat ze hard zijn gekleurd gaan we ervan uit dat het de definitieve gevallen en getallen zijn.

Hoe is dat verspreid over Nederland? U ziet in de meest rechtse grafiek dat heel Nederland geel of roze kleurt. Dat wil zeggen dat het net onder of boven de 1 zit, maar dat is onvoldoende stevig om het significant te doen zijn. Dat betekent eigenlijk dat in heel Nederland de situatie met betrekking tot de ontwikkeling gelijk is, zij het dat de absolute aantallen die daaraan onderliggend zijn wat verschillen.

Dan laat ik u ook zien hoe dezelfde berekening uitpakt als niet van de meldingen wordt uitgegaan. Daar is natuurlijk de nodige onzekerheid, omdat sommige mensen zich komen laten testen als ze geen klachten hebben, en anderen in het kader van een BCO komen en wel klachten hebben. De kans dat iemand dan positief is, wisselt natuurlijk en is daarvan afhankelijk. Dat betekent dat die meldingen een bepaalde complexe duiding hebben. Voor ziekenhuisopnames en met name ic-opnames is dat natuurlijk veel harder. Je weet dat iemand vanwege covid wordt opgenomen en dat er een bepaalde ernst van de ziekte is. Die zal qua definitie niet zo veel verschillen vanwege alle protocollen. U ziet dat wanneer daarop wordt gerekend, we ook weer getallen krijgen die beide rond de 1 liggen. Er is dus weinig verschil tussen de berekening van het reproductiegetal op grond van de meldingen en op grond van de ziekenhuis- en ic-opnames, die natuurlijk harder zijn. De onzekerheid is natuurlijk groter. Dat komt omdat de getallen veel kleiner zijn.

Dan met betrekking tot de kiemsurveillance: u ziet aan de linkerkant de kiemsurveillance weergegeven. De stippen zijn de bepalingen van de bemonsteringen die we daarvoor binnenkrijgen. Dat zijn er zo'n 2.000 per week. De dag van de bemonstering is aangegeven. Je moet je altijd realiseren dat de besmetting ruim een week eerder lag, want men wordt besmet, dan wordt men ziek, dan wordt er een monster genomen en dat wordt ingestuurd. Tegelijkertijd zullen de ziekenhuisopnames weer wat

daarna vallen. Dat is weergegeven met de groene en de blauwe lijnen. De rode lijn geeft de ontwikkeling weer van de daadwerkelijk gemeten aantallen van de verschillende varianten. U ziet dat voornamelijk de rode variant het wint. Dat is de UK-variant. Je kunt dat dan terugrekenen. De UK-variant bleek 31% besmettelijker dan de klassieke Nederlandse variant die we daarvoor hadden. U ziet dat de SA-variant, de Zuid-Afrikavariant, eigenlijk niet hoger is gekomen dan een aantal procenten en dat die afbuigt. Dat komt omdat die qua besmettelijkheid achterblijft bij de Britse variant en zich dus zogezegd niet kan invecchten in Nederland, omdat de Britse variant het wint. De P1, de Braziliëvariant, is ook weergegeven. De aantallen daarvan zijn nog klein. Dat betekent dat ook de onzekerheid met betrekking tot de besmettelijkheid nog groot is, maar die lijkt ongeveer gelijk aan die van de UK-variant. U ziet dat die op dit moment nog ietsje hoger wordt geschat. Dat betekent dat hij op den duur wellicht een deel van de Britse variant gaat verdringen, maar we verwachten ook dat de absolute aantallen dan veel lager zijn. Er is dus nog onzekerheid, maar de aantallen blijven gelukkig nog klein.

Aan de rechterzijde ziet u een weergave van het totale aantal personen dat besmettelijk is. Men is zo'n dag of zeven besmettelijk. Dit noemen we daarom niet een «incidentiemaat» maar een «prevalentiemaat». U ziet dat die de afgelopen weken stabiel is gebleven op ongeveer 160.000. De laatste schatting van 12 april is 162.000, met de nodige onzekerheid, weergegeven door de blauwe balk eromheen.

Goed. Dan komen we aan de prognoses met betrekking tot de korte termijn en de wat langere termijn. Het mogelijk duidelijk zijn dat bij de prognoses gebruik wordt gemaakt van een model. Dat model wordt natuurlijk aangepast aan de daadwerkelijk gemeten waarden. Die aanpassing maakt dat je bijvoorbeeld corrigeert op opvolging van de basismaatregelen, als voorbeeld genoemd, maar er wordt ook gecorrigeerd op de te verwachten immuniteit in de bevolking. Die immuniteit kan door twee dingen tot stand komen: enerzijds natuurlijk als iemand een infectie heeft doorgemaakt en anderzijds als iemand gevaccineerd is. Het vaccinatieschema wordt gebruikt voor de doorrekening. U ziet hier de laatste versie daarvan; er zijn natuurlijk nogal wat veranderingen in geweest. Neem AstraZeneca, dat alleen nog voor boven de 60 wordt gebruikt. Dat ziet u linksonder weergegeven. Maar u kunt zich voorstellen dat we, uitgaande van hoe de vaccins gebruikt worden, wanneer ze gebruikt worden, de vaccinatiebereidheid en de effecten van vaccinatie, de effecten daarvan kunnen meenemen in de modellering.

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij zou graag een verduidelijkende vraag willen stellen.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Alleen gaat mijn vraag over de vorige slide, dus ik weet nog of we nog eentje terug kunnen? Sorry, ik was wat laat. Als ik kijk naar de schatting van het aantal besmettelijke personen, dan zie ik een hele hoge piek tijdens de eerste golf. Als ik het me goed herinner, was het testbeleid toen nog anders. We namen veel minder testen af. Zijn dit daadwerkelijke aantallen die we toen getest hebben, of is dit een schatting op basis van het aantal ziekenhuisopnames?

De heer Van Dissel:

Het laatste. Dit is een berekening die uitgaat van wat inderdaad hard is, en dat zijn de ziekenhuis- en ic-opnames. U heeft helemaal gelijk. Toen werd er natuurlijk veel minder getest en hadden we dus ook veel minder goed zicht op de uitbraak.

Ik ga even verder waar ik was gebleven. De vaccinatie wordt dus meegenomen. Wat ook wordt meegenomen, is het aandeel van de

verschillende varianten. Dat wordt ook doorgerekend. U ziet ze hier opgeteld. Het klassieke type van Nederland is bijna helemaal weg. Het is helemaal vervangen door met name de UK-variant. Dat is belangrijk, omdat aan die varianten verschillende kansen zijn gekoppeld met betrekking tot de opnames. U begrijpt dat dit ook moet worden meegenomen als je uiteindelijk het eindpunt van de opnames wilt voorspellen. Daarom is dit ook nog even meegenomen. Op dezelfde wijze als vaccinatie wordt natuurlijk ook de hoeveelheid personen meegenomen – dat is eigenlijk de vorige vraag – want daaruit kun je afleiden hoeveel personen in totaal de infectie hebben doorgemaakt. Dat weten we ook uit de door de bloedbank, Sanquin, daadwerkelijk gemeten getallen van bijvoorbeeld de antistofbepalingen. Die heb ik hier twee presentaties terug, dacht ik, ook laten zien. Dat weten we ook door bijvoorbeeld het PIENTER-onderzoek bij het RIVM, waar we in een bemonstering van de hele bevolking kijken hoeveel personen inmiddels antistoffen hebben. Dat is bijvoorbeeld ook door de GGD Limburg gedaan. Dat geeft een vrij consistent beeld dat we inmiddels ruim boven de 20% zitten van personen die de infectie hebben doorgemaakt. Dat loopt ook weer wat achter. Dat soort zaken worden dus ook meegerekend.

Wat krijg je dan? Ik laat u de prognose zien op korte en lange termijn. Hier staan nog even de verschillende maatregelen weergegeven. U ziet straks een groene lijn. Dat is eigenlijk de belangrijkste, want dat is de lijn waarin alle maatregelen zijn meegenomen, zowel wat betreft de lockdown als de versoepeling daarna, zoals het openen van de scholen en recent van de buitenschoolse opvang. Daarnaast ziet u in rood ook nog wat er zou zijn gebeurd als er geen lockdownmaatregelen waren genomen, en in blauw wat er zou zijn gebeurd als er geen enkele versoepeling was geweest na de lockdown. Dat geeft dit soort grafieken, waarvoor ik het aan de linkerkant voor de ic-opnames en aan de rechterkant voor de bedbezetting laat zien. De zwarte dots die u hier in de grafiek ziet, tijd versus aantal, zijn de actuele dagopnames of de actuele bezetting op die dag. U ziet dat de opnames op de ic natuurlijk van dag tot dag variëren. Als u naar deze grafiek kijkt, ziet u dat het model, dat natuurlijk deels gebruikmaakt van die getallen maar ook op grond van het onderliggende model voorspelt wat we kunnen verwachten, aangeeft dat we momenteel inderdaad op een soort plateau zitten. Dat zal naar verwachting heel snel gaan dalen. We verwachten dat die daling per 1 mei bijvoorbeeld heel evident zal zijn. Hoe vertaalt zich dat naar de bedbezetting? Die loopt natuurlijk achter, want iemand wordt opgenomen en ligt dan in totaal een dag of zeventien in het ziekenhuis. U ziet dat de piek van de bedbezetting dus wat meer naar achter ligt, maar dat die uiteindelijk natuurlijk dezelfde vorm heeft als het aantal opnames. Groen is de lijn die de situatie weergeeft met de maatregelen die nu gelden. Rood is de lijn als er geen lockdownmaatregelen waren genomen in het begin van dit jaar. Blauw is de lijn als er geen enkele versoepeling was geweest. U ziet dat we ons ongeveer daartussenin bevinden. Dezelfde berekeningen zijn gedaan voor de ziekenhuisopnames. Die ziet u hier weergegeven. Ook daar ziet u dat er natuurlijk van dag tot dag een variatie is, maar dat uiteindelijk ook daar de lijnen op korte termijn toch allemaal naar beneden zijn gericht. Vandaar de verwachting – ik laat u straks nog de langeretermijnvoorspelling zien – dat we op het plateau zitten en dat we kunnen verwachten dat er een afname is van het aantal gevallen, en opnieuw de opnames versus de bedbezetting.

Laat ik het wat de korte termijn betreft samenvatten. Wij zeggen dat wij momenteel op een plateau lijken te zijn. Bij een plateau kan je eigenlijk nauwelijks meer spreken van een piek, want dat is veel te uitgestrekt. We lijken op een niveau te zijn waarbij we verwachten dat het niet significant zal toenemen. De bedbezetting loopt daar wat op achter, maar daar verwachten we eigenlijk hetzelfde van. Ik denk dat het belangrijkste is om je te realiseren dat we in een soort nieuwe fase zitten. Tot nu toe was het

altijd zo dat als we een grafiek omlaag zagen gaan dat alleen maar kon doordat we striktere of nog strengere maatregelen zouden nemen. U ziet dat nu door de opbouw van de immuniteit, door vaccinatie en ook door doorgemaakte infectie – dat telt natuurlijk op – uiteindelijk die lijn ook omlaag gaat, natuurlijk wel gegeven de aanname dat de bestrijdingsmaatregelen worden gecontinueerd en dat de opvolging daarvan gelijk blijft. Er zitten dus nogal wat aannames in zo'n model. Die staan eronder allemaal genoemd. Die aannames betreffen bijvoorbeeld dat de vaccins die we denken te gaan geven beschikbaar komen en dat we ze geven. Het gaat er ook vanuit dat de vaccins beschermen volgens de studies en ook een rol hebben bij het tegengaan van overdracht, dat iemand die het gehad heeft in ieder geval tot nu toe immuun is voor het virus en ook voor de varianten. Misschien is dat wel levenslang, maar dat zal natuurlijk moeten blijken. Er zit ook een zomereffect in, zoals we dat vorig jaar ook wel gezien hebben. Er zit een effect in dat ervan uitgaat dat we de basismaatregelen op dezelfde wijze blijven uitvoeren. Ten slotte was er nog een onzekerheid over pilots. Een van de pilots was natuurlijk die van 538, maar u weet dat daarvan wordt afgezien. Dat speelt dus misschien momenteel minder. Ik laat u ook ongeveer zien wat op het Catshuis is gepresenteerd.

De voorzitter:

Mevrouw Bikker wil graag een verduidelijkende vraag stellen en daarna meneer Kwint.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ja, verduidelijkend. Mijn vraag gaat over de bedbezetting. We hebben gezien dat steeds meer mensen thuis behandeld kunnen worden met zuurstof. Eigenlijk staat dat bijna gelijk aan een ziekenhuisopname, maar dan thuis. Wordt dat meegerekend in die bedbezetting of niet? Is er iets over de omvang daarvan te zeggen?

De heer Van Dissel:

Dat is een goed punt. U geeft eigenlijk aan dat er veranderingen zijn in de tijd met betrekking tot het aantal mensen dat wordt opgenomen. Dat klopt. Het model gaat uit van de ic – dat heb ik u misschien nog niet verteld – en is ook wat betreft modellering op de ic gefit. Daarom verwachten wij dat deze effecten er zullen zijn op de ziekenhuisopnames, maar uiteindelijk veel minder op de voorspellingen voor de ic. Ook als je thuis wordt behandeld en het niet goed gaat, zal je toch naar het ziekenhuis moeten om naar de ic te gaan. Vandaar dat we wat betreft de modellering uitgaan van de ic en de ic-getallen. Maar op zich heeft u gelijk: dit soort veranderingen, ook in de behandeling bijvoorbeeld, kunnen natuurlijk effecten gaan hebben op de voorspellingen. Voor zover dat tot nu toe gespeeld heeft, wordt dat meegenomen in het feit dat we elke week dat model aan de actualiteit ijken. Maar het is een goed punt.

De voorzitter:

Meneer Kwint, speelt uw vraag nog?

De heer Kwint (SP):

Zeker. Dank u wel, voorzitter. Het gaat mij specifiek om dat blauwe blokje waar u het net over had, de nieuwe fase van de epidemie. Daarbij zegt u dat een eventuele verdere daling wordt veroorzaakt door bestaande bestrijdingsmaatregelen en niet door strengere maatregelen. Moet ik dat nou meer feitelijk lezen, zo van: er worden geen strengere maatregelen verwacht en dus kun je een eventuele daling alleen maar verklaren door een toegenomen immuniteit? Of is dat meer theoretisch in de zin dat strengere maatregelen ook niet zo veel effect zullen gaan hebben in uw verwachting in de toekomst, ook niet wanneer daar politiek toe besloten

wordt, omdat het percentage immunen en gevaccineerden is toegenomen?

De heer Van Dissel:

Goede vraag. Het gaat allemaal door elkaar lopen. Dat is eigenlijk wat we zien. Als je teruggaat naar de eerste golf: toen was natuurlijk duidelijk dat iedereen gevoelig was. De afname die je ziet, is helemaal toe te schrijven aan het feit dat we strikte maatregelen hebben genomen om het aantal contacten terug te brengen. Uit de follow-up van de gedragsunit van het RIVM, die dat regelmatig onder een grote groep Nederlanders bepaalt, blijkt dat de opvolging van de maatregelen natuurlijk als ingewikkeld wordt gezien. Dat is ook logisch. Iedereen heeft er meer dan genoeg van, schat ik in. Dat betekent dat de mate waarin er opvolging is veranderd is van de eerste golf naar de tweede golf naar de derde golf, terwijl misschien de maatregel hetzelfde geldt. Neem bijvoorbeeld werk thuis. Ik zie heel een duidelijk verschil in het aantal auto's – u ook, neem ik aan – dat dat toch deels reflecteert. Men geeft dus andere opvolging aan dezelfde maatregelen. Wat dit in feite zegt, is dat we dat weten, dus dat we dat effect meenemen, maar dat we desalniettemin een afname zien. Die is misschien minder enthousiast dan destijds, in maart vorig jaar, maar we zien wel een afname. Dus hoe komt die afname? Die komt doordat het virus steeds vaker als het zich probeert te verspreiden tegen iemand op botst die het of al heeft gehad of al is gevaccineerd. Dat heeft als effect een afname van de R-waarde. Dat is wat we zien.

De voorzitter:

Dan is een nog een verduidelijkende vraag, van de heer Van Baarle.

De heer Van Baarle (DENK):

Voorzitter, dank u wel. Ik heb een vraag over de onzekerheid van het model. We lezen dat het enkele weken later mogelijk flink hoger is. Zou de heer Van Dissel het woord «flink» wat meer kunnen duiden? Moet ik dat zien als die range in de grafieken of bedoelt hij daar iets anders mee?

De voorzitter:

Ik wil er toch een beetje voor waken dat we nu eigenlijk al een hele inhoudelijke vragenronde hebben. Ik sta deze nog toe, maar we moeten ons een beetje beperken. Tenzij je heel specifiek een vraag hebt over hoe het met een cijfer zit of zoiets. Het is lullig als we nu al een hele inhoudelijke vragenronde gaan houden, want dan is er straks geen tijd meer voor de vragen van de rest van de leden. Ik sta deze dus nog toe. De heer Van Dissel is ook al bijna aan het einde van zijn presentatie gekomen. We moeten onze feitelijke vragen maar even bewaren voor de ronde daarna.

De heer Van Dissel:

Prima, voorzitter. Dat geeft de kans om even te benadrukken dat we natuurlijk kijken naar de lijnen in deze grafiek. Die lijnen geven de 50%-kans aan. Dat is eigenlijk de mediane lijn. Zo'n modellering wordt heel vaak uitgevoerd, met steeds kleine veranderingen. Er zitten natuurlijk toevalseffecten doorheen. Uiteindelijk geeft dat een bandbreedte van te verwachten reacties. Dat is eigenlijk wat u bedoelt. Dat is namelijk de onzekerheid. Die onzekerheid is hier inderdaad weergegeven met de breedte van de band die dezelfde kleur heeft als de mediaan. U ziet dus dat de mediane voorspelling is dat we binnenkort naar een daling gaan, maar u ziet ook dat de bandbreedte wat dat betreft ook nog omhoogloopt. Dat is eigenlijk wat we willen weergeven. We hebben dus een verwachting. Die verwachting is gebaseerd op het hele beeld. Dat beeld heeft zeker een onzekerheid en die ziet u hier terug in de breedte van het vlak eromheen. Ik kom er zo nog even op terug, want dat is ook een punt

met betrekking tot het OMT-advies: hoe kan je dit nou in deze fase wat ons betreft het beste aanpakken, in de advisering in elk geval?

Ik denk dat ik daar nu aan kom. Wat daar belangrijk voor is, is de prognose voor de langere termijn en ook de doorrekening van de verschillende stappen in de routekaart van de regering om weer te komen tot het openen van de samenleving en het afbouwen van de verschillende maatregelen. Dat is een stappenplan met vier stappen. Dat wordt stapsgewijs doorgerekend voor het OMT. Ik laat u nu die doorrekening zien. In dit geval is rood dat er geen versoepeling plaatsvindt. U ziet in drie verschillende kleuren weergegeven hoe de versoepeling plaatsvindt en hoe die eruitziet als die op drie verschillende data ingaat. Dat zijn niet helemaal willekeurige data, maar enigszins wel. We hebben dus begin mei gekozen, half mei en de laatste week van april. In dat model worden de stappen waarin we veranderingen gaan doen aangepast. Want al die stappen vertalen zich uiteindelijk naar contactmomenten en het model rekent met een matrix van contactmomenten. Daarom kunnen we dat doorrekenen. Je kan uiteraard het moment van ingaan doen verschillen. Hier zit u weer de uitkomst van de modellering. Allereerst even wat we hier precies zien. We zien hier voor de ic-opnames en voor de ic-bedbezetting de actuele getallen weergegeven door de stippen, zowel links als rechts. U ziet dat de opnames van dag tot dag een variatie kennen. Voor de bedbezetting is dat natuurlijk veel meer uitgedempt, omdat men gedurende langere tijd opgenomen is. U ziet hier de verschillende lijnen doorheen getrokken. De rode lijn loopt deels samen met de volgende lijn, die van 27 mei. Dat is als het ware de onderste lijn. U ziet dat ze eigenlijk alleen maar verschillen vanaf ongeveer 1 juni. U ziet ook dat de andere lijnen initieel eigenlijk samengaan met het hele cluster, maar dat die vanaf medio mei wat uit elkaar gaan lopen. Als je dus eerder zou versoepelen – ik neem hier even als voorbeeld 3 mei – dan kom je vanaf medio mei net wat hoger uit dan wanneer je niet versoepelt of dan wanneer je pas medio mei begint te versoepelen, want dan moet het effect nog gaan gebeuren. Dan ziet u dat dat effect eigenlijk pas tegen juli aan te zien is.

Wat zien we eigenlijk op deze grafiek? Als we ons eerst concentreren op de mediane waarden, zien we opnieuw dat we nu in een plateau zitten, maar dat we in de modellering voorspellen dat we vrij snel naar een dalend been daarvan komen. U ziet ook dat de onzekerheid die er bestaat, natuurlijk toch nog fors is en dat initieel het aantal nog behoorlijk kan toenemen. Dat is die bubbel die u daar rond die lijn ziet getrokken.

Verder is uit deze grafiek denk ik ook evident dat van de stap 1-versoepelingen eigenlijk op korte termijn niet zo veel verschillen zijn te verwachten wanneer ze exact moeten ingaan, met name niet in dit geval, eind april of de eerste week van mei. Als je ze tot later in mei uitstelt, schuift het natuurlijk helemaal op. Dan kun je het effect pas eind mei/begin juni zien. Dan ziet u er natuurlijk wel effect van.

Wat ook belangrijk is, is dat de stap 1-veranderingen die zich deels misschien al vertaald hebben naar aangepast gedrag, overall genomen gelukkig toch beperkt zijn. Ze volgen eigenlijk allemaal wel die lijn omlaag. De onzekerheid is met name wat het doet verschillen.

Deze grafieken zijn uiteraard ook gepresenteerd in andere gremia, zoals het Catshuis. Wat u hier ziet, is de grafiek, waarbij ik nogmaals wil benadrukken dat die onder de aannames geschiedt die ik u net heb genoemd. Die aannames zien wij als toch de meest gunstige die we kunnen hebben. Dat betekent dat alle vaccins op tijd komen, dat ze kunnen worden gezet, dat ze ook helpen tegen overdracht en gaat u zo maar door: eigenlijk het hele lijstje dat ik u net heb opgenoemd. Dat is één. Dat betekent ook dat het advies vanuit het OMT was: dit ziet er op zich positief uit, want we gaan duidelijk naar een andere fase van de bestrijding, maar wacht nou tot je zeker weet dat je in een dalend been zit,

want dan word je niet toch verrast door een eventuele, misschien minder waarschijnlijke, toename, zoals weergegeven door die bult omhoog. Hetzelfde geldt voor de ziekenhuisopnames. Ook daar is de voorspelling dat we na komende week een afname zien van het aantal opnames, een afname die zich dan natuurlijk met enige vertraging ook gaat vertalen naar een afname in de ziekenhuisbezetting. U ziet op deze slide dat de mediane lijnen opnieuw behoorlijk over elkaar liggen, maar dat er wel onzekerheid is. Die onzekerheid spitst zich met name toe op die eerste fase. Die onzekerheid kun je als het ware veilig stellen, dus dat het niet gaat gebeuren, als je wacht tot je echt in een dalend been bent.

Dat ziet u hier nog eens samengevat: onze conclusies. We lijken op die piek te zitten; we verwachten op de wat langere termijn, vanwege die andere fase van de uitbraak, dat het daalt. We hebben geadviseerd – dat kunt u ook in de OMT-brief terugvinden – om te kijken naar het verloop. Als dan duidelijk is dat het zevendaags gemiddelde – dat betekent dat je steeds de laatste zeven dagen neemt, om de dag-tot-dagvariaties eruit te halen – zo'n 10% gedaald is, weet je eigenlijk dat je zo'n piekwaarde niet meer hoeft te verwachten, omdat met 10% daling ook het reproductiegetal onder de 1 gekomen is, uitgaande van de getallen van nu. Dan kun je dus zonder veel risico die eerste stap gaan uitvoeren. De verwachting is natuurlijk ook dat als het eenmaal daalt, het ook door daalt en dat er dan met een zekere wetmatigheid ook naar de volgende stappen kan worden gekeken.

Uitgaande van de verschillende aannames, is er nog wel een zogenoemde sensitiviteitsanalyse verricht. Die ziet u op de volgende slide weergegeven. Het zijn wat kleinere letters, maar wat ze weergeven, is wat je kan verwachten aan scenario's wanneer bijvoorbeeld het vaccin niet tegen overdracht zou werken, ten opzichte van wanneer het vaccin dat wel doet. Dat ziet u in het verschil tussen de eerste twee kolommen, waarbij de rijen weergegeven of er wel of niet versoepeld wordt, en zo ja, per welke datum. De zwarte lijn is de lijn die ontstaat als vaccinatie wel werkt en er geen versoepelingen zijn. Dat is dus als het ware de referentielijn, als we door zouden gaan zoals we het nu doen. U ziet dat als de vaccinatie niet zou helpen tegen transmissie, de dalende lijn, weergegeven in die roze mediane lijnen, minder enthousiast zou zijn.

U ziet ook dat er een soort tweede bobbel zou kunnen ontstaan, zij het dat de kans daarop misschien geringer is dan wanneer je die 50%-lijnen aanhoudt. De kans is echter niet afwezig. Dan nemen we dus enige risico's. Hetzelfde staat weergegeven voor de opnames en, aan de rechterzijde, voor de bedbezetting. U ziet dat het ook nog opgesplitst is naar de vraag of er wel of niet een positief effect zou zijn van de meivakantie. U ziet dat dat effect relatief gering is.

Ten slotte neem ik u ook nog even mee naar dit nomogram, waarbij het reproductiegetal en de belasting van de zorg tegen elkaar zijn uitgezet. Dat is op zich een grafiek die inzicht geeft, want wanneer het reproductiegetal groter is dan 1 – dat is het momenteel misschien net – en de zorg behoorlijk belast is – u ziet hier met crosshair weergegeven waar we ons bevinden – heb je ook een zekere kwetsbaarheid met betrekking tot een snelle toename van het aantal ic-bedden. Natuurlijk, met de verwachting die ik u net heb gepresenteerd, is dat wat minder waarschijnlijk, maar dit geeft in ieder geval toch de kwetsbaarheid van het systeem weer.

Naarmate we meer vaccineren, zullen we zien dat die crosshair meer naar links gaat, omdat het reproductiegetal zal afnemen.

Dan de laatste slide: de overall conclusie. Enerzijds zitten we, denk ik, toch in een nieuwe fase van de uitbraak. We moeten nu de effecten van vaccinatie maar ook van doorgemaakte infecties meerekenen en daar ook de positieve gevolgen van zien. Dat is één. Twee. Met betrekking tot de advisering hebben we gezegd dat de modellen voorspellen dat er een afname komt. Dat weten we natuurlijk nooit honderd procent zeker, want we zien dat daar nog onzekerheid in zit. Als OMT hebben we geadviseerd:

wacht af totdat je zeker weet dat er inderdaad sprake is van die afname. We hebben daar een voorstel voor gedaan: 10% daling van een zeven-daags gemiddelde zou een goede maat zijn. Er is natuurlijk in het model gekeken, wederom op die mediane lijn, wanneer we dat punt naar verwachting bereiken. Dat is ongeveer 1 mei, dus al relatief snel. Het idee was dat als je wacht totdat je de daling te pakken hebt, de onzekerheid met betrekking hoe spannend zo'n eerste stap is en wat je nog aan negatieve effecten kunt verwachten, in onze ogen aanmerkelijk kleiner zou zijn.

Ik heb nog even de aannames genoemd, maar die noemde ik zojuist ook al, dus zal ze nu niet allemaal opnoemen. Maar dat zijn de aannames die onderliggend zijn aan de modellering en die je als gunstige aannames zou kunnen interpreteren. Maar het kan weleens tegenzitten en als het tegenzit, verwacht je toch dat die daling nog wat minder enthousiast zal zijn dan ik u nu heb laten zien.

Dat was mijn voordracht. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u zeer, meneer Van Dissel. Dan gaan we naar de vragen van de zijde van de Kamer. Ik kijk als eerste naar mevrouw Kuiken van de PvdA.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Voorzitter. Ik wil de heer Van Dissel danken. Ik ben nog even alle informatie aan het verwerken in mijn hoofd. Wat we nu natuurlijk zien, is dat ziekenhuizen zeggen dat zij zorg afschalen omdat de bezetting momenteel zo hoog is dat zij de reguliere zorg niet meer kunnen waarmaken. Ze maken zich zorgen over het aantal ic-bedden, omdat deze bedden behoorlijk volliggen. U zegt het eigenlijk ook: de besmettingen zijn nog steeds licht gestegen, we zitten op een plateau, we zijn nog niet over de piek heen, we zitten nog in de derde golf, er is nog geen evident duidelijke afname, de virusload in het water neemt nog toe, de R zit nog boven de 1. U heeft ook duidelijk geadviseerd om te wachten totdat we de zekerheid van de afname hebben. Mijn hoofdvraag is dan ook: waarom heeft het kabinet ervoor gekozen om uw duidelijke advies, waar geen woord Spaans bij zit, niet over te nemen?

De heer Van Dissel:

Dat zult u toch aan de betrokkenen moeten vragen. Ik kan u alleen maar verzekeren dat zij dezelfde presentatie hebben gezien en gehoord als die ik hier zojuist heb gehouden. Dus met uiteindelijk dat positieve beeld, maar ook met wel de opmerking dat wij graag eerst zien dat de daling gaande is, zodat je met meer vertrouwen die stap zet.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Mijn tweede vraag betreft de P1-variant, de Braziliaanse variant. Als ik kijk naar wat er nu India gebeurt en als ik zie dat de Britse variant eigenlijk het oorspronkelijke virus heeft overgenomen, is mijn vraag wat we verwachten kunnen ten aanzien van P1 en hoe dominant die variant zich zal gaan ontwikkelen in Nederland en in Europa. Kunt u daar wat meer over zeggen, behalve de voorspelling die ik zag in uw presentatie? Die zei nog niet heel veel over de dominantie en de verwachtingen voor de middellange termijn. Hoe goed zijn daarnaast de vaccins die we nu hebben tegen deze variant?

De heer Van Dissel:

Dit is natuurlijk een belangrijke vraag. Ik heb het ook genoemd als een van de onzekerheden met betrekking tot de aannames, want in de aannames zit dat vaccinatie maar ook doorgemaakte infecties bescherming bieden tegen deze varianten. Over die varianten is natuurlijk het een en ander bekend, met name wat betreft de moleculaire typering. We weten dat er

bepaalde veranderingen zijn, variaties, waardoor je ook verwacht dat er een wat ander spike-eiwit en dergelijke op het oppervlakte is, die dan al of niet wat beter kan binden. Ik wil wel benadrukken dat het uiteindelijk niet alleen gaat om wat het genotype is – dus de verandering in erfelijk materiaal – maar ook om wat wij het «fenotype» noemen: hoe manifesteert het virus zich anders, bijvoorbeeld bij de mens; is het biologisch gedrag anders?

Met name wat betreft die laatste punten weten we inmiddels het nodige van de Britse variant, bijvoorbeeld dat die variant besmettelijker is, maar dat je wel kunt verwachten dat die gewoon goed reageert op vaccinatie. Dat zien we natuurlijk ook in Engeland, waar de getallen zich gunstig ontwikkelen, ondanks het feit dat daar ook de Britse variant is.

Met betrekking tot de P1-variant uit Brazilië, maar ook die nieuwe Indische variant, die daar besproken wordt, is dat nog veel minder goed uitgezocht en is dat deels een onzekerheid. Ik weet dat er groepen zijn die daar actief mee bezig zijn, onder andere het Erasmus in Rotterdam. Zij kunnen ook de dierexperimentele onderzoeken doen die noodzakelijk zijn om vast te stellen of ook het biologisch gedrag uiteindelijk anders is. En daar gaat het om.

Ik noem een voorbeeld van die Indische variant. Je leest daarover op de voorpagina's, maar in alle realiteit weten we eigenlijk maar weinig over hoe goed de basismaatregelen worden opgevolgd in India en of het virus zich momenteel niet in specifieke groepen verspreidt. En dat zijn natuurlijk toch allemaal heel belangrijke dingen om te weten. Want stel dat zo'n variant vooral voorkomt in een groep die zich bijvoorbeeld minder aan de basismaatregelen houdt, dan komt die variant in de surveyance naar voren als zijnde besmettelijker, omdat je interpreteert in het kader van wat je probeert af te spreken. Dus met name aan het begin geven dit soort varianten behalve onrust ook veel onzekerheid en is het vooral zaak om er zo snel mogelijk betrouwbare gegevens over te verzamelen.

Dat probeert ook iedereen te doen. Maar daarin meekijkend naar een land als Brazilië, waar u natuurlijk ook allerlei andere dingen ziet gebeuren die niet duiden op het erg stringent trachten te beheersen van de uitbraak, is het veel moeilijker te interpreteren wat het in Nederland gaat betekenen.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Paternotte.

De heer Paternotte (D66):

Dank aan de heer Van Dissel voor zijn heldere presentatie. Ik wil even naar het goede nieuws uit die presentatie. Op pagina 10 zien we de enorme daling van het aantal meldingen betreffende verpleeghuisbewoners. Daaraan kunnen we, denk ik, zien dat dit de groep is die als eerste gevaccineerd werd. We zijn daar nu dicht in de buurt van de nul infectiemeldingen. Dat lijkt me heel positief om met elkaar vast te stellen, ook al omdat u later de aanname doet dat de vaccinatie de transmissie ook beperkt. Dat is ook wat gisteren in de nieuwe richtlijn van het European Centre for Disease Prevention and Control stond. Ik ben benieuwd hoe u daarnaar kijkt. Die richtlijn geeft eigenlijk aan dat gevaccineerden onderling een aantal van de basismaatregelen zouden kunnen loslaten mits zij in een kleine omgeving onderling contact hebben. Dat zou natuurlijk op de korte termijn met name voor bewoners van instellingen, verpleeg- en verzorgingstehuizen veel kunnen bijdragen aan de kwaliteit van leven en op de iets langere termijn ook Nederland een mooi perspectief bieden. Dus ik ben benieuwd hoe u daarnaar kijkt. Wat moeten wij daarmee doen?

De heer Van Dissel:

Dat klopt. Ik dacht dat de laatste aantallen betreffende verpleeghuizen zo tegen de 174 zaten. Dat is natuurlijk aanmerkelijk minder, slechts een

fractie, van wat het geweest is. En als het dan binnenkomt, beperkt het zich vaak tot slechts één persoon en zien we niet de verspreiding die er eerder was. Dat is natuurlijk gunstig en past bij de interpretatie dat vaccinaties daar een belangrijk effect op hebben.

Hoe zich dat gaat vertalen naar maatregelen, is natuurlijk wat ingewikkelder. Want een verpleeghuis beperkt zich niet tot alleen maar de gevaccineerden. Er komen ook ongevaccineerden binnen: bezoek, medewerkers die al dan niet gevaccineerd zijn. Dus dat ligt altijd wat complexer, zeker op dit moment nog. Maar – dat kunt u ook vinden als bijlage, ik dacht in het OMT-advies twee weken terug – er is met de sector al een aanwijzing geschreven hoe ze kunnen versoepelen. Dat is ook overgenomen door Minister De Jonge. Dus in de verpleeghuizen is het al mogelijk. Maar je moet altijd wel per verpleeghuis bezien of je versoepelingen door gaat voeren, afhankelijk van de vaccinatiegraad en dergelijke. Wat betreft het ECDC: in alle eerlijkheid vind ik dat ze er wel heel vroeg mee komen, domweg omdat we weliswaar nu plekken hebben waar inderdaad de vaccinatiegraad behoorlijk hoog is, bijvoorbeeld in een verpleeghuis, maar dat natuurlijk nog niet in de hele bevolking het geval is. Ik denk dat we daar toch nog een slag moeten slaan voordat je daar kunt zeggen dat we de maatregelen allemaal gaan opheffen. Maar dit is natuurlijk iets wat onze aandacht heeft en wat we ook zullen bespreken in het OMT. Maar opheffen alleen op grond van vaccinatie, zonder dat we alle gegevens hebben, ook die met betrekking tot de mate van voorkomen van overdracht, vind ik nu echt nog een stap te vroeg. Als je het combineert met bijvoorbeeld het doen van sneltesten et cetera et cetera, kom je natuurlijk alweer verder. Ik denk dat het ECDC – dat ook de opmerking heeft gemaakt die ik nu maak – meer wil aangegeven dat we natuurlijk ook vaccineren om op den duur te zien dat we weer helemaal kunnen openen, maar dat is natuurlijk een stadium waar we in Nederland nog lang niet zijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Als iemand het terug wil lezen: het 106de OMT-advies ging over de versoepelingen in de verpleeghuiszorg.

De heer Paternotte (D66):

Mijn vraag ging echt puur over gevaccineerden onderling, omdat ze het daarover hadden. Nu is dat inderdaad nog een beperkte groep. Maar ik zou toch nog een andere vraag willen stellen. Het ECDC gaf ook aan dat reizigersquarantaine voor gevaccineerden niet nodig zou zijn, behalve als er een zorgelijke virusvariant is. Ik zat even te kijken naar de cijfers uit India. Daar zijn 315.000 besmettingen in 24 uur en een percentage positieven van 30. Die variant B1617 was een maand geleden nog heel klein maar heeft het ondertussen helemaal overgenomen daar. De heer Van Dissel geeft aan dat je nu nog geen harde conclusies kunt trekken, maar dat er misschien wel zorg over is. Wij hebben er maandag Kamervragen over gesteld. We hebben een lijst vliegverboden. Daar staan allerlei landen op, ook landen waar relatief veel minder besmettingen zijn dan in Nederland, zoals Suriname. India staat niet op deze lijst. Ik ben benieuwd hoe u daarnaar kijkt. En hoe kijkt u überhaupt naar het updaten van die lijst met vliegverboden? Hoe moet die lijst reageren op wat er in de wereld gebeurt, want ze is al maandenlang niet veranderd?

De heer Van Dissel:

Even een stap terug. Vanuit de bestrijdingsoptiek zijn er bepaalde regels waaraan je binnenkomende reizigers wil laten voldoen. Dat zijn natuurlijk niet alleen reizigers per vliegtuig, want u weet dat je ook per vliegtuig van India naar Frankfurt of Parijs kunt gaan en daar de auto pakken, dan zit je ook in Nederland. Een vliegverbod is dus niet een absolute garantie dat je introducties tegengaat.

Wij als OMT zeggen twee dingen. Uiteraard volg je gewoon het beleid van Buitenlandse Zaken, want er is ook een Europees beleid met betrekking tot landen buiten Europa. Maar als iemand terugkeert uit het buitenland vinden wij een quarantaineperiode van belang en vinden wij testen van belang. Als beide strikt worden gehandhaafd – ik weet dat u daar als Kamer ook mee bezig bent – neem je daar natuurlijk een belangrijk deel van de risico's mee weg. Want als je weet dat iemand negatief test en die zich na terugkeer ook houdt aan de quarantaineperiode, maakt de combinatie dat je er eigenlijk van mag uitgaan dat zo iemand negatief is. Niet iedereen is positief en je wilt vooral de positieven eruit halen. Ingewikkeld aan het advies van het ECDC dat u zojuist aanhaalde, is dat we helemaal niet weten of iemand een gevaarlijke variant in zich draagt. Dat onderzoeken kost ongeveer een week en dan ben je ook aan het einde van zo'n quarantaineperiode. Wij hechten er dus veel meer aan dat er goede opvolging wordt gegeven aan het advies om in quarantaine te gaan en dan na tien of vijf dagen een goede test uit te voeren, zodat je weet of iemand al of niet een virus met zich meedraagt. Als je dan weet dat iemand terug is gekomen uit India, kun je natuurlijk specifiek vervolgens desnoods gericht bepalen of hij al of niet zo'n variantvirus bij zich draagt, wat dan eventueel nog om extra maatregelen zou vragen. We denken dat we met dit soort maatregelen de risico's kunnen beperken, maar daar overheen ligt natuurlijk ook nog de deken van de Europese afspraken, dat men niet buiten reist et cetera. Dat is iets wat gezamenlijk met Buitenlandse Zaken wordt bepaald; wij geven vooral input over de incidentie en de risico's.

De heer **Paternotte** (D66):

Mag ik een heel korte verduidelijkende vraag stellen?

De **voorzitter**:

Gaat die echt hierover?

De heer **Paternotte** (D66):

Ja, ik heb maar één vraag en houd de rest van de sessie mijn mond. In november gaf de heer Van Dissel aan dat de naleving van de quarantaine op ongeveer een derde zat. Heeft u inzicht in hoe dat nu is?

De heer **Van Dissel**:

Ik weet niet of dat veel beter is, maar ik hoor ook dat uw Kamer binnenkort stemt, of al gestemd heeft, over een quarantaineverplichting. Volgende week, hoor ik hier. Daarmee wordt dat dus definitief geregeld. Dat is zeker in lijn met wat het OMT natuurlijk ook eerder daarover heeft geadviseerd.

De **voorzitter**:

Meneer Van Houwelingen van Forum voor Democratie.

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

Dank voor de presentatie. Ik zou graag, als dat kan, twee vragen willen stellen. De eerste vraag is over het vaccinatiebeleid. Dat is aan de hand van een artikel in het Brabants Dagblad van 26 maart van de artsen en virologen Jona Walk en Bert Mulder. Zij gaan in tegen een aantal aannames die u in uw laatste conclusie opschrijft en ik zou graag willen weten hoe u daartegen aankijkt. Zij stellen onder andere dat het virus dus wel overgedragen zou kunnen worden na vaccinatie. Ze stellen dat de vaccins niet werken tegen alle varianten en dat dat ook de reden is dat bijvoorbeeld AstraZeneca in Zuid-Afrika niet meer gebruikt wordt, omdat het dus niet helpt tegen die variant. Dat zou betekenen dat uw tweede aanname daadwerkelijk niet klopt en dat het – en dat is een kritieke – onverstandig is om de hele bevolking te vaccineren, omdat dat er onder

andere toe leidt dat varianten die ongevoelig zijn voor deze vaccins, dominant zullen worden, wat op de lange termijn schadelijke effecten kan hebben. Ze stellen ook dat het, als je iedereen gaat vaccineren, op een gegeven moment mogelijk is dat mensen geen antistoffen meer aanmaken tegen nieuwe varianten. Dat zou ook een risico zijn. Mijn overallvraag aan u met betrekking tot het vaccinatiebeleid is, gezien deze kritiekpunten: is het verstandig om iedereen te vaccineren of zouden we beter gericht moeten vaccineren? En mijn tweede vraag, als daar nog tijd voor is ...

De voorzitter:

Die mag u daarna stellen.

De heer Van Dissel:

We hebben nog niet de luxe om in detail over deze vraag na te kunnen denken, want we proberen eerst de kwetsbaren te vaccineren. Vanuit de evolutiebiologie, want daar citeert u eigenlijk uit, kun je natuurlijk een heleboel in theorie opbrengen. Ik wil wel benadrukken dat vaccinaties niet alleen leiden tot antistoffen en dat antistoffen niet het enige zaligmakende zijn met betrekking tot de afweer. Sterker nog, de meeste personen zullen al een covidinfectie hebben weggewerkt tegen de tijd dat er nog helemaal geen antistoffen zijn, wat maar aantoont dat er nog onderdelen zijn van het afweerapparaat, zoals het cellulaire deel, wat ook van belang is. Er zijn bijvoorbeeld patiënten die geen antistoffen aanmaken, een bepaalde groep personen met een aangeboren afweerstoornis, die uitstekend deze infectie doormaken, zonder problemen. U moet zich dus niet doodstaren op alleen maar de antistoffen. Het gaat om een veel breder palet en de vraag is uiteraard – maar die is nog niet beantwoord vanuit wetenschappelijk onderzoek – of ook bijvoorbeeld die cellulaire component al of niet kruisreageert, in welke mate dat gebeurt, en ook in hoeverre de kwaliteit van de antistoffen ertoe doet. Je hebt allerlei verschillende types. De zogenaamde neutraliserende antistoffen voorkomen in een celkweek dat de cellen geïnfecteerd raken. Maar je hebt vele types en ik denk dat we daar nog een heleboel over moeten leren. In z'n algemeenheid zien we, ook in Engeland, dat als je erin slaagt om een groot percentage van de bevolking te vaccineren – dat wordt daar natuurlijk nog verder uitgebreid – je dan een afname van de circulatie van het virus ziet en het weer opengaan van de maatschappij, wat wij natuurlijk ook willen. Dit zijn goede overwegingen, maar vooralsnog redelijk academisch en er moet echt nog meer gefundeerd onderzoek op gebeuren.

De voorzitter:

Meneer Van Houwelingen, uw tweede vraag.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Mijn tweede vraag gaat over de mondkapjes. Wij zijn natuurlijk heel kritisch op die mondkapjes. Voor ons is het ongebruikelijk dat we die allemaal nog steeds moeten dragen. U bent zelf ook kritisch, als ik het goed heb, op de mondkapjes. U heeft gezegd «het hoeft van mij niet per se, het is eigenlijk ook deels een politieke keuze». Mijn vraag is: is het nu, gezien de stand van het onderzoek, nog te verdedigen dat we die mondkapjes blijven dragen? Ik heb hier bijvoorbeeld onderzoek voor me liggen dat laat zien – daar kan ik uit citeren, maar dat doet er even niet toe – dat het sowieso schadelijke gezondheidseffecten heeft, omdat je natuurlijk koolmonoxide inademt en te weinig zuurstof krijgt. Het heeft dus allerlei nadelige lichamelijke effecten. Het heeft psychische effecten. Daarnaast toont onderzoek in Leiden aan – volgens mij vorige week uitgekomen – dat het voor het milieu een belasting is, terwijl u dus zelf zegt dat de positieve effecten voor de virusoverdracht er nauwelijks zijn. Mijn vraag is: moeten we nu niet stoppen met die mondkapjes?

De heer **Van Dissel**:

Het ligt iets gedifferentieerder wat mij betreft. We hebben een mooie OMT-brief geschreven over de voor- en nadelen en het feit dat wij als OMT erop aandrongen dat daar een besluit over werd genomen. Vervolgens houden wij ons gewoon aan dat besluit. Dat hebben wij gedaan. De mondkapjes zijn natuurlijk onderdeel van het stappenplan. Ze staan ook ergens apart genoemd, waarbij gekeken zal worden wanneer je daar weer mee kan stoppen als we een stuk verder zijn en ook het beëindigen van andere maatregelen wordt overwogen. Die komen dus zeker terug, maar nu staan ze nog niet in het stappenplan. Wij volgen vooralsnog gewoon even het stappenplan.

De **voorzitter**:

Aan welke stap denkt u dan?

De heer **Van Dissel**:

Er zijn natuurlijk verschillende stappen. Op een gegeven moment zijn er wellicht ook veranderingen in de 1,5 meter. Dan kom je meer aan de basismaatregelen. Zoals ik recent hier ook nog betoogd heb, heb je bronmaatregelen – die zijn het allerbelangrijkst. Iemand blijft thuis als die klachten heeft. Data zijn zeker nog niet vastgesteld, maar de mondkapjes vallen natuurlijk onder de collectieve maatregelen en ze spelen met name nog in het openbaar vervoer. Daar is nogal sprake van drukte, dus ik denk dat dat zeker niet bij de eerste stappen zal horen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we naar mevrouw Bikker van de ChristenUnie.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank aan de heer Van Dissel voor zijn uitgebreide, heldere presentatie. Heel fijn dat hij voor een gedeelte ook goed nieuws kon brengen, na een jaar lang hard werken door iedereen, maar zeker ook door de heer Van Dissel en de zijnen. De vraag die mijn fractie heeft: op de kaart van Nederland zien we een aantal regio's waar het nog niet goed gaat: Zuid-Holland Zuid, Noord-Brabant, meer onder de rivieren. Op welk moment acht de heer Van Dissel het denkbaar dat het logisch zou zijn of in de rede zou liggen om te zeggen: we verschuiven iets qua versoepelingen; in een aantal gebieden is dat wel mogelijk, in een aantal gebieden zijn we daar terughoudend in of doen we in ieder geval geen fieldlabs? Is daarover nagedacht? Welke afwegingen heeft u daarbij?

De heer **Van Dissel**:

De vraag is, denk ik: wanneer moet je naar regionale maatregelen terug en ze niet meer landelijk nemen? Niet alleen het OMT, maar ook de politiek heeft daar natuurlijk over gesproken naar aanleiding van het opkomen van de tweede golf, toen dat aanvankelijk geprobeerd is als interventie. Maar het is, samengevat, toch weer overgenomen door een landelijke aanpak. Daar waren een heleboel redenen voor. Eenduidigheid in communicatie, dat je niet wilt dat iedereen van de Randstad naar Utrecht gaat of misschien zelfs naar Groningen, omdat daar de restaurants en de terrassen open zijn en in de eigen stad nog niet. Dat brengt allerlei extra risico's en mobiliteit met zich mee. Wij volgen het feit dat er is gekozen voor een landelijke aanpak en ik denk dat dat vooralsnog gewoon geldt. Als je in een stadium komt waarin je echt pockets gaat zien – daarbij kan bijvoorbeeld de rioolsurveillance weer een rol gaan spelen – dan kan ik me voorstellen dat je zeer gericht in die pockets gaat acteren om te voorkomen dat het zich verspreidt. Maar ook dat is een beeld dat de komende maanden, denk ik, nog niet relevant zal zijn.

De **voorzitter**:

Mevrouw Bikker, voor uw tweede vraag.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik zou dan wel benieuwd zijn op welk moment de heer Van Dissel het wijs acht om te zeggen «nu kunnen we pockets gaan aanwijzen», wat daarvoor dan de R-waarde moet zijn of het landelijk beeld. Daar zou ik graag op een ander moment nader advies op krijgen. Mijn tweede vraag ziet erop dat we veel commotie hebben gezien rondom de fieldlabs, juist ook op plekken in Nederland waar het nog niet zo goed gaat. Ik kan mij, gezien de druk op de zorg, wel voorstellen dat je andersom zegt: een aantal dingen doen we dus niet, want dat zijn extraatjes, versoepelingen die mooi zijn, maar niet noodzakelijk. Hoe beoordeelt u dat?

De heer **Van Dissel**:

Als u specifiek naar de fieldlabs verwijst, dan zijn er een aantal lagen waar je in de planning met toch zeer hoge aantallen personen ... Overigens niet alleen maar personen uit de regio. Dat is landelijk en dan heb je dus alweer zo'n landelijke component, waardoor eigenlijk de alleen-maar-regioaanpak niet zozeer in doorwerkt. We hebben daar een aantal keren een opmerking over gemaakt in de OMT-brief, maar met name uit oogpunt van: fieldlabs zijn een heel goed idee, maar is het in de huidige setting ook qua uitstraling opportuun om een fieldlab voor 10.000 of misschien wel meer mensen te organiseren? Daar ging onze zorg over. Tegelijkertijd vragen we mensen om «slechts één bezoeker» in acht te nemen. Dat geeft natuurlijk gewoon spanning en daar was eigenlijk de opmerking op gericht. Er zijn een heleboel redenen geweest waarom men daarvan nu heeft afgezien en die fieldlabs naar achteren heeft geschoven. Ik denk dat ik een heleboel van die redenen heel goed kan begrijpen.

De **voorzitter**:

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

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ook ik blijf nog even bij het kaartje met de verschillende beelden in Nederland. Mijn gevoel zegt dat we dat kaartje al ruim een jaar zien. Ik ben benieuwd of er een algemeen jaargemiddelde per regio is gemaakt en of we bepaalde regio's echt terug zien komen, waar de cijfers aanzienlijk hoger zijn dan in andere regio's. Mijn gevoel zegt dat bijvoorbeeld Zuid-Holland Zuid eigenlijk constant een hoger cijfer had dan andere regio's. Ik ben benieuwd of daar een beeld van wordt gemaakt en of er ook onderzoek naar wordt gedaan wat de redenen daarvan zijn.

De heer **Van Dissel**:

Daar wordt zeker naar gekeken. Ik kan ook kijken of we dat hier nog een keer kunnen presenteren. Ik moet daaraan toevoegen dat het opmerkelijk was dat uit de data die we terugkregen uit de zero-immuniteitsbepaling – met andere woorden: het onderzoek dat naar antistofvorming kijkt – bleek dat er minder verschillen waren tussen de regio's dan althans ikzelf verwacht had. Ik kan uw redenatie volgen. Je zou dan misschien verwachten dat in de regio Limburg, Brabant ook het aantal personen met antistoffen veel hoger zou zijn dan bijvoorbeeld in Groningen en Drenthe. Dat is ook wel zo, maar die verschillen zijn kleiner dan ik van tevoren had verwacht. Misschien moeten we daar in een later stadium op terugkomen. Er zullen zeker regionale verschillen zijn, maar minder groot dan je misschien nu zou verwachten.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Esch, uw tweede vraag.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Het is altijd lastig... Ik mis een beetje de slide met het verschil in leeftijd en wie er op dit moment op de ic ligt, qua leeftijd, of in het ziekenhuis. Ik stel die vraag omdat ik het gevoel heb dat er steeds jongere mensen in het ziekenhuis of op de ic terechtkomen. Ik ben benieuwd of u dat beeld kan bevestigen of dat het een gevoel is dat leeft, maar niet in de cijfers terug te zien is. Ik wou nog zeggen: hartelijk dank voor de extra bijdrage die u mij mee heeft gegeven. Ik heb nog geen tijd gehad om hem heel goed te bestuderen, maar dat ga ik zeker doen. Dank u wel.

De heer **Van Dissel**:

Met betrekking tot de ic's moet ik even de presentatie van vorige week erbij pakken, want toen werden die kaartjes weergegeven. Het is natuurlijk nog steeds zo dat de mediane leeftijd ongeveer 64 is op de ic's. Je verwacht natuurlijk dat, naarmate je meer ouderen gaat vaccineren, er proportioneel gezien steeds meer jongeren op de ic zouden komen. Dat is eigenlijk: you get what you select for, zoals dat heet, want daar selecteren we natuurlijk eigenlijk op door te vaccineren van oud naar jong. Ik denk dat deze trend – die je overigens in meerdere landen ziet – onder andere samenhangt met hoe we ons vaccinatiebeleid inrichten.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Proportioneel snap ik het, maar zien we het ook echt terug in de aantallen? Dat zou iets anders weergeven. Ik bedoel meer de letterlijke aantallen mensen.

De heer **Van Dissel**:

Nou ja, omdat de oude groep wegvalt, krijg je dus dat de jongere groep in aantallen toeneemt. Dat bedoelde ik te zeggen. Verder vult de ic zich zoals die zich vult. Nog even voor de duidelijkheid: we hebben dit afgelopen keer ook in het OMT besproken. Daar zit natuurlijk ook de voorzitter van de ic-groep bij en die zei dat dat nog niet heel duidelijk zichtbaar was. Daar is vooralsnog geen duidelijke reflectie van te zien, maar dat kan natuurlijk ook te maken hebben met de selectie van mensen uit het ziekenhuis die al of niet naar de ic worden verwezen of voor wie zo'n verwijzing nodig is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Heerma van het CDA. Nee, een vraag van mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik moet zo naar de plenaire zaal voor iets anders en ik zou heel graag één vraag willen stellen. Kan dat?

De **voorzitter**:

Dat vindt meneer Heerma helemaal goed. Mevrouw Westerveld van GroenLinks.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Dat is heel fijn, dank u wel voorzitter en dank u wel meneer Heerma. Ik heb een vraag over het voorstel voor tijdelijke testbewijzen. Dat is afgelopen week naar de Kamer gestuurd. Dat behandelen wij volgende week en daar wordt een eigen bijdrage tot maximaal € 7,50 gevraagd voor een testbewijs. Ik vroeg mij af of dit in het RIVM is besproken en of dat volgens jullie ook wat doet met de participatiegraad voor het testen.

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat is niet besproken. Dat lijkt me typisch een beleidsaspect. Als daarvan effecten uitgaan, zullen we die daarna natuurlijk oppikken,

waarna we dat terug kunnen rapporteren. Wat we kunnen verwachten, weet ik eerlijk gezegd niet. Dat zal allemaal afhangen van hoeveel, waarom en in welke situatie. Maar er wordt natuurlijk wel onderzoek gedaan, wat ook steeds wordt herhaald, bijvoorbeeld naar testbereidheid. Daarin zou het zich dan moeten uiten.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Heerma van het CDA.

De heer Pieter Heerma (CDA):

Mijn eerste vraag komt erg in de buurt van de vraag die mevrouw Van Esch heeft gesteld, en zit in ieder geval in dezelfde hoek. Misschien heeft de heer Van Dissel in zijn antwoord op haar vraag al een deel van het antwoord op mijn vraag gegeven. Maar toch: het gaat over die incidenties per regio. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat de incidenties in bepaalde regio's structureel hoger hebben gelegen. Zuid-Holland Zuid is genoemd, maar je ziet het ook in Brabant en in Noord-Limburg. Je zou – dat heeft deels te maken met vaccineren, maar ook, zoals de heer Van Dissel al aangaf in antwoord op de verduidelijkende vraag van de heer Kwint, met de kans dat het virus tegen iemand aanbotst die al besmet geweest is – kunnen verwachten dat op de plekken waar de incidentie structureel hoog is, deze lager wordt, gegeven het feit dat we in een nieuwe fase zitten. Waarom is dat beeld er toch niet? Heeft dat ermee te maken dat het verschil in antistoffen veel groter is dan de heer Van Dissel aannam? Wat zou daarvoor een verklaring kunnen zijn?

De heer Van Dissel:

Wat er natuurlijk ook doorheen speelt, is wat ons eindpunt hierin is. Er zijn drie belangrijke factoren geweest waarop het beleid steeds gebaseerd was. Bescherm de kwetsbaren. Dat lijkt met het vaccineren van de ouderen en de duidelijke effecten daarvan op de verpleeghuizen en de afname in de sterfte gelukkig zijn vruchten af te werpen. Een tweede was het voorkomen van de belasting van de zorg, die we natuurlijk toch vaak op de ic's hebben geconcentreerd, maar zeker ook de ziekenhuizen zelf betroffen. Maar dat zijn natuurlijk al mensen die naar de zorg gaan. We hebben het aantal meldingen uit de bevolking nooit als eindpunt gehad, maar veel meer als indicator. Het zou best kunnen dat daar uw punt zich wel manifesteert. Maar omdat de meeste infecties nu niet in leeftijden zijn waarin gevaccineerd wordt, is de vraag of je dat wel zo duidelijk terugziet. Dat is toch een complex gebeuren, wat erg afhangt van waar je precies naar kijkt. We kijken toch vooral naar ic's en indirect de ziekenhuisopnames.

De heer Pieter Heerma (CDA):

Helder, dank. Volgens mij geldt bij corona vaak dat het antwoord op een vraag is dat het iets complexer is dan het lijkt. Daar hebben we het afgelopen jaar al vaker mee te maken gehad. Dat geldt misschien ook voor mijn tweede vraag. In de aanname dat we die nieuwe fase ingaan, dat steeds meer mensen gevaccineerd worden, wordt in de versoepelingsscenario's – eind april, begin mei of half mei – een duidelijk verschil zichtbaar in de steilheid waarmee de curve afneemt. Tegelijkertijd is er geen enkel verschil op de hoogte van de piek, niet in de mediaan, maar ook niet in het meest negatieve scenario. Uit het verhaal en de toelichting daarop zou je denken dat een verminderd effect op de piek zichtbaar zou moeten zijn, maar niet totaal geen verschil. Kan de heer Van Dissel verklaren waarom in het model het moment van versoepelen geen enkel verschil uitmaakt in de piek, zowel niet in een mediane situatie als in het meest negatieve scenario?

De heer Van Dissel:

De verklaring kan eigenlijk alleen maar zijn dat we daar in wezen overheen zijn. Als je pas op 17 mei zou versoepelen, dan zit je voor een deel al in de daling. Als je dan nog effect wilt zien ten opzichte van niks doen of eerder die versoepelingen, kan zich dat alleen maar uiten tegen juni/juli, want dan werkt pas door wat je versoepeld hebt. Eerst zijn er versoepelingen, dan pas zijn er misschien meer contacten en besmettingen, en voordat ze ziek worden, ben je een paar dagen verder voordat ze eventueel naar het ziekenhuis gaan. Je wilt op een moment starten waarvan je zeker weet dat je dalend bent. Daar hebben we het over gehad: hoe zeker wil je dat weten? Het OMT adviseert: wacht totdat je dat weet, want dan geeft dat een boel zekerheid verder dat je inderdaad daalt. Daarna de versoepelingen starten heeft op z'n vroegst pas zijn effect na een dag of tien. Daarvoor kan het nooit effect hebben. Vandaar dat je wat betreft de mate van daling eigenlijk maar weinig differentiatie ziet, tenzij je een stuk langer wacht. We denken dus dat we over de piek heen zijn. Daar komt het gewoon op neer.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer van Baarle van DENK.

De heer Van Baarle (DENK):

Het kabinet heeft besloten om vanaf 28 april de terrassen in beperkte mate te openen, van 12.00 uur 's middags tot 18.00 uur 's avonds. We weten uit vele wetenschappelijke studies dat besmettingen met corona in de buitenlucht veel minder plaatsvinden. Als we toch besluiten om de terrassen op 28 april beperkt te openen, wat zou de heer Van Dissel dan kunnen zeggen over een besluit om ze gewoon helemaal vrij te geven qua tijd? Is dat effect groot? Is dat effect op de besmettingen volgens de heer Van Dissel klein? Deelt de heer Van Dissel in ieder geval mijn inzicht dat de besmettingen in de buitenlucht dusdanig klein zijn en de maatregelen die op de terrassen genomen worden zo goed zijn dat we zouden kunnen zeggen: gooi ze dan maar gewoon helemaal open?

De voorzitter:

Dat was eigenlijk de vraag die ik ook wilde stellen. Daarbij kan nog worden opgeteld dat de bezoeksregeling wordt uitgebreid naar twee. Het is vervolgens heel verleidelijk om met z'n allen binnen te gaan zitten, als je buiten een plekje op het terras moet reserveren en er beperkte openingstijden zijn, met alle reutemeteut die erbij komt kijken. Ik sluit me dus aan bij de vraag van meneer Van Baarle.

De heer Van Dissel:

De exacte uitvoering is uiteindelijk door het beleid gekozen. Daar zult u die vraag moeten neerleggen. De contacten zullen zeker toenemen; dat kan niet anders. Contacten hebben, als ze toenemen, altijd een kans op overdracht. Die kans kan klein zijn en die kans kan groter zijn. Die hangt vooral af van het aantal contacten. Nou, dat neemt ongetwijfeld toe; dat kan gewoon niet anders. Verder noem ik de duur en de intensiteit. Dat zijn de verschillende factoren. Wat we willen bereiken met alle generieke maatregelen die we verzinnen om bijvoorbeeld ook het openen van de terrassen relatief veiliger te maken, bijvoorbeeld via kuchschermen en afscheidingen tussen tafels en de hoeveelheid ruimte daartussen, is niet om contacten te voorkomen, want dat gebeurt dan al, maar om de intensiteit ervan te voorkomen. De duur heeft u natuurlijk deels zelf in de hand, maar het is wel een factor die zich relateert aan hoelang je ze eventueel opent. Uiteindelijk zijn die besluiten natuurlijk deels arbitrair en worden ze ongetwijfeld in de hele bundel van versoepelingen met elkaar gewogen. Ik denk dat dat een beetje het antwoord is. Natuurlijk is het zo dat je in de buitenlucht meer kans op vervlieging hebt. We weten ook – daar hebben we het de vorige keer over gehad – wat de relatieve kansen

zijn. Ook daar ontbreken overigens wel goede onderzoeken. Maar die geven aan dat de kans buiten lager ligt dan binnen. Ik denk dat iedereen het daarover eens is. Maar vervolgens blijft toch staan dat alles afhangt van contacten. Het enige wat absoluut helpt tegen covidverspreiding is een lockdown waarbij er geen contacten zijn. Dat is recent gedemonstreerd in Ierland, in Portugal en in Engeland. Als je dat streng doorvoert, heb je effect. Al het andere is altijd relatief, waarbij je de juiste maat moet proberen te vinden. Ik begrijp dit besluit, want het is uiteindelijk altijd minder contacten maal intensiteit maal duur dan wanneer je dat breder zou kiezen, omdat het in de hele bundel gewogen wordt. In een heleboel dingen heeft u gelijk; dat is zo, maar uiteindelijk gaat het erom dat het aantal contacten bepalend is. De kans mag klein zijn, maar als je breed de gelegenheid schept, zal dat altijd leiden tot extra infecties. Rond terrassen gebeurt natuurlijk meer: je moet ernaartoe, je moet naar het toilet en je hebt interacties. Dat geeft toch dat we de effecten hebben gezien toen de horeca gesloten werd. We hebben natuurlijk ook de inventarisatie gezien van het aandeel dat ze destijds hadden in bijvoorbeeld de tweede golf, maar ik verwijs ook naar de clustergrootte. De clustergrootte rond de horeca was altijd vele malen groter dan die in andere situaties was. Uiteindelijk is dit toch een beoordeling van al die aspecten.

De voorzitter:

Maar dan was het wel altijd binnen. Het gaat nu om buiten, op de terrassen.

De heer Van Dissel:

Ik weet niet of je dat zo stellig kan onderscheiden. Maar binnen zullen er altijd meer risico's zijn dan buiten; dat is logisch.

De heer Van Baarle (DENK):

Op één element van mijn eerste vraag kwam nog geen duidelijk antwoord, en ik heb nog een tweede vraag. Ik vroeg heel nadrukkelijk: als de terrassen in uren breder, langer open zouden gaan, zou de heer Van Dissel dan een kwalificatie kunnen geven van het aantal besmettingen, van de extra transmissie? Is het effect daarvan groot of klein?

Mijn tweede vraag is de volgende. Ik heb een zeer recente studie voor me uit Duitsland, een studie van zestien gebieden in Duitsland waar de avondklok is ingevoerd, waaruit blijkt dat er geen empirisch bewijs is dat die avondklok ook maar enig effect heeft. Daar zijn meer studies van. Waarom is er al die tijd geadviseerd om te wachten met versoepelen en is vastgehouden aan die avondklok, terwijl er geen bewijs voor is en terwijl die avondklok de bevolking zo enorm, enorm pijn doet?

De heer Van Dissel:

Om met het laatste te beginnen: er zijn ongetwijfeld studies die verschillen in effect. Maar ik heb u hier ook twee meta-analyses laten zien uit bepaald niet de minste bladen, zoals Science. Die tonen gewoon evident een effect daarvan. Natuurlijk, afhankelijk van de situatie, of je het ruraal meet of in stedelijk gebied, kunnen er verschillende effecten zijn. Maar de overallopinie binnen de wetenschappelijke wereld is gewoon dat er een effect is. Ik heb gezegd dat dat in al die studies ergens tussen de 8% en 13% werd gedefinieerd. Natuurlijk kan iemand op de proppen komen met een studie door te zeggen dat er geen effect is, maar dat is gewoon niet hoe de wetenschap werkt. Je kijkt naar alle studies die er zijn, je kijkt naar de methodologie, je kijkt of de vraagstelling überhaupt wel kan worden beantwoord in de studies. Ik ken uw studie niet, maar ik weet wel dat het in Nature Human Behaviour goed is geanalyseerd, en daar komt gewoon een effect uit.

Wat betreft het tweede: acht ik het effect hoog of laag? Ik acht het effect laten we maar zeggen intermediair. We weten het gewoon niet met

zekerheid. Ik weet ook niet wat uw definitie van «hoog» en «laag» is. Het aantal contacten is bepalend. Dat aantal neemt gewoon toe, net als de gang erheen en het aantal wisselingen. Dat heeft gewoon tot gevolg dat er meer infecties zullen zijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we naar mevrouw De Vries van de VVD.

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

Om door te gaan op het laatste punt, van de terrassen. Ik begrijp goed dat de heer Van Dissel zegt: het probleem zit in de extra bewegingen en de extra contacten. De vraag is wel of het automatisch zo is dat er extra bewegingen plaatsvinden. Of is dat er het gevolg van dat iemand een boswandeling maakt, langs een terras komt en daar gaat zitten? Is daar ook onderzoek naar gedaan? Zijn er data beschikbaar over wat het aan extra bewegingen en extra contacten met zich meebrengt, in plaats van dat de bewegingen toch al zouden plaatsvinden op dat moment?

De heer Van Dissel:

Ja, dat vindt u onder andere terug in de toegevoegde presentatie. Daar ziet u ook het aantal contacten naar bijvoorbeeld restaurants. Laten we gewoon helder zijn: er zijn tussen de 13.000 en 20.000 terrassen in Nederland, waar per terras 50 personen misschien meerdere keren in de toegestane tijd zitten. Dat levert gewoon extra contacten op. Natuurlijk proberen we dat met maatregelen weer omlaag te brengen, zodat dat anders en veiliger gebeurt dan misschien in de eerste fase van de uitbraak. Maar het levert gewoon contacten op, en contacten hebben altijd een risico. Die risico's kunnen alleen hoog en laag zijn, afhankelijk van duur en intensiteit. Hoe dat uiteindelijk uitpakt, zullen we moeten bepalen. Maar we hebben in de tweede golf daarover het nodige geleerd. Dan zien we dat een bepaald percentage van de besmettingen daarop terug te voeren is. Bovendien viel op dat de clusters daar, ten opzichte van andere clusters, relatief groot waren. Dat maakt dat er gewoon een rol wordt toegekend aan terrassen en aan horeca, net zo goed als dat overigens ook voor andere situaties geldt. Daar wordt mee gerekend en daar wordt in deze versoepelingen op teruggedraaid. Maar het zal altijd leiden tot wat meer contacten.

De voorzitter:

Mevrouw De Vries, uw tweede vraag.

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

Mijn tweede vraag gaat over een ander onderwerp, waarover de heer Paternotte het daarstraks ook al even had: als iemand gevaccineerd is, hoe besmettelijk kan hij dan nog zijn? We hebben een heleboel vraagstukken voorliggen, en een wet over testbewijzen. Kun je dat gelijkstellen aan vaccinatie? Er wordt de hele tijd gezegd: er moet eerst meer onderzoek zijn naar of je, als je gevaccineerd bent, nog besmettelijk bent. Gebeurt dat onderzoek op dit moment al? Gebeurt dat in het buitenland? Doen we dat in Nederland? Wanneer kan dat klaar zijn? Ik denk dat het voor mensen heel frustrerend zal zijn als ze gevaccineerd zijn en vervolgens overal ook nog weer getest zouden moeten worden. Kan de heer Van Dissel daar iets meer over zeggen?

De heer Van Dissel:

Het is een relevante vraag. Als we kijken naar de evidence daarvan, dan kan het bijna niet anders dan dat vaccinatie waarmee we evident infecties voorkomen, ook een deel van de besmettelijkheid voorkomt. Maar ik schets u de situatie als een voorbeeld. Stel dat je met een groep in een bus, vliegtuig, trein of een andere ruimte stapt en een deel van de mensen

wel en een deel niet is gevaccineerd. Stel dat de mensen die niet gevaccineerd zijn een toegangstest hebben gehad en op dat moment negatief zijn. De mensen die gevaccineerd zijn hebben die test niet gehad. Daar zitten dan misschien toch een aantal personen tussen die het op dat moment in de keel hebben. Daar kun je potentieel verspreiding van krijgen naar de groep die nog niet gevaccineerd is maar die bij de ingang negatief getest is. Als je diegenen mengt met de gevaccineerde groep die het misschien toch in de keel heeft, geeft dat natuurlijk een zeker risico. Dat willen we kwantificeren en daar willen we meer informatie over hebben. Dat is van belang voor de vraag die u stelt: wanneer kan je groepen bij elkaar brengen zonder dat er toch risico is op overdracht van het virus? Dat laatste weten we domweg nog niet. Er zijn nog geen studies die toestaan te concluderen of men bijvoorbeeld nooit meer het virus in de keel draagt. Dat het aantal infecties minder is en je dus ook minder vaak het virus in de keel zult hebben, geloof ik. Dat is ook wel gebleken uit onderzoek. Maar dat is dus nog niet hetzelfde als de situatie die ik u schetste als voorbeeld. Daarover wil je juist wel geïnformeerd zijn, want je wilt weten wat de betekenis is van vaccinatie voor de doorgifte aan anderen, die misschien nog niet zijn gevaccineerd.

De voorzitter:

Mevrouw De Vries, heel kort.

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

Wanneer kunnen we daar wel duidelijkheid over hebben? Ik denk dat het ook van de hoeveelheid gevaccineerde mensen kan afhangen. Als je 60%, 70% gevaccineerd hebt, is het risico misschien wel klein. Wanneer kunnen we daar duidelijkheid over geven, zodat we daar ook stappen in kunnen zetten?

De heer Van Dissel:

Eenzijds blijkt dat uit de juistheid van bijvoorbeeld de voorspellingen, want die gaan daarvan uit. Anderzijds wordt er steeds meer onderzoek naar gedaan. Het gaat bijvoorbeeld ook duidelijk worden uit de situatie in Engeland, dat vooroploopt in het percentage dat gevaccineerd is en waar je dus als het ware zo'n potentieel gebeuren hoopt op te pikken, zodat je daar wat van leert. Maar ik denk niet dat we daar honderd procent gerust op moeten zijn. We hebben bijvoorbeeld wel een studie uit Denemarken. Daar heeft men, weliswaar niet onder gevaccineerden, uiteindelijk iets proberen te zeggen over de aanwezigheid van het virus in de keel van personen die de infectie hebben doorgemaakt. Dat lijkt een min of meer vergelijkbare situatie te zijn. De conclusie, die u kunt terugvinden in The Lancet van ik geloof drie weken geleden, was dat weliswaar de kans erop geringer was, maar zeker niet nul. Dat geeft meteen een beetje het probleem weer. Je moet het gewoon exact weten, of je moet iedereen gevaccineerd hebben. Maar we moeten er nog niet over speculeren. Dat soort onderzoek vindt plaats. Het is een belangrijke vraag; iedereen vindt die vraag belangrijk. U kunt er zeker op korte termijn meer data over verwachten, verwacht ik.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Van der Staaij.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dank aan de heer Van Dissel voor de presentatie. Mijn vraag gaat over immuniteit. De aanname bij de prognoses voor de korte termijn is: immuniteit levenslang en ook gericht tegen virusvarianten. Dat komt behoorlijk optimistisch over. Welk onderzoek ligt daaraan ten grondslag? Betekent het feit dat deze aanname gekozen is ook dat het op dit moment het meest aannemelijk is? Of ligt dat genuanceerder?

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid: met «levenslang» bedoel ik alleen maar «tot dit moment», terwijl iemand misschien ook al bijna een jaar geleden geïnfecteerd is geweest. Dat heb ik voor nu uit praktisch oogpunt zo aangegeven. Daar zijn wel onderliggende data over, onder andere weer uit Engeland, waar een groot onderzoek is gedaan onder verpleegkundigen en artsen, die lang zijn gevolgd. Men wist dat een deel van hen het eerder gehad heeft en heeft gekeken of ze het opnieuw kregen, ook het variantvirus. Daar kwam een gunstig beeld uit naar voren. De bescherming was zeker geen 100%, maar de vraag is ook of je 100% bescherming wil hebben tegen bijvoorbeeld een relatief mild ziektebeeld. Als het voorkomt dat je naar het ziekenhuis hoeft of zeker voorkomt dat je naar de ic zou moeten, geeft dat natuurlijk al belangrijke winst. Maar de eerste gegevens over iemand met een doorgemaakte infectie zou ik als relatief gunstig willen omschrijven, want daar ging gewoon een beschermend effect van uit in die studie.

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

Mijn tweede vraag borduurt daarop voort. Als het een relatief gunstig beeld oplevert, om de woorden van de heer Van Dissel letterlijk te herhalen, en we tegelijkertijd zien dat met alle maatregelen de bescherming van de kwetsbaren steeds meer vorm krijgt en overbelasting van de zorg steeds meer voorkomen wordt, wordt het steeds lastiger om de vrijheidsbeperkende maatregelen nog gerechtvaardigd te achten. Hoe ziet de heer Van Dissel, als we kijken naar het beeld voor de langere termijn, bijvoorbeeld de noodzaak van strikte quarantaine voor mensen die geen klachten hebben? In hoeverre en hoelang is dat nog in die constellatie van feiten gerechtvaardigd?

De heer **Van Dissel**:

Dit is natuurlijk typisch de vraag die voorligt als we stap 1 genomen hebben. U herkent in het plan van het ministerie vier stappen, en dan nog een stap na de zomervakantie. We hebben nu het effect van stap 1 doorgerekend. Het volgende punt zal zijn om stap 2 door te rekenen. Zo wordt gekeken naar het langeretermijnbeeld, mits we erin slagen om de vaccinaties voldoende naar Nederland te krijgen en te geven, want dat speelt daar natuurlijk een heel belangrijke rol in. Naarmate je daarin vordert en een groter percentage wat dat betreft beschermd is, kun je steeds verder gaan met de versoepelingen. Dat is het beeld dat voorligt en dat we stapsgewijs zullen doorrekenen naarmate we zien – dat wordt ook door het Ministerie van ons gevraagd – dat het beter gaat en dat inderdaad de druk op de zorg minder wordt.

Ik wil over het laatste nog wel iets zeggen. We maken ons natuurlijk zorgen over de zorg. Die is momenteel met ruim 800 ic-opnames hoog belast. Het is een groep die zich al meer dan een jaar helemaal in het rond werkt, met daardoor ook uitval, wat heel begrijpelijk is. Ik wil ook benadrukken dat de zorg nog niet kan geschieden zonder dat er afbouw is in het reguliere operatieprogramma. We horen van Ernst Kuipers dat er toch nog zo'n tussen de 25% en 30% wordt afgebouwd. Met andere woorden, op dit moment interfereren we nog op de reguliere zorg, wat je toch eerst ook helemaal gelijk wil trekken. We zijn er dus nog niet. Dat wil ik ook meegeven. Het is dus gewoon een zorgvuldig proces om te kijken wat er kan. Je wilt de zorg toch weer verder ontlasten. Dan zullen volgende stappen volgen, want die verwacht je natuurlijk wel naarmate vaccinatie-effecten doorzetten.

De **voorzitter**:

Meneer Kwint.

De heer **Kwint** (SP):

Mijn vraag gaat over de relatie tussen versoepelingen en de impact op besmettingen. Uw mening hoef ik daar niet over te vragen, want die heeft u duidelijk gegeven en ook nog in een «notabeneblokje» bij de prognose gezet: wacht nou met versoepelen tot die daling evident is. Maar in alle modellen over ziekenhuisbezetting zit een hele hoge piek boven de prognose. U noemde die net geloof ik «de hobbel». Wat is daarin de grootste factor? We hopen natuurlijk niet dat er iets fout gaat, maar wat veroorzaakt de grootste stijging in die hobbel? Want als ik het goed begrijp, staat «boven in de hobbel» gewoon gelijk aan «code zwart». Zoveel speelruimte hebben we niet meer in het ziekenhuis.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat u dat juist ziet. Laat ik een voorbeeld geven. Stel dat het effect van winter versus zomer toch minder is dan geschat. Er wordt nu iets geschat van +15% of -15%, maar stel dat dat toch aanmerkelijk minder zou zijn. Dan kan je dus verwachten dat die prognose in het ongunstigere deel valt, en dan valt het dus hoger uit. Maar dat kan natuurlijk ook een aanname zijn. Stel dat én het seizoenseffect anders is én bijvoorbeeld het effect van vaccineren op de overdracht minder is. Dan kom je weer hoger uit. Zo worden die curves opgebouwd.

Wat geeft dan de meest belabberde prognose, als we dat zo mogen noemen? Dat is natuurlijk toch indien een aantal van de factoren die ik u genoemd heb en die nu met de schakelaar allemaal in de gunstige richting staan, om wat voor reden dan ook minder gunstig uitpakken.

De heer **Kwint** (SP):

Dank u wel. Ik bedoelde eigenlijk meer: welke van de versoepelingen zouden het grootste effect hebben op het dempen van de bezetting? Kun je dat uitsplitsen? Is dat mogelijk?

De heer **Van Dissel**:

Dat ligt, denk ik, ingewikkeld. Eerder ging dat makkelijker, maar we zien dat naarmate er meer effect van immuniteit doorheen gaat spelen, het toch wat moeilijker te voorspellen wordt, omdat de effecten überhaupt wat afnemen. We hebben heel vaak, niet alleen in Nederland maar in een heleboel andere landen ook, al die maatregelen in bundels ingevoerd. Dat maakt het eigenlijk per definitie onmogelijk om ze helemaal apart te beschouwen. In het artikel uit Nature Human Behaviour dat ik net aanhaalde, is daartoe een poging gedaan. Omdat niet alle landen exact dezelfde volgorde aanhouden, kun je soms toch de effecten nog wat uit elkaar halen. Maar ik denk dat we dat in Nederland eigenlijk niet kunnen doen.

De **voorzitter**:

Hierover? Heel kort dan.

De heer **Kwint** (SP):

Ik dacht dat ik nog een vraag had, voorzitter, want de vraag zojuist was alleen maar ter verduidelijking, omdat ik het antwoord nog niet helemaal begreep.

De **voorzitter**:

Dan heb ik misgerekend. Dat spijt me.

De heer **Kwint** (SP):

Of ik heb zelf een heel ruime opvatting van wat een vraag is. Dat is ook goed mogelijk, voorzitter.

Mijn tweede vraag is een vervolg op wat mevrouw Van Esch zojuist aanstipte, namelijk het aantal jongeren op de ic. Dat neemt niet alleen procentueel toe – dat is logisch – maar ook in absolute zin. Betekent dit

dan dat in een eerdere piek jongeren met ernstige verschijnselen puur vanwege de capaciteit niet werden doorgestuurd naar de ic, omdat die ic vol lag met oudere mensen? Of betekent dit dan dat jongeren nu vaker maar dus ook ernstiger ziek worden dan eerder? Of zie ik een derde optie over het hoofd?

De heer **Van Dissel**:

Op zich is de redenatie juist. Alleen gaat het er, denken wij, met name om dat als onder jongerengroepen veel meer infecties optreden ... Er komt altijd een percentage naar het ziekenhuis toe en uiteindelijk ook naar de ic. Dat zien we ook tijdens een influenza-uitbraak. Als er meer rondgaat, verwacht je uiteindelijk ook meer problematiek daaruit. Dat is vooral wat we zien, denk ik, naast de selectie omdat de ouderen niet meer komen. Maar het is niet zozeer dat er nu veel meer gaan, denk ik. Met het variantvirus zal het ietsje hoger liggen, omdat daar iets meer ziekenhuisopnames aan gekoppeld zijn. Zoals ik bij de aannames heb laten zien, wordt daar ook rekening mee gehouden in de modellering. Maar dit is nog een relatief gering effect.

De **voorzitter**:

Mevrouw Pouw-Verweij van JA21.

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

Dank u, voorzitter, en dank u, meneer Van Dissel, voor de duidelijke presentatie. Ik wil nog even aanhaken bij het stuk over de uitval die we zien in de zorg. Met name bij ic-verpleegkundigen zien we veel meer verzuim. Ik denk dat dit deels komt door overbelasting, door hoe zwaar het is geweest, maar ik hoor ook veel verhalen dat mensen regelmatig een dag vrij moeten nemen omdat ze bijvoorbeeld verkouden zijn of hoesten, en zich dus moeten laten testen en dan op de testuitslag moeten wachten. We hebben nu de meevaller gehad met het Janssensvaccin. Ontzettend fijn. Verwacht u dat daardoor meer ruimte gaat komen naarmate de vaccinatiegraad gaat toenemen ook onder de zorgverleners?

De heer **Van Dissel**:

Jazeker, daar waar uitval geschiedt door covid. Maar u geeft zelf al aan dat covid lang niet alle uitval verklaart. Dat betekent dus ook – maar nogmaals, dat is niet is waarvoor het RIVM aan de lat staat – dat ziekenhuizen veel actie zullen moeten ondernemen om te proberen om dat verzuim zo laag mogelijk te krijgen. Je kan natuurlijk ook door een andere reden klachten hebben. Dat wil je dan natuurlijk ook weten, want dat kun je ook verspreiden. Maar daarover geeft over het algemeen de test binnen een dag uitslag, dus dat zou niet een belangrijke oorzaak van het oponthoud moeten zijn. Ik denk dat met name de continue belasting in het afgelopen jaar, weinig vakanties en lange shifts moeten draaien, heel begrijpelijk z'n weerslag heeft.

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

Dan heb ik nog een vraag over het advies om te wachten totdat het zevendaags gemiddelde 10% gedaald is. U zegt daarbij dat u verwacht dat dit rond 1 mei gerealiseerd zal zijn. Misschien heb ik het gemist hoor, maar is uw advies om te wachten tot ongeveer 1 mei met het aankondigen van versoepelingen, of om dan daadwerkelijk de versoepelingen te laten plaatsvinden? Want afhankelijk van het verschil tussen die twee zitten we er of een paar dagen vanaf of wat meer.

De heer **Van Dissel**:

Een prima punt: het invoeren. Het is verder niet iets waar ik me mee bezig hoeft te houden, maar we begrijpen natuurlijk meteen dat dit ingewikkeld ligt, want je moet natuurlijk dingen voorbereiden. Maar wij denken dat

zodra je die 10% hebt gezien, de versoepelingen bij wijze van spreken de dag daarna kunnen ingaan. Het gaat dus om het ingaan per die datum.

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

Eén verduidelijkende vraag. Dus eigenlijk is de ruimte tussen 28 april en de datum waarvan u zegt te verwachten dat het veilig zou kunnen, maar een paar dagen?

De heer **Van Dissel**:

Die is heel klein, denk ik: 28 april tot 1 mei. Maar ik moet eraan toevoegen dat die datum van 1 mei een verwachting is. En het gaat er juist om of die verwachting gehaald wordt. Dan is dat het verschil. Maar het zou theoretisch zelfs nog eerder kunnen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van der Plas van de BoerBurgerBeweging.

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

Dank u wel, voorzitter, en dank, meneer Van Dissel, voor uw presentatie. Ik wil graag wat weten over die fieldlabevenementen. Dat van Koningsdag is inmiddels afgelast. Maar ik vraag mij af wat de onderbouwing is van het toelaten van een x-aantal mensen. De samenvattende vraag is of daar gedegen onderzoeksplannen aan ten grondslag liggen. Wat wordt er dan gevraagd? Ik heb eigenlijk alleen gelezen dat er wordt gekeken naar het gedrag, maar ik zou graag willen weten wat er precies wordt onderzocht en of wij die onderzoeksplannen ook kunnen krijgen, zodat, als er een uitslag is van zo'n fieldlabevenement, zo'n test, zo'n onderzoek, wij het rapport dat er uiteindelijk over uitkomt, kunnen toetsen aan de hand van vragen die we van tevoren hebben gekregen.

De heer **Van Dissel**:

Ja, daar liggen zeker plannen aan ten grondslag. Er worden ook modellen van overdracht getest, bijvoorbeeld in de situatie waarin er in theaters is getest. Daar is met videobeelden gekeken wie met wie contacten heeft en wie wel of niet het mondmasker ophoudt. Voor de duidelijkheid: dit zijn geen onderzoeken van het RIVM of het OMT. Of het beschikbaar komt, is niet aan mij. Maar de verwachting is, denk ik, dat dat zeker zal worden gepubliceerd. Er liggen ook onderliggende modellen van TNO, dus daar zult u dan naar moeten informeren.

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

In aanvulling op mijn eerste vraag: ik snap dat u daar niet over beslist. Maar u heeft als RIVM natuurlijk wel belang bij wat de uitslagen zijn. Dus ik neem aan dat u wel enige invloed kunt uitoefenen op het beschikbaar stellen van alle vragen. Kijk, dat de uitslag komt, is prima, maar ik wil eigenlijk graag van tevoren weten wat er exact wordt onderzocht en wat de onderbouwing is van dat x-aantal mensen, zodat als de uitslag er is, wij ook totale informatie hebben aan de hand van de vragen en het rapport met de uitslag dat dan verschijnt.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat u dat bij VWS of Economische Zaken kunt krijgen. Wij horen uiteraard een deel van de uitkomsten. Daar worden we in meegenomen, maar de typen liggen niet bij het OMT. Het is niet dat wij ... Er is enige betrokkenheid van sommige OMT-leden hierbij, om goede aansluiting te vinden, maar het is natuurlijk iets wat vanuit de testomgeving van VWS en EZK wordt geïnitieerd. Ik denk dat u daar met uw vragen terecht kunt.

De **voorzitter**:

Duidelijk? Wilt u hier nog een vraag over stellen?

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

Het is nog niet helemaal duidelijk. Ik vraag het inderdaad aan VWS, maar ik ga ervan uit dat mensen binnen het RIVM of het OMT betrokken zijn bij die vraagstelling.

De heer **Van Dissel**:

Ik vertelde u al dat er een aantal OMT-leden zijn – dat heeft u ook in de krant kunnen lezen – die meer betrokken zijn en die een soort trait-d’union vormen naar de fieldlabs. Maar het gebeuren sec is niet iets wat onder het OMT geschiedt.

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

Oké. Dan mijn tweede vraag. We hebben het steeds over die ic-bedden ...

De **voorzitter**:

Dit is uw vierde vraag, mevrouw Van der Plas. Heel kort.

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

Oké, de vierde. Excuses. Het is toch wel een belangrijke vraag die ik wil stellen. We hebben het steeds over het aantal ic-bedden. Maar ik heb eigenlijk helemaal geen beeld van hoeveel ic-bedden er vorig jaar om deze tijd waren en of dat aantal inmiddels is opgehoogd, dus wat het aantal bedden nu is.

De **voorzitter**:

Meneer Van Dissel. We zien hier verschillende berichten over in de krant. Wat is uw inschatting?

De heer **Van Dissel**:

Mijn inschatting is wat u op de voorlaatste dia heeft kunnen zien. Daar toon ik het.

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

Dan was mij dat even niet duidelijk.

De heer **Van Dissel**:

U vindt het antwoord op slide 27, aan de rechterzijde. U ziet daar twee kolommen. «Reguliere zorg & COVID-19» en «maximale uitbreiding & afschaling» staat erboven. Daarin staan de aantallen waarmee gerekend wordt en die ook de verschillen weergeven sedert de start van het SARS-CoV-2-virus. Daar ziet u de bedaantallen weergegeven.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik zie dat mevrouw Westerveld is teruggekeerd. Wilt u uw tweede vraag nog stellen?

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Nou, dan bestaat de kans dat ik een vraag ga herhalen die al gesteld is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik het voorzitterschap tijdelijk over aan mevrouw Kuiken, zodat ik nog een vraag kan stellen.

Voorzitter: Kuiken

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema van de PVV heeft een vraag. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb nog een vraag naar aanleiding van het openen van de terrassen en het grote verschil tussen binnen en buiten. De heer Van Dissel geeft aan dat conservatieve onderzoeken zeggen dat de kans op besmetting buiten 18,7 keer kleiner is dan de kans op besmetting binnen. We hebben er dan natuurlijk een belang bij dat we zo veel mogelijk mensen krijgen die buiten afspreken. Wat zie ik nu, in combinatie met de versoepelingen die de regering voorstelt? Thuis mogen we weer twee mensen ontvangen. Dus we gaan weer lekker kaarttafeltjes organiseren, we gaan onze vrienden en familie weer uitnodigen om te komen eten. En dat gaan we allemaal binnen doen. Daartegenover staat die bekrompen situatie rondom de terrassen. Die mogen maar van 12.00 uur tot 18.00 uur open, met placering en reservering, en ook maximaal twee mensen uit twee huishoudens. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is of het niet verstandiger zou zijn om de buitenlucht veel meer te gaan promoten en toegankelijker te gaan maken. Want corona houdt heel erg van gezinnen en feestjes en kaarten en binnen en etentjes. Moet er niet een tandje bij richting de regering, in de trant van: doe niet zo moeilijk met die terrassen, gooi ze open, want anders gaan mensen binnen afspreken?

De heer **Van Dissel**:

Ik weet niet precies wat de vraag is. Een heleboel van wat u zegt, is natuurlijk beleid. Twee dingen misschien. In de mobility data kunt u het gedrag lezen van de verschillende landen en de personen met betrekking tot naar parken en stranden toe trekken. Waar Nederland gemiddeld op de verschillende slides als heel mediocre in het midden hangt, zitten we hier helemaal bovenaan. Met andere woorden: tijdens het hele covidgedrag is Nederland er blijkbaar al redelijk op uitgetrokken wanneer je het vergelijkt met de andere landen. Ik denk dat dat heel erg goed is. Het besluit rond terrassen en restricties wordt echt vanuit beleid genomen. Wat betreft de advisering daarover heeft u een aantal punten genoemd waar wij het alleen maar mee eens zijn. We zijn het ermee eens dat buiten de risico's minder zijn dan binnen en dat je vervolgens door allerlei maatregelen die risico's deels kunt reguleren. Blijft het feit dat als je tussen de 15.000 en 20.000 terrassen opent met gemiddeld 50 mensen daarop, er altijd meer contacten, vluchtige contacten, passeercontacten, zullen zijn die een zeker risico in zich dragen. Verder lijkt het me helder wat betreft de verschillende referentiekaders: buiten, binnen, op afstand, met wie dan, het in ieder geval beperken tot een bubbel van twee huishoudens, registreren zodat je wat makkelijker geholpen wordt in je bron- en contactonderzoek. Dat zijn allemaal omstandigheden die de risico's die er zijn en die buiten minder zijn dan binnen, weer wat makkelijker te beheersen maken. In hoeverre je dat doet, is uiteindelijk toch een beleidsvraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel. Die zal natuurlijk altijd gebaseerd worden op uw inzichten en adviezen.

Ik heb nog een andere vraag. Gisteren lagen er 823 mensen op de intensive care. Daar moeten we nog zo'n 500 reguliere patiënten bij optellen. Dan zitten we dus op 1.323. Ziekenhuizen geven aan dat 1.700 niet gaat lukken, 1.500 misschien. We lopen op dit moment dus op een héél nauw paadje. Wat ik begrijp, is dat de mensen tussen de 60 jaar en 70 jaar met een medische aandoening, die vaak op de ic liggen, nu uitgenodigd worden en halverwege mei met de eerste prik gevaccineerd gaan worden en de mensen onder de 60 jaar met een medische aandoening ook het liefst in mei. Maar op sheet 10 zie ik dat het nog een heel aantal weken duurt voordat die vaccinatie goed is ingewerkt. Ik zou heel graag van u willen horen of dat héle kleine paadje waar we nu op lopen – een buffer van ongeveer 177 bedden – nog een risico is. Wat is het risico dat we nog voor ons hebben? Is het sein «brand meester»? Dat is de indruk

die ik krijg uit uw presentatie. Of lopen we nog steeds de kans dat het nog steeds ernstig mis kan gaan?

De heer **Van Dissel**:

Nee, ik heb niet het sein «brand meester» gegeven. Als we de verwachtingen modelleren, zien we een beeld dat op de langere termijn positief is. Maar wij als OMT hebben gezegd dat juist vanwege een aantal van de risico's die u noemde, je zeker wil weten dat je in het dalende been bent. Dat kunt u lezen. Dat is overigens iets wat ik de heer Rutte ook heb horen zeggen op de persconferentie. Uiteindelijk is het punt welk risico je daarmee wilt lopen. Als je uitgaat van een dalend been en je hebt dat ook daadwerkelijk gezien, kun je met meer stelligheid een aantal van de door u geschetste scenario's voorkomen, omdat je dan zeker weet dat je in een dalend been zit. Zoals u ziet, is daar nog enige onzekerheid over. Vandaar ons advies om het op die manier aan te pakken.

De **voorzitter**:

U krijgt het voorzitterschap weer terug, mevrouw Agema. Ik schat zo in dat u gaat afronden.

Voorzitter: Agema

De **voorzitter**:

Ja, tenzij er nog ergens een hele prangende vraag leeft waardoor we niet kunnen afronden. Dat is niet het geval. Dan ga ik deze technische briefing over een update van het coronavirus sluiten, maar niet voordat ik de heer Van Dissel heb bedankt voor zijn komst naar de Kamer en de beantwoording van de vragen. Ik dank de aanwezige leden voor hun vragen, en ik dank iedereen die ons op afstand heeft gevolgd en de ondersteuners in de zaal.

Het debat over het coronavirus staat nog steeds gepland voor vanmiddag 15.00 uur, maar we weten dat vanwege een heel spannende situatie in de Kamer de agenda nog kan veranderen. Maar vooralsnog is er vanmiddag om 15.00 een plenair coronadebat.

Ik dank u wel.

Sluiting 11.32 uur.