

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1387

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 27 juli 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 13 juli 2021 een gesprek gevoerd over **update coronavirus**.

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Agema
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn dertien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bikker, Van Esch, Gündoğan, Hijink, Kuiken, Van Meijeren, Paternotte, Van der Plas, Pouw-Verweij, Simons, Aukje de Vries en Westerveld,

alsmede mevrouw Timen.

Aanvang 12.30 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Ik open deze technische briefing, welke wordt georganiseerd door de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tijdens deze technische briefing zullen we ons laten bijpraten over de actuele stand van zaken met betrekking tot het coronavirus. Het Ministerie van VWS heeft mevrouw Timen afgevaardigd. Zij is het hoofd van het centrum Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding van het RIVM.

Ik heet mijn collega's van harte welkom. Afgelopen donderdag hebben we het licht uitgedaan, maar we zijn er weer, en niet zonder reden natuurlijk. Het aantal positieve testen loopt immers op. Daarom zijn we in groten getale aanwezig, niet alleen hier, maar ook digitaal. Eerst heet ik de collega's die fysiek aanwezig zijn welkom. Dat zijn mevrouw Kuiken namens de PvdA, meneer Paternotte namens D66, mevrouw Van der Plas namens de BoerBurgerBeweging, mevrouw De Vries namens de VVD en mevrouw Van den Berg namens het CDA. We hebben, zoals ik al zei, een hybride bijeenkomst. Op afstand zijn nog ingelogd mevrouw Gündoğan namens Volt, mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren en mevrouw Simons namens BIJ1. Wij verwachten nog mevrouw Pouw-Verweij van JA21 en meneer Van Haga van de Groep Van Haga. De heer Hijink luistert mee. Ik heet de mensen die op afstand met ons meeluisteren ook van harte welkom. Ik zie nog meneer Van Meijeren van Forum voor Democratie binnenlopen.

We hebben twee uur uitgetrokken voor deze technische briefing. Ik stel voor dat we in eerste instantie na de presentatie van mevrouw Timen de gelegenheid hebben om twee vragen te stellen. De presentatie van mevrouw Timen is te vinden op de website van de Tweede Kamer. Als eerste mag ik nu het woord geven voor haar presentatie aan mevrouw Timen.

Mevrouw Timen:

Goedemiddag. Dank u wel, voorzitter. Om te beginnen zal ik een update geven van de situatie met betrekking tot COVID-19 ten opzichte van vorige week. Een paar algemene opmerkingen. We zien een sterke stijging van het aantal meldingen, die zich vertaalt in een verzesvoudiging van het aantal nieuwe meldingen in de afgelopen week en een reproductiegetal van boven de 2. Ik zal er zo meteen op terugkomen in een van de volgende slides.

Ik wil ook de volgende dilemma's met u bespreken, die we al eerder hebben opgetekend. Die gaan om de immuniteit, de opbouw van immuniteit, de vaccinatiegraad en het seizoenseffect, nu en in het najaar. Ik wil het ook hebben over de deltavariant versus de vaccinatiegraad en de wedloop waarin deze twee, de opmars van de variant en de vaccinatiegraad, verwickeld zijn. Ook wil ik het hebben over de risico's van import van virusvarianten vanuit vakantiebestemmingen en de onzekerheden met betrekking tot ziekenhuisopnames op korte termijn, iets wat ons allemaal aangaat.

Qua kwetsbaarheden wil ik heel graag aantekenen dat de vaccinatiegraad een kwetsbaarheid is in de zin dat deze niet homogeen verspreid is door

heel Nederland, maar dat we dwars door de leeftijden en door regio's, gemeenten en buurten verschillen zien in de behaalde vaccinatiegraad. Ik wil het hebben over de duur van de immuniteit na vaccinatie of natuurlijke infectie en over het risico op verlies van immuniteit op den duur. Verder wil ik het hebben over de virusvarianten die ons misschien nog in de toekomst staan te wachten en het verschijnsel van immune escape, import van nieuwe virusvarianten vanuit het buitenland en de opvolging van de (basis)maatregelen na de versoepelingen.

Dat gezegd hebbende ga ik nu naar de volgende dia. Deze laat de ontwikkeling van de meldingen zien van de afgelopen tijd sinds 5 april, met in het geel de meldingen van de afgelopen week. Daar ziet u een aanzienlijke toename van welgeteld 576% ten opzichte van de week daarvoor en een toename van het aantal testen met 59% ten opzichte van de week daarvoor.

De volgende dia neemt u mee naar het landelijke beeld met betrekking tot de ontwikkeling van het percentage positieven in de teststraten. Ook daar ziet u dat het percentage positieven steil oploopt naar 13,2% positiviteit in de afgelopen zeven dagen. In de zeven dagen daarvoor was dat rond 4%. Vervolgens wil ik u meenemen naar het aantal testen naar leeftijd bij de GGD-testlocaties. U ziet hier het aantal testen met uitslagen gerapporteerd per 100.000 inwoners per kalenderweek in de periode 31 mei tot 11 juli. U ziet hier – u ziet dat meteen; ik heb het ook met rood aangegeven – dat het aantal testen met de uitslag per 100.000 inwoners, ofwel de testincidentie, enorm gestegen is in voornamelijk de leeftijdsgroepen 18 tot 24 en 25 tot 29. Maar over de hele linie, in alle leeftijdsgroepen, zien we een toename van de testincidentie. Die is het meest bescheiden bij de oudere leeftijdsgroepen.

Op de volgende slide zien we de ontwikkeling van de testpositiviteit naar leeftijd in de GGD-testlocaties. Het percentage positiviteit stijgt in alle leeftijdsgroepen, maar ook hier zien we een verschil tussen de adolescenten, de jongvolwassenen tussen de 18 en 24 jaar, waarvoor het allerhoogste percentage geldt, en de groep tussen 25 en 29 jaar. De grootste stijging is te zien in de leeftijdsgroep van 25 tot 29 jaar. We zien ook dat er een range is wat betreft het percentage positiviteit. Die range loopt uiteen van 2,4% in de leeftijdscategorie 70 tot 79 jaar, tot 25% in de leeftijdsgroep 18 tot 24 jaar. In die leeftijdsgroep is een op de vier positief. Dat gezegd hebbende wil ik doorgaan naar de volgende...

De **voorzitter**:

Meneer Paternotte heeft een verduidelijkende vraag.

De heer **Paternotte** (D66):

Die stelde ik vorige week ook aan de heer Van Dissel. Toen zagen we ook de trend dat er bij ouderen weer een kleine toename is in de stijging, ook ten opzichte van de mensen van middelbare leeftijd. Mijn vraag is: lijkt dat op het patroon in het Verenigd Koninkrijk? Wordt dat verklaard door doorbraakinfecties of door mensen die niet gevaccineerd zijn?

Mevrouw **Timen**:

Dank u wel voor de vraag. Ook hier kom ik op terug in de slides. Ik laat u zien wat de ontwikkeling is in de oudere leeftijdsgroepen.

Als we kijken naar het aantal meldingen naar leeftijd per 100.000 inwoners, oftewel de incidentie van meldingen in verschillende leeftijdsgroepen, dan zien we het beeld dat inmiddels vertrouwd raakt: de hoogste incidentie vinden we in de leeftijdsgroep 18 tot 24 jaar, gevolgd door de groep 25 tot 29 jaar en daarna de groep 13 tot 17 jaar. Ook hier zien we een range die uiteenloopt van 7,5 tot 1.731 per 100.000. Dat laatste geldt natuurlijk voor de leeftijdsgroep 18 tot 24 jaar.

Dan de absolute aantallen van de meldingen naar leeftijd. U ziet dat de toename in het aantal absolute meldingen voornamelijk toe te schrijven is

op het conto van de leeftijdsgroepen 18 tot 24 jaar en 25 tot 29 jaar. Er is een kleinere bijdrage van de aangrenzende leeftijdsgroepen. Deze absolute aantallen zijn miniem in de leeftijdsgroepen van ouderen. Dan het beeld per leeftijdsgroep, zoals u waarschijnlijk al vaker hebt gezien. U ziet een steile toename in de leeftijdsgroep 10 tot 19 jaar en 20 tot 29 jaar. Maar u ziet ook dat een kleine stijging zich aftekent in de leeftijdsgroepen 30 tot 39 jaar, 40 tot 49 jaar en 50 tot 59 jaar. Er is ook een beginnende stijging te zien in de groep 60 tot 69 jaar. Het zijn natuurlijk nog steeds kleine aantallen, maar de trend lijkt een stijging te laten zien. Dan de meldingen per veiligheidsregio. Op dit moment zijn de absolute koplopers wat betreft het aantal meldingen aan de GGD per veiligheidsregio de veiligheidsregio's Amsterdam-Amstelland, Groningen, Utrecht, Rotterdam-Rijnmond en Haaglanden. Dat zijn op dit moment de regio's waar de meeste meldingen worden geregistreerd door de GGD. Maar er zijn ook regio's waar het beeld wat rustiger is, zoals Flevoland, Zuid-Holland-Zuid en Zeeland. Kortom, het beeld verschilt per veiligheidsregio.

Dat ziet u ook op de volgende dia, waar u het aantal meldingen per 100.000 inwoners per veiligheidsregio ziet. Met andere woorden, de incidentie per veiligheidsregio. Ook daar ziet u een steile toename in de regio's die ik net genoemd heb, zoals Amsterdam-Amstelland, Groningen, Utrecht en Hollands-Midden. Kortom, hier ziet u het beeld van de verschillende regio's. Er zijn regio's met een hele grote toename en een hele hoge incidentie, en er zijn regio's waar het beeld iets rustiger is. Desalniettemin is er in alle regio's sprake van een toename van het aantal meldingen. Dat ziet u ook weergegeven per gemeente, in het plaatje rechts. De gemeenten die het donkerst kleuren zijn de gemeenten met de meeste meldingen per 100.000 inwoners in de afgelopen week. Voornamelijk de Randstand kleurt donker, maar ook een gebied in Noord-Nederland, rondom Groningen, en Twente.

Wat betekent dit eigenlijk voor ons vertrouwde beeld van het aantal meldingen per 100.000 inwoners per veiligheidsregio? Aan de linkerkant is het beeld van vorige week te zien: een nog een rustig beeld met een overall incidentie, een totaalincidentie voor heel Nederland van 40 per 100.000 per week. Dat verandert van kleur. U ziet dat verschillende regio's rood, donkerrood en zelfs donkerpaars kleuren. De absolute stijgers deze week zijn de regio's Amsterdam-Amstelland met een incidentie van 658 per 100.000 en Groningen met 517 per 100.000, gevolgd door de regio's Kennemerland, Hollands-Midden, Rotterdam-Rijnmond, Twente en Midden- en West-Brabant. U ziet ook dat op dit moment eigenlijk geen enkele regio zich in de situatie «waakzaam» bevindt en dat alleen Zeeland onder de 100 per 100.000 zit qua meldingen.

Dan kijken we naar de setting van besmettingen bij individuele meldingen. Deze is voor de afgelopen week bekend in 26,8% van de gevallen. U ziet een verandering in de trend die we kenden van de afgelopen maanden tot een jaar. De thuissituatie stond altijd op de eerste plaats, maar deze week zien we dat de thuissituatie eigenlijk is ingehaald door de horeca. Met andere woorden, meldingen waarbij de horeca als setting in meerdere gevallen wordt genoemd. Dat komt nu dus op het conto van de horeca, met 38,8%. Dat is een grote stijging ten aanzien van de weken ervoor. Op de tweede plek staan meldingen opgelopen in de thuissituatie, gevolgd door feesten, inclusief borrels, bruiloftsfeesten en verjaardagspartijen. De clusters die we zien zijn vooral gerelateerd aan feesten en partijen. Bezoek in de thuissituatie is goed voor een vierde plek, met 15%. De werksituatie blijft op 6,6%. Dat is op zich een constant percentage in de afgelopen weken. Oplopend is het aandeel van de studentenverenigingen: dat stijgt naar 4%. Het aantal infecties opgelopen tijdens reizen blijft ook rondom de 4% tot 5%. School en kinderopvang blijft op zich ook rustig.

De voorzitter:

Mevrouw Van der Plas wil graag een verduidelijkende vraag stellen.

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

Ik vraag me af waarom de thuissituatie drie keer apart wordt genoemd. Eerst heb je de eerste en dan de tweede – feest, zou je kunnen zeggen – en vervolgens bezoek in de thuissituatie. Als je die bij elkaar optelt, is de thuissituatie eigenlijk de grootste stijger: ver boven de horeca. Waarom is hiervoor gekozen? Ik snap dat niet helemaal.

Mevrouw **Timen**:

Dit is de manier waarop we dit al anderhalf jaar weergeven. De thuissituatie die u helemaal bovenaan ziet staan betekent: personen die eenzelfde huishouden delen. Zij zijn voortdurend als het ware blootgesteld aan een index. Dat is wat wij verstaan onder «thuissituatie». Wat betreft de andere situaties, dus feesten en partijen: die brengen wij onder in een andere categorie, omdat ze een totaal ander patroon van menging van mensen, van contacten inhouden. We maken dus een onderscheid tussen meldingen opgelopen in het huishouden en meldingen die gerelateerd zijn aan feesten en partijen in andere situaties die ook in de thuissituatie kunnen plaatsvinden.

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

Sorry, ik snap nog steeds niet hoe het zit. Ik begrijp niet waarom ervoor gekozen is om dat te onderscheiden. Dat is een thuissituatie. Als ik een buurman uitnodig voor een borrel, ...

De voorzitter:

We stellen nu verduidelijkende vragen en straks gaan we inhoudelijke vragen stellen. U heeft geen aanvulling daarop?

Mevrouw **Timen**:

Ik ga door en waarschijnlijk wordt het dan duidelijk. We zien dat het aandeel van reizen 4,3% is bij het totale aantal settings dat we hebben. Als we kijken waar voornamelijk besmettingen worden opgelopen, dan staan Spanje en Portugal helemaal bovenaan, gevolgd door België. Dat is ook weer een beeld dat zich de afgelopen paar weken ontwikkelde.

Dan wil ik u meenemen naar de resultaten van de GGD-teststraten, waarin ik het beeld laat zien van de mensen die zich in de teststraten laten testen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen mensen die een reisintentie hebben, dus mensen die op reis gaan en getest moeten worden voor de reis, en de rest van de mensen die zich laten testen in de teststraat. U ziet al vanaf begin juli de opkomst van het aandeel van mensen die zich voorafgaand aan een reis laten testen in de teststraat van de GGD. U ziet dat het percentage positiviteit bij mensen met een reisintentie – hier genoemd: reizigers – vele malen lager is dan het percentage positiviteit bij de overige mensen die zich in de teststraat laten testen. Het is 2% bij mensen met een reisintentie en bijna 16% bij mensen zonder reisintentie. Bij elkaar opgeteld komen we op een gemiddelde van 14%.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg, een verduidelijkende vraag.

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

Misschien lees ik het verkeerd, maar ik had die groene en die rode net andersom begrepen. Er is een percentage positief, niet-reiziger. Ik begreep dat dat de groene lijn is. Daar komt dan de blauwe lijn bovenop en dan heb je samen de rode lijn. Of moet ik het niet zo zien?

Mevrouw **Timen**:

Nee, rood is percentage positief niet-reizigers, dus mensen die naar de teststraat gaan omdat ze klachten hebben of omdat ze een positieve zelftest hebben en een confirmatie willen, dus alles behalve reizigers. Daar is het hoogste percentage en dat is rood. Blauw is het positieve percentage bij mensen die een reisintentie hebben, dus de reizigers. Dat zijn, als het goed is, in principe gezonde mensen zonder klachten, dus met een lage a-priori-kans op een infectie. Bij elkaar opgeteld komen we op een percentage voor allebei, in totaal ongeveer 14%.

De voorzitter:

Ik snap de onduidelijkheid voor mevrouw Van den Berg wel, want je verwacht dat de bovenste lijn opgeteld is, dus ik snap dat het onduidelijk is. Je zou denken dat je op die rode lijn uitkomt als je het allebei optelt.

Mevrouw Timen:

Het is het gemiddelde. Ze middelen elkaar uit.

De voorzitter:

Oké, duidelijk.

Mevrouw Timen:

Zoals ik al zei, komen er bij de GGD ook mensen die een positieve zelftest hebben in de thuissituatie en die een confirmatietest aanvragen bij de GGD. U ziet hier het oplopen van het percentage dat bevestigd wordt in de confirmatie als positieve test.

De voorzitter:

Zou ik hier een verduidelijkende vraag mogen stellen? Als je het optelt, hoeveel positieve testen heeft dit staatje dan opgeleverd, de afgelopen veertien dagen?

Mevrouw Timen:

Dat weet ik niet uit mijn hoofd, dat zou ik moeten optellen, maar je loopt de kans fouten te maken.

De voorzitter:

Is dat 3.000 per dag?

Mevrouw Timen:

Interessant is dat ongeveer een derde van de mensen die naar de teststraten gaan, een confirmatietest vraagt.

De voorzitter:

Ongeveer een derde? Oké, duidelijk.

De heer Van Meijeren (FVD):

Mag ik ook een vraag ter verduidelijking stellen? Begrijp ik het goed dat de termen meldingen en positieve tests door elkaar gebruikt worden, als synoniem, of is er toch een betekenisverschil?

Mevrouw Timen:

Als we refereren aan de resultaten in de teststraat, praten we inderdaad over positieve testen, en bij meldingen refereren we aan wat door de GGD aan het RIVM gemeld is in het kader van de meldingsplicht. Je zou verwachten dat het een-op-een correspondeert en dat hoort ook zo, maar afhankelijk van de meldingssnelheid of een eventuele vertraging kan een klein percentage afwijken. En nog iets: meldingen bij het RIVM komen binnen via de GGD'en, maar het kan zijn dat de testen niet in de teststraat hebben plaatsgevonden. Ook ziekenhuizen testen natuurlijk bij patiënten en soms worden ook werknemers getest, als dat nodig is. Er zijn dus

meerdere mogelijkheden om een melding van de GGD te krijgen die niet per se iemand betreft die getest is in de teststraat. Dat zijn dus de verschillen.

Dan naar het volgende punt. Wie laat een positieve zelftest in de thuissituatie confirmeren, dus herbevestigen? Dat zijn voornamelijk de jongere mensen, in de leeftijdscategorieën 11–20 en 21–30. Bij hen zien we de hoogste kans op confirmatie, dus een bevestiging van de positiviteit door de GGD.

Dan wil ik u meenemen naar weer een ander aspect van het testgebeuren, het testen voor toegang, inmiddels bekend. Ik denk dat professor Van Dissel vorige week ook dit plaatje heeft laten zien. U ziet hier de testen voor toegang van de afgelopen weken. U ziet hier in de afgelopen week een daling van het aantal uitgevoerde testen voor toegang in Nederland, met tegelijkertijd een stijging van het percentage positiviteit in de testen voor toegang, van 0,2% in de week hiervoor naar 2,2%. Deze stijging komt niet alleen op het conto van een dalend aantal mensen dat zich heeft laten testen bij het testen voor toegang. De stijging in het percentage positiviteit is hoger dan de daling in het aantal aangevraagde testen. Met andere woorden, ook bij de mensen die zich in het kader van testen voor toegang laten testen, lijkt COVID-19 meer voor te komen.

Dan wil ik u meenemen naar de vaccinatiestatus van positief geteste personen. Dat was ook een van de vragen die ik zojuist kreeg. Om te beginnen, om het even uit te leggen, ziet u rechtsboven de vaccinatiestatus op basis van de maand van de melding. Deze vaccinatiestatus per maand is onderverdeeld in «volledig gevaccineerd», wat mooi blauw is, «deels gevaccineerd», wat groen is, «geen vaccinatie», wat turquoise is, en «onbekend», wat paarsblauw is. U ziet ook dat bij een kwart van de recente meldingen, van de maand juli, de vaccinatiestatus nog niet bekend is bij het RIVM. Als we dat weghalen uit deze figuur, dus als we de onbekenden weglaten, en vervolgens kijken naar de maximalisatie van het percentage vaccinaties, volledig, deels of helemaal niks, dan ziet u dat naarmate het aandeel van de gevaccineerde personen in de bevolking oploopt, wat dus gestaag gebeurt, ook het aandeel van de gevaccineerde positief geteste personen oploopt. Dat is iets wat je natuurlijk kan verwachten. Tegelijkertijd zien we dat gevaccineerde personen een klein risico lopen om besmet en dus positief getest te worden ten opzichte van de deels gevaccineerden en zeker ten opzichte van de niet-gevaccineerden.

Dan ga ik met u naar het verhaal van de vaccineffectiviteit. Ook hierover zijn vragen gesteld. De figuren zijn dezelfde die u al kent. Ook de tekst aan de linkerkant, helemaal boven, kent u al van de vorige dia. Maar nu wil ik u laten zien wat er gebeurt bij verpleeghuisbewoners, die als eersten in Nederland ingeënt zijn. De situatie ten minste acht weken na de start van de vaccinatiecampagne laat een relatieve afname zien van 90% in het aantal positieve testen en van 83% in het aantal overlijdens in de categorie verpleeghuisbewoners. Dat is een fors effect van vaccinatie, acht weken na de start van de campagne.

We hebben de meest betrouwbare gegevens over de geschatte vaccineffectiviteit bij de thuiswonende ouderen, omdat deze volledig gemeld zijn aan het RIVM door de GGD'en. Dan hebben we het over thuiswonende ouderen van 75-plus. We kijken naar twee verschillende metingen. We kijken naar de vaccinatie-effectiviteit tegen een positieve SARS-CoV-2-test, dus een positieve test, een infectie. De geschatte vaccinatie-effectiviteit was drie weken na de eerste dosis 45%. Drie weken na de tweede dosis was dat 82%. Met andere woorden, na een paar weken geeft de tweede dosis weken de hoogste bescherming tegen het oplopen van een infectie en het hebben van een positieve test door een besmetting met SARS-CoV-2. De vaccinatie-effectiviteit tegen ziekenhuisopname in dezelfde leeftijdsgroepen is geschat op 72% na één dosis en 94% na twee doses. Ook hier zien we nogmaals het opteleffect van het hebben van een

tweede vaccinatiedosis op het bereiken van bescherming tegen ziekenhuisopname.

We gaan door naar de vaccinatiestatus van positief geteste personen gemeld bij de GGD in juli 2021. Wat we hier zien is de status van de gemelde personen met een positieve test per leeftijdsgroep voor de maand juli, tot en met gisteren. Deze status gaat natuurlijk vanzelfsprekend niet over hele jonge kinderen onder de 9 jaar, want die zijn niet gevaccineerd en dus kan die niet positief zijn. Vervolgens zien we dat het percentage volledig gevaccineerden oploopt naarmate de leeftijd stijgt. Dat zijn natuurlijk de mensen die de hoogste vaccinatiegraad hebben. Nog steeds is van een derde van deze meldingen bij het RIVM niet bekend wat de vaccinatiestatus is.

De voorzitter:

Mevrouw Kuiken heeft een verduidelijkende vraag.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Waarom is dat niet bekend?

Mevrouw **Timen**:

Het antwoord is complex. Sommige mensen weigeren om dat bekend te maken. Voor een deel is het nog niet doorgegeven. Het gaat dus om positief geteste personen. Voor een deel moeten de gegevens nog verwerkt worden in de administratie. Maar in principe is het zo dat bij een positief geteste persoon ook de vaccinatiestatus wettelijk gemeld moet worden, absoluut.

Het aantal meldingen is erg laag bij de ouderen. Dat is ook ten gevolge van de vaccinatiegraad in die leeftijdsgroep. Dat ziet u onderaan op het plaatje aan uw rechterhand. In de grafiek ziet u het aantal meldingen weergegeven. Dat is heel laag bij de oudere leeftijdsgroepen. Wat we ook zien, is dat de vaccinatiegraad bij positief geteste twintigers erg laag is. Dat verwachtten we natuurlijk ook, omdat de vaccinatiecampagne bij die groep nog maar net van start is. Bij de twintigers was slechts 1% van degenen waarvan de vaccinatiestatus bekend was volledig gevaccineerd met twee dosissen, of met één dosis Janssen. 2% was deels gevaccineerd en had het vaccin dus ontvangen, maar was nog niet volledig gevaccineerd. Het was dus nog geen twee weken geleden dat zij de tweede dosis of Janssen hadden gehad. Verreweg de meeste meldingen waren in de jongere leeftijdsgroepen en daar dus bij niet-gevaccineerden. Dat is eigenlijk de metaconclusie.

Dan neem ik u mee naar het beeld van de clusters per setting. Dit is een analyse die het RIVM al sinds afgelopen jaar juli maakt, waarin per leeftijdsgroep gekeken wordt naar de ontwikkeling van clusters tijdens het verloop van de epidemie. Er worden ook analyses gemaakt van clusters waarbij meerdere leeftijdsgroepen betrokken zijn. Dat laat ik als eerste zien.

Als eerste ziet u op het plaatje aan uw linkerhand eigenlijk dat het aantal clusters oploopt. Wat u ook moet weten, is dat er voor clusters een rapportagevertraging is van vijf dagen, omdat deze zich nog moeten ontwikkelen. De actieve clusters zijn nog incompleet. Die worden hier dus nog niet weergegeven, maar dat kan de komende tijd nog komen. We zien ook dat het relatieve aandeel van de clusters met de setting «thuis, bezoek en werk» afneemt ten gevolge van de toename die we nu optekenen ten aanzien van clusters gerelateerd aan feesten, horeca en reizen of vluchten. Die zijn uitvergroet aan uw rechterhand.

Dan kijken we naar de clusters per setting en per leeftijdsgroep, zoals ik u beloofd had. U ziet dat zich daar een wat kleurrijker patroon aftekent. Vanzelfsprekend ziet u bij jonge kinderen en kinderen in de schoolleeftijd het aandeel oplopen van clusters die plaatsvinden op scholen. U ziet ook het aandeel van clusters in de setting thuis oplopen. Verder ziet u clusters

gerelateerd aan feesten opkomen. Die zijn prominent aanwezig in de leeftijd van 18 jaar tot 25 jaar en lopen vervolgens door naar de leeftijd van 29 jaar tot 39 jaar enzovoort. We zien ook hele kleine aantallen clusters gerelateerd aan verpleeghuizen. Dat is nu natuurlijk zo ten gevolge van de vaccinatie. Aan het begin van dit jaar was dat heel anders en afgelopen jaar zeker.

Dan laat ik u een aantal gegevens zien van clusters gerelateerd aan feesten. Ik heb net een update ontvangen. Hier is alles opgeteld tot en met 8 juli. Toen was er nog sprake van 53 clusters van tien of meer. Tegenwoordig zien we dat het aantal clusters verder gestegen is. We zitten op dit moment op 137 clusters van tien of meer gevallen, waarvan meer dan meer 60 met meer dan 20 gevallen. Er zijn ook clusters met meer dan honderden gevallen bij elkaar. Dat hebben we natuurlijk ook gezien in de media. Verreweg de meeste clusters zijn ontstaan in de horeca. Aan festivals kan ik er eentje toevoegen. Vele zijn ook gerelateerd aan studentenverenigingen en buitentheater. De getallen van de specifieke verdeling van de clusters moet ik nog updaten, maar de trend is een stijgend aantal clusters voornamelijk in de horeca, voornamelijk gerelateerd aan studentenverenigingen.

Ik laat de clusters even voor wat ze zijn. We gaan door naar een aantal internationale vergelijkingen, mede op verzoek van de Kamer. Ik begreep dat er een wens was om in te gaan op de verschillen of overeenkomsten tussen Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Op de eerste dia zien we het aantal nieuwe bevestigde gevallen van covid, oftewel de meldingen per miljoen inwoners en daarvan het zevendaags lopend gemiddelde. De aantallen van Nederland zijn in het groen en die van het Verenigd Koninkrijk in het rood. U ziet daar ook dat deze curve eigenlijk het patroon van de epidemie in Nederland weergeeft. Er is de, op basis van meldingen, bescheiden eerste golf, omdat toen het testbeleid anders was dan nu. Dan ziet u de tweede golf zich optekenen, met de kenmerken van die twee bulten: een in oktober in een in december. En u ziet ook de opkomst en het einde van de derde golf, ten gevolge van de alfavariant uit het Verenigd Koninkrijk.

Het Verenigd Koninkrijk heeft een totaal ander patroon van de epidemie. Dat heeft aan de ene kant te maken met de opmars van de alfavariant, die bij hen al eind november begon, en andere kant met hun vaccinatiestrategie, die op een andere manier is vormgegeven. Die begon al eerder dan hier. Wat u ook ziet, is de stijging van het aantal meldingen per miljoen in beide landen. U ziet dat de stijging in Nederland vele malen steiler loopt dan in het Verenigd Koninkrijk – recht omhoog, in korte tijd een exponentiële grote stijging – en dat die iets langzamer liep in het Verenigd Koninkrijk. Ze hadden meer weken nodig om te komen op dat niveau.

De voorzitter:

De heer Paternotte zou nog graag een verduidelijkende vraag willen stellen.

De heer Paternotte (D66):

Die gaat helaas een slide terug. Daar worden zes clusters bij festivals genoemd, maar ook zeven. Is er zicht op of dat gaat om clusters die zijn ontstaan in een binnenruimte, dus bij een festival binnen, of buiten? Ik denk dat dat best belangrijke informatie is, omdat het beleid in Nederland echt anders is dan dat in het buitenland.

Mevrouw Timen:

Zeker. Een voorbeeld. Ik zei al dat de aantallen geüpdatet moeten worden, want die zijn nog van 8 juli. Een recent voorbeeld, van een buitenfestival met 5.000 deelnemers ergens: 179 cases, terwijl testen voor toegang werd gedaan, maar geen identiteitscheck, dus een check of het bewijs bij die persoon hoorde. Een dorpsfeest met kermis: 80 gevallen. Die zijn

natuurlijk buiten. Het is dus een mengelmoes van buiten- en, wat horeca betreft, binnenevenementen.

De heer **Paternotte** (D66):

Als ik het goed begrijp, is het antwoord dat bij die festivals die clusters zijn van buiten en binnen.

Mevrouw **Timen**:

Nee, excusez-moi. Bij de horeca is het binnen, by all means natuurlijk, en bij festivals is het natuurlijk buiten. Voor zover wij nu de gegevens hebben. Ik kan trouwens nog toevoegen: een buitenfestival in een bepaalde regio, twee dagen lang, met heel veel deelnemers, 10.000 deelnemers, en een enorm aantal, meerdere honderden, gevallen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van der Plas voor een verduidelijkende vraag.

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

Nog even op die horeca ingaand, want dat ging mij even iets te snel. Die clusters bij de horeca zijn dus allemaal binnen. Want u had het ook over dorpsfeesten die zich deels buiten afspelen. Hoe zat dat nou precies?

Mevrouw **Timen**:

Bij de horeca is sprake van voornamelijk horeca in het nachtleven. Dat gaat voornamelijk om binnenruimtes, maar we kunnen natuurlijk niet uitsluiten dat het ook op terrassen en elders plaatsvindt. Kenmerk van het nachtleven is dat mensen zich verplaatsen van de ene plaats naar de andere en dat er dus, zoals ik al zei, een mengelmoes ontstaat van contactpatronen, maar ook van plekken waar men elkaar tegenkomt. Je kunt dus niet met zekerheid zeggen: deze groep is 100% zeker besmet in deze setting. Tenzij je dat zeker weet, maar zo ver gaat de analyse nog niet. We hopen op den duur nog meer grip te krijgen hierop. Het gaat dus om het verschijnsel nachthoreca.

De heer **Paternotte** (D66):

Ik heb een ordetechnische vraag misschien, ook een beetje aan de voorzitter. Het zou natuurlijk heel erg fijn als we voor het debat morgen weten waar die 137 clusters zitten. Het is dan meer dan 10, maar u noemt er net ook een aantal van meer dan 100: superspreads. Het zou fijn als we weten waar die dan hebben plaatsgevonden. Ik denk dat dat enorm kan helpen bij het maken van beleid.

De **voorzitter**:

Het lastige van een buitenfestival is dat mensen weer binnen naar de wc gaan.

De heer **Paternotte** (D66):

Ja, of dat een deel misschien in een binnentent is.

De **voorzitter**:

Misschien kan er meer duiding en wat meer informatie komen over waar wat heeft plaatsgevonden, morgen voor het debat.

Mevrouw **Timen**:

Zeker.

Dan denk ik dat ik u mee terugneem naar Engeland, naar de ziekenhuisopnamen. Daar zien we dus een ander patroon. We zien dat gerapporteerd per miljoen inwoners het Verenigd Koninkrijk vele malen hogere opnamecijfers heeft dan Nederland. Wat u daar ook ziet, is dat na een steile daling van het aantal opnames in het Verenigd Koninkrijk nu het

aantal ziekenhuisopnames aan het stijgen is. We hebben begrepen dat daar sprake is van een verdubbeling. Het waren er niet veel, maar de trend is stijging. Dat is natuurlijk op het conto te schrijven van de deltavariant. In Nederland ziet u het beeld van een almaar dalend aantal ziekenhuisopnames. Ik kom straks terug op de meest recente cijfers. Als we de overlijdens in de twee landen vergelijken, zien we hetzelfde beeld als bij de ziekenhuisopnames. Per miljoen inwoners heeft het Verenigd Koninkrijk meer overlijdensgevallen dan Nederland. Als ik door de ooghalen heen kijk, zie ik dat het aantal overlijdens in het Verenigd Koninkrijk weer langzaam aan het stijgen lijkt te zijn. Dat beeld is in Nederland dus niet zo.

Dan kom ik op een verzoek van uw Kamer om iets te zeggen over een plaatje waarvan ik de herkomst niet kon vinden. Ik zeg dus «bron onbekend», maar de figuur is aangedragen door u in de brief. Aan de rechterkant zien we de ontwikkeling van meldingen, opnames en overlijdens in het Verenigd Koninkrijk, gemaximeerd naar 100%. Aan de linkerkant ziet u hetzelfde verhaal in Nederland op basis van onze gegevens. De vraag was: hoe interpreteert u deze cijfers en wat ziet u daar? Ik zie in het Verenigd Koninkrijk heel duidelijk dat de correlatie tussen ziekenhuisopnames, aantallen meldingen en overlijdens ten gevolge van de vaccinatie op een gegeven moment uiteenloopt, dus verdwijnt. Met andere woorden, de trend in ziekenhuisopnames en overlijdens blijft min of meer stabiel, terwijl het aantal meldingen enorm stijgt. Dat is natuurlijk wat je verwacht bij vaccinatie, waarbij het grootste effect, zeker als je begint met vaccineren van ouderen, bereikt wordt bij overlijdens, daarna bij opnames, daarna bij ic-opnames en natuurlijk pas later bij besmettingen. Hetzelfde verhaal ziet u eigenlijk in Nederland. Dit beeld is natuurlijk ook gevoelig voor de verschillen die ik u net heb verteld in de opmars van de alfavariant. De alfavariant kwam in Nederland later op gang, maar op het moment dat die hier volop aan de slag ging, waren de ouderen in de verpleeghuizen al gevaccineerd. Daardoor ziet u dat de sterfte eigenlijk heel laag blijft gedurende de hele derde golf. Dat had het Verenigd Koninkrijk niet. Maar nu ziet u ook in Nederland dat de meldingen stijgen, terwijl de sterfte enorm daalt en laag blijft en de opnames dalen en laag blijven. We zien hier dus een groot effect van vaccinatie.

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

Mag ik hier een verduidelijkende vraag over stellen? Ik had de vorige keer begrepen dat er vandaag ook iets gezegd zou worden over de vaccinatie-status van personen die nu met covid in het ziekenhuis worden opgenomen. Heeft u daar ook cijfers van?

De **voorzitter**:

Daar vraagt u nu al om, maar we zijn net halverwege de presentatie.

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

We hebben zojuist al de vaccinatiestatus van positief geteste mensen gezien en ik ben de slides vast even doorgelopen.

De **voorzitter**:

O, u bent al vooruitgelopen. Als u het niet ziet, dan kunnen we er op het einde even op terugkomen.

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

Prima.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Mevrouw **Timen**:

Dan wil ik u meenemen naar weer een ander plaatje, dat een internationale vergelijking laat zien tussen Nederland, België en Duitsland. We zien hier het aantal meldingen, weer een lopend gemiddelde, in de drie landen en een vergelijking tussen drie landen. U ziet ook dat de deltavariant, die dominant is in Nederland en ongeveer rond 1 juli dominant werd. Duitsland en België waren ons één week voor, dus we trekken wat dat betreft gezamenlijk op. De snelheid van de eerdere daling, dus voordat de deltavariant dominant werd, was eigenlijk vergelijkbaar voor alle drie de landen. U ziet de daling zo'n beetje vanaf april richting juli. Deze gaat voor alle drie de landen steil naar beneden. Vervolgens ziet u dat deze daling in alle drie de landen omslaat in een stijging, maar dat de stijging in Nederland verder gaat dan in de landen om ons heen. We denken dat de waarschijnlijke oorzaak daarvan de besmettingen zijn, die op een explosieve manier hebben plaatsgevonden in de afgelopen twee weken. Dat is dus gerelateerd aan settings waar veel adolescenten en jongvolwassenen elkaar hebben getroffen ten gevolge van de versoepelingen van 26 juni, tegelijkertijd met een sterke opmars van de deltavariant. België en Duitsland hadden dus het nachtleven nog niet versoepeld. Daar zit het verschil vooralsnog in.

De heer **Paternotte** (D66):

Mag ik een heel korte vraag stellen? Het is natuurlijk een logaritmische schaal, maar wat is de factor van het aantal besmettingen in Nederland ten opzichte van Duitsland en België? Ik maak hieruit op dat het iets van twintig keer zo veel als Duitsland is, maar klopt dat?

Mevrouw **Timen**:

Het is vele malen hoger op dit moment, zeker. Dat spreekt voor zich. Dan neem ik u mee naar de ziekenhuisopnames. Een vertrouwd beeld: op dit moment blijft het rustig en is het aantal stabiel, zowel op de verpleegafdelingen als op de ic, en zowel wat betreft nieuwe opnames als wat betreft de bezetting. Dit is het beeld tot en met vandaag.

Als we kijken – weer een vertrouwd beeld voor u, denk ik – naar de daling in het voortschrijdend gemiddeld aantal covidopnames ten opzichte van de piek in april 2021, dan ziet u nu een gestage daling, met bijvoorbeeld 97% in ziekenhuizen en 98% op de ic ten opzichte van de piek, op basis van NICE-gegevens. Vergelijken bij de piek zitten we dus nog steeds in een extreem hoge daling ten opzichte van april.

Dan wil ik u meenemen naar de beddenbezetting van het LCPS. Dit is ook weer een plaatje dat loopt van april tot 11 juli. Dat laat hetzelfde rustige beeld zien, dus een bezetting die stabiliseert, zowel in het ziekenhuis als op de ic, en een daling ten opzichte van de piek. Dat is dus consistent met wat ik eerder heb laten zien.

Als we kijken naar de verpleeghuizen en woonzorgcentra, inmiddels ook een bekend plaatje, dan zien we daar ook dat in verpleeghuizen vooralsnog een laag aantal nieuw gemelde besmette locaties geplot zijn op deze grafiek aan uw rechterhand, een laag aantal bewoners met een COVID-19-diagnose en eigenlijk geen of hele kleine clusters. Het beeld in verpleeghuizen is dus rustig op dit moment. Ongeveer 1% van alle locaties betreft een besmette locatie.

Als we kijken naar de gehandicaptenzorginstellingen, dan zien we ook daar hetzelfde beeld. Het is een rustig beeld wat dat betreft, met 0,19% besmette locaties in Nederland en ook weinig nieuw besmette bewoners gemeld in deze setting.

Vervolgens neem ik u mee naar de Infectieradar. Zoals u weet, houdt de Infectieradar de ontwikkeling bij van het percentage mensen dat klachten ontwikkelt die kunnen duiden op covid, dus luchtwegklachten, waarbij we een onderscheid maken tussen alle deelnemers met klachten en deelnemers die de klachten toeschrijven aan hooikoorts. Dat zijn dus

mensen die bekend zijn met luchtwegklachten en die zeggen: die klachten zijn eigenlijk veroorzaakt door hooikoorts. U ziet op dit moment eigenlijk bij beide groepen, zowel bij alle deelnemers als bij de deelnemers die weten dat de klachten niet toe te schrijven zijn aan hooikoorts, een stijging in het aantal personen dat klachten van de luchtwegen rapporteert. Met andere woorden, er zijn op dit moment meer klachten dan in de periode van de afgelopen weken. Die lijn is stijgende. Wie zijn dan de mensen die klachten van de luchtwegen rapporteren? In toenemende mate zijn het voornamelijk de mensen behorend tot de leeftijdscategorieën 18–24 en 25–29. Als je door je ooghalen kijkt, dan zie je ook een kleine toename in de leeftijdscategorie 30–39. Dat is ook weer een beeld dat consistent is met wat we eerder hebben gezien in de meldingen.

Er was een vraag over long covid. Kenmerkend voor long covid is natuurlijk dat de gevolgen pas op de lange duur bekend worden, dus het aantal mensen dat dit treft, is nog niet met zekerheid bekend. We kunnen wel een inkijkje geven in het onderzoek dat bij het RIVM loopt en dat gestart is in mei van dit jaar. Daarbij hebben we nu ongeveer 3.000 mensen geïncludeerd, maar dat loopt natuurlijk nog door. Het is voor een deel een prospectief onderzoek. We vragen deelnemers binnen zeven dagen na een positieve test of ze zich willen aanmelden voor het onderzoek. Het is dus een prospectieve studie. We kijken vervolgens wat er met die mensen gebeurt in de komende tijd ten aanzien van persistente klachten. Deelnemers die niet getest zijn of die een negatieve coronatest hebben, zijn natuurlijk de controlegroep. Je wil zeker weten of een verschil toe te schrijven is aan corona. En deelnemers met bestaande langdurige klachten, namelijk langer dan drie maanden, bevragen we ook, om te kijken wat daar precies aan de hand is. Ik kan u de eerste resultaten laten zien. 95% van de mensen met bestaande langdurige klachten na een coronabesmetting, dus de derde bullet, hadden milde klachten tijdens de acute infectie. Met andere woorden, ook mensen met milde klachten kunnen langdurig last krijgen van persisterende klachten. 5% was opgenomen in het ziekenhuis. De impact na maanden is nog steeds groot; zo'n 90% meldt een impact na maanden, waarvan 34% niet kan werken of naar school kan gaan door deze langdurige klachten. Nogmaals, dit onderzoek loopt nog. Het is pas het begin van een groot onderzoek dat ons heel veel antwoorden zal geven over long covid. Wij hopen in het najaar meer resultaten te kunnen laten zien.

De voorzitter:

Mevrouw Bikker heeft een verduidelijkende vraag.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ja. Ik kan me voorstellen dat bijna alle landen hier benieuwd naar zijn. Zijn er landen, waar u bijvoorbeeld mee samenwerkt, waar u al dingen ziet die iets meer inzicht geven in hoe je dit kan zien ten opzichte van de populatie van mensen die covid hebben gekregen?

Mevrouw **Timen**:

Dat is een terechte vraag. Er lopen heel veel onderzoeken in verschillende groepen, verschillende settings en verschillende patiëntenpopulaties. Dat zijn bijvoorbeeld mensen die opgenomen zijn in het ziekenhuis, mensen in de langdurige zorg, jongeren en ouderen. Het is op dit moment heel moeilijk om daarvan een soort dwarsdoorsnede te maken en te zeggen: zo zit het. Bovendien is er nog geen duidelijke, gestandaardiseerde definitie van long covid. Verschillende onderzoeken hanteren dus verschillende definities. Dat maakt het op dit moment zo ingewikkeld om te vergelijken. Maar natuurlijk worden alle literatuurgegevens bijgehouden. We volgen de literatuur dus nauwgezet en kijken in hoeverre we onze bevindingen

daaraan kunnen relateren. Maar ik denk dat de antwoorden die wij zoeken voor onze populatie en voor onze setting uit onze eigen onderzoeken komen.

Bovendien loopt er ook onderzoek in andere plaatsen in Nederland, bijvoorbeeld in het Amsterdam UMC. Daar loopt ook een onderzoek naar zorgverleners. Kortom, ik denk dat de komende tijd ons heel veel zal leren over wat er gebeurt met persistente klachten bij verschillende typen patiënten en in verschillende settings.

Dan neem ik u mee naar de toename van de deltavariant in de kiemsurveillance. Dit is natuurlijk een bekend plaatje, dat laat zien hoe de alfavariant begin juli ingehaald en verdrongen is door de deltavariant, oorspronkelijk afkomstig uit India. Van de deltavariant is inmiddels bekend dat die een ongeveer 51% hogere impact heeft op het reproductiegetal dan de alfa oorspronkelijk had. En we moeten niet vergeten dat de alfa ook al een 40% hoger effect had op het reproductiegetal dan het oorspronkelijke virus, dat we voor december kenden. De deltavariant is dominant in Nederland en de helft van de monsters die zijn afgenomen rond 1 juli zijn ook door deze variant veroorzaakt. Inmiddels is dat percentage verder gestegen, richting de 60% tot 65%.

Dan kijken we naar het reproductiegetal op basis van de meldingsdatum. Dat is ook een bekend plaatje. Wat u hier eigenlijk ziet, is dat de data recenter dan 5 juli nog onzeker zijn, omdat we nog correcties moeten toepassen op de rapportagevertraging. U ziet in paars onder op het plaatje aan uw linkerkant dat het reproductiegetal inmiddels boven de 1 is. Het is namelijk beland op 2,17 op basis van de meest recente schatting, van 28 juni. Het getal stijgt ten opzichte van de vorige meting, op 24 juni, toen het 1,37 was.

De voorzitter:

Mevrouw Bikker heeft een verduidelijkende vraag.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

28 juni voelt wel echt als een poosje terug. Wanneer komt de volgende schatting?

Mevrouw **Timen**:

De schatting kan altijd met maar twee weken terugwerkende kracht gedaan worden, omdat we natuurlijk nog niet weten ... De infecties die vandaag doorgegeven worden, zullen pas over twee weken hun weerslag hebben op het reproductiegetal. Dit is de meest recente, van gisteren. Als we kijken naar het reproductiegetal uitgesplitst naar varianten, zien we dat de varianten die op dit moment in Nederland circuleren, samen op 2,17 komen. Voor de alfavariant is dat lager, wat we natuurlijk al weten; die heeft minder impact op het reproductiegetal. De deltavariant zit op 2,52. Die stijging van het reproductiegetal valt ongeveer samen met de versoepelingen van 26 juni, maar ook met de toename in het aandeel van de deltavariant, die inderdaad een opmars heeft gekend in Nederland. Wat betekent dat voor de veiligheidsregio's? Ook hier zien we een verandering van kleur. Terwijl we vorige week nog zagen dat de meeste regio's een R_t onder de 1 hadden, weliswaar niet significant, zien we nu dat die regio's een R_t boven de 1 hebben, waarvan enkele significant boven de 1, waaronder Groningen, Twente en een deel van Brabant. In termen van de prognoses laat ik dit plaatje zien. Op dit moment is het beeld op korte termijn heel interessant. U ziet een plaatje dat is samengesteld uit verschillende simulaties en prognoses. In de kolommen ziet u het aantal nieuwe ziektegevallen bij een vaccinatiegraad van 75% onder de 50 jaar, aan de linkerkant, en van 65% onder de 50 jaar, aan de rechterkant. In de rijen ziet u wat er zal gebeuren als er geen versoepelingen plaatsvinden en als alles losgelaten wordt na de zomer. Op dit moment zien we een toename van het aantal meldingen. Dit model laat een toename zien

die lager uitvalt dan de toename die we daadwerkelijk zien in het aantal gerapporteerde meldingen. Dat betekent dat deze toename onvoldoende opgevangen wordt door dit model. Dat heeft niet zozeer te maken met het model, als wel met het feit dat deze toename zich voordoet als gevolg van een aantal events of situaties waarin er een snelle, explosieve toename is geweest van het aantal meldingen, dus van superspread events, waarmee je onmogelijk rekening kan houden in de modellen. Deze toename doet zich voornamelijk voor in de jongere leeftijdsgroepen, op verschillende plaatsen in Nederland. Het is niet homogeen en niet diffuus door heel Nederland heen. Kortom, dat zijn allemaal factoren die het de modellen heel moeilijk maken om de werkelijke omvang van de toename te vangen. Belangrijk is wel de trend: een verwachte toename in het aantal besmettingen met COVID-19.

Wat betekent dat verder? De toename van het reproductiegetal is groter dan verwacht. Dat betekent dat de mogelijke stijging van het aantal ziekenhuis- en ic-opnames sneller gaat dan verwacht. Deze stijging kan worden vertraagd doordat bijvoorbeeld alle risicovolle contacten van de jongvolwassenen met andere leeftijdsgroepen, vooral de kwetsbaren, zo veel mogelijk worden beperkt, dus dat zij zich onthouden van direct contact met mensen uit risicogroepen of andere leeftijdsgroepen. De stijging kan ook worden gestopt of worden omgezet in een daling als de versoepelingen van 26 juni waar nodig worden teruggedraaid – dat is inmiddels gebeurd – en als de vaccinatiegraad minstens toeneemt zoals gepland. Het belangrijkste op dit moment is dus dat de vaccinatiegraad moet doorgaan zoals gepland, zodat de wedloop tussen de deltavariant, die bezig is met een opmars, en de vaccinatiegraad heel snel gewonnen wordt door de vaccinatiegraad. Doordat de oudere leeftijdsgroepen en de kwetsbare leeftijdsgroepen een hoge vaccinatiegraad hebben, zijn er ook scenario's die laten zien dat er niet noodzakelijk grote overbelasting van de zorg hoeft plaats te vinden, maar dat risico kunnen wij niet uitsluiten. Hiermee wil ik aangeven dat er nog steeds grote onzekerheden zijn wat betreft het niveau van de zorgbelasting dat uiteindelijk bereikt zal worden als gevolg van deze toename van infecties.

Waar komen de prognoses met al die onzekerheden op dit moment op uit? We hebben te maken met een nieuwe situatie waarbij er een grote uitbraak is onder jongvolwassenen en bij enkele superspreading events, waar echt ongecontroleerde verspreiding heeft plaatsgevonden. De omvang van de uiteindelijke uitbraak is vooralsnog onbekend. We weten ook niet hoe groot de verspreidingskans is bij oudere leeftijdsgroepen met een hogere vaccinatiegraad. Deze verspreiding is ingezet. We zien ook een geleidelijke toename van infecties in de oudere leeftijdsgroepen, maar we weten niet hoe de omvang uiteindelijk zal worden. Blijft die heel beperkt of niet? We weten ook nog niet precies wat het effect van de recent afgekondigde maatregelen zal zijn. Dat is pas een week tot tien dagen na het nemen van de maatregelen te zien. Dus de ondergrens...

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

Een verhelderende vraag. Je kan natuurlijk niet helemaal inschatten wat de afgekondigde maatregelen betekenen, maar is er wel een indicatie van te geven? Er wordt wel gesteld dat de stijging gestopt kan worden en dat een daling kan inzetten.

Mevrouw **Timen**:

Deze stijging heeft zich explosief geconcentreerd in een setting bij een bepaalde groep, terwijl de maatregelen die genomen zijn, deze setting als het ware eruit hebben gehaald. We hopen dat het effect zal zijn dat het zal bijdragen tot een vermindering van het aantal infecties en dus een daling van de meldingen. Er is geacteerd op de plek waar zich de grote toename in zo'n korte tijd concentreerde, in aansluiting op andere maatregelen die

geadviseerd zijn, zoals laat je testen als je in zo'n situatie bent geweest, en beperk je contacten met andere leden van de groep.

Bij de berekening van de prognose van de ondergrens voor de ic-bezetting komen we op ten minste 150 bedden met covidpatiënten, de komende tijd. Nogmaals, het is een orde van grootte van 150, zonder de uitbraak onder jongvolwassenen. Er is een bovengrens in de orde van grootte van 600 ic-bedden op basis van wat we nu denken dat er zou kunnen gebeuren. Nogmaals, dit is ook omgeven met onzekerheid. De werkelijkheid zal zich mogelijk voor kunnen doen tussen deze twee marges. Dit zijn de twee extremen die we hier wilden laten zien. Dit is gebaseerd op de aanname dat het effectieve reproductiegetal van 26 juni tot en met 12 juli ongeveer twee besmettingen per geval bedraagt en dat die daarna afnemen. Daarbij hebben we deze aanname ook al ingecalculleerd.

Nogmaals, de bovengrens waar we uiteindelijk op uitkomen, wordt beïnvloed door nieuwe maatregelen, zoals de vraag dat jongvolwassenen zich de komende tijd onthouden, zeker na risicovolle contacten, om in contact te treden met oudere leeftijdsgroepen. De vaccinatie van de jongvolwassenen moet natuurlijk zo snel mogelijk plaatsvinden, zoals gepland, waarbij dus alle open slots worden benut.

Dan laat ik ook zien hoe de ondergrens van de prognose zonder uitbraak berekend is. Die is ook weergegeven in twee scenario's, met in de rij het scenario: stap 4 volhouden tot na de zomer, of alles loslaten na de zomer, en de twee vaccinatiegraden in de kolommen die ik net heb uitgelegd, die ik ga laten zien. In deze figuur ziet u de ondergrens die wat ons betreft in de buurt van 150 bezette bedden zou kunnen uitkomen, waarbij het effect van de huidige grote uitbraak niet meegenomen is.

Dan in het kort een duiding van een analyse gemaakt door het OMT in zijn laatste advies, dat van afgelopen week, van 8 juli. Dat is OMT 119. Dat ziet verschillende mogelijke verklaringen van deze explosieve groei. Er zijn de besmettingen die zich voordoen vanaf het weekend van 26 juni, gekoppeld aan het bezoek aan het nachtleven. Zoals ik net vertelde: feesten, situaties bij studentenverenigingen en horecagelegenheden via testen voor toegang. De 1,5 meter was hier dus losgelaten, maar er was geen beperking van het aantal personen dat in de binnenruimtes samenkwam. Er werden ook vaak meerdere locaties op een avond bezocht. Dat is ook verteld door de GGD'en die de analyse hebben gedaan van de clusters die ze hebben gezien. Jongeren kwamen dus bij elkaar in een groep van niet gevaccineerde mensen, gedeeltelijk gevaccineerde mensen en volledig gevaccineerde mensen – dat was een klein aantal – met veelvuldige contacten. Het betrof veelal binnenlocaties, waar, zoals ik al zei, grote aantallen personen bij elkaar kwamen, met harde muziek, luid spreken, schreeuwen. Kortom, situaties waarin dus heel veel druppelproducerende omstandigheden gecreëerd werden en waarbij de ventilatie, in de binnenruimtes, extra belangrijk is.

Er waren ook signalen dat testen voor toegang niet voldeed aan de verwachtingen voor deze locaties, voor horeca en nachtleven, in deze specifieke omstandigheid. Er waren natuurlijk ook meldingen van situaties waarin codes werden uitgewisseld onderling, meerdere testen werden gedaan totdat iemand eindelijk een negatief testresultaat kreeg en testresultaten werden uitgewisseld. De controle en de handhaving waren niet altijd voldoende volgens de informatie tot ons kwam. Juist in deze settings heeft het OMT gemeend om te benadrukken dat eigenlijk een goede uitvoering van testen voor toegang heel belangrijk is. Daarbij heeft het ook aangegeven dat gebruik van een PCR-test, met een hogere gevoeligheid, eigenlijk beter zou zijn, omdat die natuurlijk nauwer luistert en beter in staat is om ook lagere virale loads op te pikken. Ook de geldigheidsduur van testbewijzen van 24 uur, conform het advies van het OMT, was uiteindelijk verlengd tot 40 uur. Dat betekent dus dat mensen zich met één testbewijs vervolgens twee dagen hebben kunnen begeven

in situaties waarin transmissie plaats heeft kunnen vinden. En er was natuurlijk het feit dat pas veertien dagen na de vaccinatie toegang gegeven kan worden op basis van immuniteit door vaccinatie, een maatregel die inmiddels is teruggedraaid.

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

Mag ik hier een verduidelijkende vraag over stellen, voorzitter?

De **voorzitter**:

Een verduidelijkende vraag, meneer Van Meijeren? Ja.

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

Op de vorige slide gaat het onder de eerste bullet point ineens over besmettingen, waar volgens mij, als ik u net juist begrepen heb, positieve tests bedoeld wordt. Dit is even heel belangrijk, voorzitter. Want zou een verklaring niet ook kunnen zijn dat er nu gewoon veel meer getest wordt en dat daardoor het aantal positieve tests toeneemt? Zou dat een van de verklaringen kunnen zijn?

De **voorzitter**:

Mevrouw Timen. Hierna ga ik het echt rekenen als vraag, meneer Van Meijeren.

Mevrouw **Timen**:

Nee. Ik hoop dat ik heb laten zien dat er niet alleen meer getest wordt, maar dat het percentage positiviteit explosief toeneemt, dat in de Infectieradar het aantal mensen met klachten expliciet toeneemt in precies dezelfde leeftijdscategorie en dat het aantal meldingen veel sneller stijgt dan het aantal testen dat is uitgevoerd, naar rato. Deze stijging is dus niet op het conto te schrijven van alleen maar meer testen. Er is wel degelijk een toename van daadwerkelijke transmissie van dit virus in deze settings.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Timen. Bent u hiermee aan het einde gekomen van uw presentatie? Dat is het geval. De presentatie heeft een stuk langer geduurd dan verwacht en inmiddels zijn we met vijftien fracties present. Mijn voorstel is dus om niet twee vragen maar één vraag per fractie te doen, en dan te kijken of we na de eerste ronde nog de gelegenheid hebben voor een tweede ronde. Ik heet ook van harte welkom mevrouw Westerveld en mevrouw Bikker. Ik begin bij mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Mag ik «m nog heel even overslaan, voorzitter?

De **voorzitter**:

Ja, natuurlijk. Mevrouw Kuiken.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

U vraagt het onmogelijke van ons. Laat ik eerst naar de modellen zelf gaan. Op pagina 41 staat eigenlijk heel duidelijk dat twee dagen na de versoepeling de R-factor, het reproductiegetal, al boven de 2 lag. In de vorige presentatie, vorige week, waren we al behoorlijk kritisch, omdat alles eigenlijk twee, drie weken terugblijkt. Dat zien we in deze presentatie ook weer terug eigenlijk. Veel aannames zitten ook op ondergrenzen. Het hoogste aantal besmettingen staat op 8.000, terwijl we al boven de 10.000 hebben gezeten. Kortom, is het niet tijd om opnieuw te kijken naar deze modellen en, misschien in samenwerking met andere datacentra, tot betere voorspellingen te komen? Want als we twee dagen na de versoepelingen al tegen zo'n reproductiegetal aankijken, waar sturen we dan met

elkaar op? Ik snap dat deze vraag vrij kritisch klinkt, maar er is ook wel wat aan de hand. Ik was daar vorige keer al kritisch op en dan krijg ik een college in dataverwerking, maar ik zoek eigenlijk naar modellen die beter voorspellen dan deze. Is dat mogelijk? Moeten we niet meer samenwerken met misschien andere datacentra of op een andere manier tot meer nauwkeurige schattingen komen?

Mevrouw Timen:

Een paar punten. Het is een relevante vraag. Ik hecht er echt aan om eraan te herinneren dat deze modellen ons de afgelopen tijd enorm hebben geholpen in het sturen op de doelen van de covid-aanpak in Nederland. De doelen hingen natuurlijk heel erg nauw samen met het beperken van de belasting in de zorg, zodat er zorg, zowel voor de covidpatiënten als voor de non-covidpatiënten, mogelijk was. Daarbij is de ic de meest stabiele factor geweest tot nu om ons te leren hoe de uitbraak zich eigenlijk voordeed. Die stabiele gegevens op de ic zijn natuurlijk niet afhankelijk van fluctuaties in testbeleid, testbereidheid of wat dan ook. Dus als je een stevig model wilt dat goed verankerd is in data en dat niet uitgaat van aannames die niet verifieerbaar zijn, dan zijn deze modellen natuurlijk uitstekend. Mijn kennis is beperkt als arts infectieziekten; ik ben geen modelleur. Maar modellen die een toename zoals die zich heeft voorgedaan in Nederland van tevoren zouden kunnen oppikken dan wel voorspellen, ken ik niet. Nogmaals, het antwoord is zoals het op dit moment is. Er heeft zich een enorme stijging voorgedaan in een setting waarbij het aanjaageffect van de combinatie van de deltavariant en het bij elkaar komen van deze groep vatbare mensen heeft gezorgd voor een explosieve groei. Het is niet toe te rekenen aan de modellen. Er is geen enkel model dat dit had kunnen vangen. De modellen worden gekalibreerd op de ic-opnames. Het betekent niet dat wij nu met lege handen zitten. Het belangrijkste sturingsinstrument op dit moment is de clusteranalyse die wij uitvoeren en waarover wij rapporteren. Deze analyse geeft ons inzicht in wat zich precies voordoet in de situaties waar nu de uitbraak plaatsvindt.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Paternotte.

De heer Paternotte (D66):

Ik wil even naar de prognose op slide 44, want ik denk toch dat dat de kernvraag bij heel veel mensen is. Zetten de kabinetsmaatregelen deze stijging om in een daling en kunnen we begin augustus constateren dat wij brand meester zijn? Ik lees: de stijging kan worden gestopt en omgezet in een daling als alle versoepelingen van 26 juni waar nodig op korte termijn worden teruggedraaid en als de vaccinatiegraad toeneemt als gepland. De vraag wat «waar nodig» betekent, ligt erg voor de hand. Ik vraag mij ook af waar deze redenering vandaan komt, omdat op 17 juni de R-factor van delta al boven de 1, namelijk op 1,17, lag. Waar komt de aanname vandaan dat de versoepelingen teruggedraaien de R-factor onder de 1 brengt, terwijl die daarvoor al boven de 1 zat? En wat betekent het «waar nodig»? Is dat wat nu gebeurd is of adviseert het OMT eigenlijk om andere maatregelen te nemen?

Mevrouw Timen:

Ook een zeer relevante vraag. Natuurlijk weten we dat de opmars van delta een stijging van het reproductiegetal zou betekenen. Dat hebben we dus ook gezien. Maar die was conform de verwachting enigszins te beteugelen door de vaccinatiegraad die, zoals ik uitlegde, in de wedloop tussen de vaccinatiegraad en de opmars van de deltavariant steeds verder terrein won. We zaten in een overduidelijk dalend been van de epidemie en dat is toe te schrijven aan de grote aantallen vaccinaties die in

Nederland de afgelopen weken werden gezet. We zijn koploper op Malta en Hongarije na. Dat heeft ons geholpen om te compenseren voor het extra effect van de deltavariant op het reproductiegetal. Deze compensatie door de vaccinatiegraad is nu voor een groot deel tenietgedaan door de extreem grote infectiedruk in korte tijd in de groep waar ik het net over had. Een verzesvoudiging van het aantal meldingen kan je niet meer op zo'n korte termijn stoppen met de vaccinatiegraad conform de planning. Dat betekent dat het OMT adviseert om de versoepelingen terug te draaien daar waar ze relevant zijn voor deze stijging. Daarom zegt het OMT ook: doe dat in de settings waar het nu misging. Het advies van het OMT was om maatregelen te nemen voor de horeca en voor de sluiting van het nachtleven. Het OMT heeft nog twee aanvullende maatregelen geadviseerd: het beperken van het aantal bezoekers thuis tot acht personen maximaal, kinderen onder de 12 niet inbegrepen, en ... De tweede herinner ik me niet precies.

De heer **Paternotte** (D66):

Het thuiswerkadvies. Die twee zijn volgens het OMT dus nodig om inderdaad die daling te krijgen waarvan u in de prognose zegt dat die kan plaatsvinden.

Mevrouw **Timen**:

Het OMT had geadviseerd om deze ...

De heer **Paternotte** (D66):

Excuus, voorzitter. Ik dacht dat dit een verduidelijkende vraag was. Ik zal mijn mond houden.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van der Plas namens de BoerBurgerBeweging.

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

Het doel van de coronamaatregelen is natuurlijk nog steeds: bescherm de kwetsbaren en hou de druk op de zorg laag. Wordt ook geregistreerd wie er precies in het ziekenhuis komen door covidklachten, dus rechtstreeks als gevolg van covid? Er zijn ook mensen die voor iets anders in het ziekenhuis komen en die vervolgens in het ziekenhuis worden getest en positief worden bevonden. Komen die dan ook op de covidlijst? Het gaat mij dus om de registratie van echt pure covidpatiënten en van mensen met iets anders die vervolgens positief getest worden.

De **voorzitter**:

Het is duidelijk. Mevrouw Timen.

Mevrouw **Timen**:

De situatie is heel complex. Sommige mensen komen in het ziekenhuis met covid maar zijn al eerder getest. Wij krijgen via Osiris meldingen vanuit de GGD over mensen die opgenomen zijn in het ziekenhuis met een positieve covid-diagnose. Dat zijn dus de mensen die met covid zijn opgenomen in het ziekenhuis. Dat zijn de meldingen waar wij over rapporteren. Het kan dus zijn dat mensen voor de opname al besmet en getest waren. Ziekenhuizen zullen dat soms maar niet altijd nog een keer melden bij de GGD. Er is dus geen sprake van dubbelmeldingen. Maar inderdaad, wij krijgen de meldingen van de GGD-en voor zover zij die ontvangen.

De **voorzitter**:

Misschien kan ik de vraag van mevrouw Van der Plas even verduidelijken: is het dan een covid-diagnose of is het iemand met een positieve test?

Mevrouw **Timen**:

Als we praten over mensen die met covid zijn opgenomen in het ziekenhuis, dan gaan het om een covid-diagnose.

De **voorzitter**:

Oké. Dan gaan we nu even door met mevrouw Bikker van de ChristenUnie.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Er zijn allerlei vragen te stellen, maar allereerst wil ik mevrouw Timen bedanken voor haar uitgebreide presentatie. Eerlijk gezegd ben ik nog steeds aan het puzzelen op de vraag hoe die explosie van het aantal besmettingen heeft kunnen plaatsvinden. Ik hoor een aantal verklaringen. Een daarvan is dat men heeft gerommeld met testbewijzen. Een andere verklaring is dat men te snel na vaccinatie is gaan dansen. En dan is er nog een verklaring over de precisie van de antigeentesten. Die verklaring zie ik wel veel in de media, maar ik heb mevrouw Timen daar wat minder uitgebreid over gehoord. Ik zou haar willen vragen of zij daar wat toelichting op kan geven, met name ten aanzien van de deltavariant. Het is natuurlijk best tragisch dat je, als je negatief getest bent, mogelijk toch positief bent. Hoe vaak kan dat voorgekomen zijn, zeker bij de deltavariant? Ik ben gewoon nog even zoekend. Hebben we wel genoeg in beeld wat deze explosie heeft veroorzaakt, ook om die in de toekomst te voorkomen? Ik zou daar dus graag wat feitelijke informatie over krijgen. Misschien kan ze ook aangeven hoe dat procesmatig werkt bij het RIVM? Als u zo'n variant ziet, wordt er dan ook weer gekeken hoe de testen dat oppakken?

Mevrouw **Timen**:

Dat zijn eigenlijk twee vragen. De testeigenschappen van de antigeensneltesten in relatie tot varianten, daar kan ik vrij kort over zijn. De antigeensneltesten hebben N-eiwit als target. Daar zitten eigenlijk geen mutaties die relevant zijn. Dus deze testen pieken ook op varianten, zoals het deltavirus. Dat is anders dan bij de PCR-test, waarbij je op een andere manier test.

Wat betreft de vraag die u net stelde: het gaat hier om de gevoeligheid van de testen. In zo'n setting wil je eigenlijk niemand missen die besmet is, dus wil je geen valsnegatieve resultaten hebben. Dan wil je een test gebruiken met de allerhoogste gevoeligheid, de allerhoogste sensitiviteit. Dat is dus een PCR-test, en niet een antigeentest. Een antigeentest is een hele goede test, maar die heeft ten opzichte van de PCR-test een verminderde gevoeligheid. Deze verminderde gevoeligheid loopt uiteen als het gaat om de verschillende typen antigeentesten. Er is dus sprake van een hele range. Er zijn iets van 180 typen testen. Maar in ieder geval zijn ze allemaal minder gevoelig dan de PCR. Je kunt ze gebruiken, maar zorg er dan voor dat de geldigheidsduur korter is. Met andere woorden, als je 40 uur voor aanvang van een evenement iemand test, en die is toevallig valsnegatief omdat de waarden nog heel laag zijn, dan kan die persoon de volgende dag natuurlijk wel positief worden. Die heeft dan onterecht een bewijs van een negatieve test. De PCR pikt dit soort lage virale loads veel sneller op. Dus een negatieve PCR 40 uur voor zo'n event is veel betrouwbaarder dan een antigeentest. Daarom zeggen wij ook: bekort die duur als je antigeensneltesten gebruikt; zet het op 24 uur, en voor één evenement.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan mevrouw De Vries.

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

We zouden natuurlijk allemaal willen dat we beter zijn in die voorspelende waarden. Ik ben benieuwd hoe een aantal zaken gekoppeld is,

enerzijds aan de maatregelen en anderzijds aan de input in het systeem. Er was natuurlijk veel bekend over de deltavariant, maar wat is daarin uit andere landen meegenomen en wat is er ook aan gedragseffecten meegenomen? En als het gaat om de maatregelen: hoe zijn de fieldlabs en de ervaringen die daarmee zijn opgedaan, meegenomen bij de voorgestelde maatregelen?

Mevrouw **Timen**:

Ik denk dat dat ook een heel belangrijke, samengestelde vraag is. Aan de ene kant: wat hebben we geleerd van andere landen? Uiteraard volgden we andere landen ook heel nauwgezet op. Wat dat betreft was het Verenigd Koninkrijk het land dat iedereen in Europa volgde. U hebt gezien dat de opmars in Nederland niet uniek was. Dat ging tegelijkertijd met België en Duitsland. Dus we hebben inderdaad gekeken naar de ontwikkeling. Ik heb ook laten zien dat we op het moment dat de opmars van de deltavariant begon eigenlijk in een stevig dalend been van de epidemie zaten. Conform onze modellen zou de vaccinatiegraad in staat zijn geweest om de stijging door de deltavariant op te vangen en te beperken. Daarom zagen de prognoses er, zonder deze uitbraak die zich twee weken geleden heeft voorgedaan, rooskleuriger uit dan nu het geval is. Even kijken, er was nog een vraag. Ik ben «m even ...

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

De vraag over hoe gedrag en de fieldlabs zijn meegenomen in de maatregelen.

Mevrouw **Timen**:

In de modellen die wij maken, gebruiken we contactpatronen, dus per leeftijdsgroepen en in verschillende metingen in de afgelopen anderhalf jaar. Dat zijn de COMIX-studie en de PIENTER-coronastudie. Die zijn ingebouwd in ons model. We houden dus wel degelijk heel veel rekening met de contactpatronen, die een afgeleide zijn van het gedrag tussen verschillende leeftijdsgroepen en binnen een leeftijdsgroep. Die worden dus wel degelijk meegenomen.

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

En dan nog de vraag over de fieldlabs bij de maatregelen.

Mevrouw **Timen**:

Daar kan ik, als het mag, heel kort over zijn. De fieldlabs vielen natuurlijk niet onder onze verantwoordelijkheid. Daarom onthoud ik me nu even van commentaar.

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

Dank u wel, mevrouw Timen, voor de presentatie. In de OMT-brief staat dat het strikt naleven van de basismaatregelen en de aanvullende voorwaarden essentieel was om verspreiding te voorkomen. Nu heb ik vaker vragen gesteld over het gedrag en ook over de weersomstandigheden. Het is bekend dat 50% van de mensen zich maar laat testen en dat de 1,5 meter heel vaak niet in acht wordt genomen. Ook het handen wassen gebeurt veel beperkter. In hoeverre is dit meegenomen in de modellen? Zijn de modellen aangepast aan het meest recente gedrag van mensen? Want dat maakt natuurlijk ook wel wat uit voor de mogelijkheid van besmetting.

Mevrouw **Timen**:

In de modellen houden we voornamelijk de contactpatronen als een soort proxy voor het gedrag van mensen, en niet zozeer de gerapporteerde compliance uit de metingen waar u op doelt, dus uit de gedragsunit. Deze gegevens worden natuurlijk wel nauwkeurig gemonitord. Die gebruiken

wij in de communicatie. Maar ze maken dus geen onderdeel uit van de modellen die ik u net heb laten zien.

De voorzitter:

We gaan zo vlot dat we ook nog aan een tweede ronde toekomen. Meneer Van Meijeren.

De heer Van Meijeren (FVD):

Ik heb net drie verduidelijkende vragen gesteld over één heel belangrijk punt, maar daar heb ik helaas nog steeds geen duidelijkheid over, namelijk: in welke mate heeft het toegenomen aantal positieve tests te maken met het toegenomen aantal tests dat überhaupt wordt uitgevoerd? Mevrouw Timen verwees net naar de presentatie, waaruit blijkt dat het aantal positieve tests aanzienlijk sneller stijgt dan het aantal tests. Dat staat op pagina 3. Het aantal meldingen van positieve tests is gestegen met 576%, terwijl het aantal extra tests slechts met 59% is gestegen. Maar daar staat bij dat die 59% alleen betrekking heeft op de GGD-testlocaties en niet op het testen voor toegang, terwijl daar natuurlijk aanzienlijk meer getest wordt dan bij die GGD-testlocaties. Kunt u ook aangeven hoeveel meer er is getest bij testen voor toegang?

Mevrouw Timen:

Ook dat is natuurlijk terug te rekenen als we kijken naar de aantallen testen per week in dat testen voor toegang. Er is een totaal aantal, dus de noemer. Je weet wat het percentage positiviteit is. Dus 300.000, met 0,2% positiviteit. Ik weet niet precies waar het op neer komt, maar enkele honderden. Dus het is niet zo dat deze stijging alleen maar door meer testen komt. Dat is beslist niet zo. Ik heb u ook laten zien dat mensen in Nederland in de Infectieradar een toename van luchtwegklachten rapporteren. Dit moet je in samenhang zien, omdat we in de afgelopen tijd steeds op deze manier gekeken hebben naar de ontwikkelingen van de epidemie in Nederland. Dus je kunt het niet los van elkaar zien.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Westerveld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ik heb een vraag over de maatregelen die zijn genoemd in de persconferentie. Er zijn een aantal kleine verscherpingen aangekondigd, die met name betrekking hebben op het geplacéerd zitten in de horeca en bij evenementen. Wat gaat nu het effect zijn van die maatregelen? In de brief van het OMT hebben we gelezen dat een aantal verscherpingen worden voorgesteld die niet worden overgenomen door het kabinet. Is er zicht op wat nou het effect gaat zijn van die verscherpingen die vrijdag wel zijn aangekondigd?

Mevrouw Timen:

Ja, dat effect moeten we de natuurlijk de komende tien dagen gaan zien. De maatregelen zijn afgelopen zaterdag ingegaan, dus de effecten moeten we nog zien in de volle betekenis van deze uitbraak. Het OMT had geadviseerd om de openingstijden van de algemene horeca tot 22.00 uur te beperken als een mogelijke extra aanvullende maatregel. Maar een kwantificering van het effect kan ik op dit moment niet geven, omdat het veel te vroeg is. U weet ook dat het meestal een tijd duurt voordat we de effecten zien.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we nu naar onze digitale deelnemers. Mevrouw Van Esch en de heer Hijink kunnen alleen luisteren en dus geen vraag stellen. Als eerste is het woord aan mevrouw Gündoğan.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb het idee dat de component gedrag structureel onvoldoende goed wordt ingeschat en dat we eigenlijk gewoon als beleid «better safe than sorry» moeten inzetten, mede ook omdat de achterstand in de reguliere zorg nog steeds onvoldoende is weggewerkt. Is dat eigenlijk wat u zegt?

Mevrouw **Timen**:

De laatste van de gedragsmetingen waar u op doelt, was in de periode vóór 5 juli. Die metingen hebben mogelijk ook nog niet de hele toename kunnen omvatten. Het is met terugwerkende kracht gerapporteerd gedrag. We meten niet een intentie tot gedrag. Het is dus per definitie terugkijken. Die informatie is zeer bruikbaar in de communicatie en om de boodschap te verfijnen, maar het is onmogelijk om die informatie op een andere manier in deze modellen te gebruiken, anders dan wat we doen, namelijk door te sleutelen en aan te passen op basis van de contactpatronen die we daadwerkelijk meten in de verschillende leeftijdsgroepen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Esch is toch ingelogd. Dan geef ik u het woord.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dank u, mijn internet haperde net, dus ik hoop dat ik nu wel verstaanbaar ben. Ik ben benieuwd naar de cijfers over long covid. Uit gesprekken met longcovidpatiënten begrijp ik dat de registratie bij het RIVM er een is van «dat kan je doen, maar het hoeft niet». Er is ook geen registratie bij huisartsen, die toch vooral veel met longcovidpatiënten werken. Kunt u een inschatting geven van hoe realistisch het beeld is dat nu bij het RIVM bekend is? Gaan jullie ook samenwerken met huisartsen om hen op te roepen om hun registraties door te geven? Anders heb ik het gevoel dat we bij het RIVM wel een soort registratiesysteem hebben, maar dat we misschien toch een vertekend beeld van de werkelijke situatie hebben.

Mevrouw **Timen**:

Inderdaad, dit is een onderzoek dat loopt en het is geen volledige landelijke registratie van longcovidpatiënten. Die registratie is er op dit moment inderdaad niet, zoals u ook al opmerkte.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Pouw-Verweij.

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

Ik heb een vraag over het verband tussen het aantal positieve testen en wat we kunnen verwachten met de vertraging in de ziekenhuizen. Eerder zag je, als er een toename was in het aantal besmettingen, twee weken later eenzelfde soort curve in de ziekenhuisopnames. We testen nu deels met een andere indicatie, dus niet alleen meer op basis van verdenking, maar ook op basis van toegang. Tegelijkertijd is het aantal vaccinaties heel erg gestegen, met name onder de kwetsbare groepen. Ik merk dat mensen heel erg schrikken van die piek, maar ik vraag me af: zal die piek zich ook weer in dezelfde piek vertalen zoals we gewend zijn? Of kunnen we nu verwachten dat het aantal opnames en ic-opnames waartoe dit zal leiden veel lager zal zijn? Ik vraag om een reflectie daarop.

Mevrouw **Timen**:

Inderdaad. De opnames in het ziekenhuis zullen zich nu voordoen tegen de achtergrond van een steeds hogere vaccinatiëgraad van de leeftijdsgroepen die normaal gesproken in het ziekenhuis opgenomen moeten worden. Dat zijn de volwassenen in de leeftijd van 50, 60 enzovoort; ouderen. Daar is de vaccinatiëgraad steeds hoger, met de dag. De

vaccinatiegraad zal een vertragende factor zijn in de snelheid waarmee de nieuwe infecties effect zullen hebben op de oudere leeftijdsgroepen. Dat bepaalt uiteindelijk ook de hoogte van het aantal ziekenhuisopnames. Een belangrijke factor is ook de mate waarin de jongeren zich weten te onthouden van contact met oudere leeftijdsgroepen of niet-gevaccineerden om de doorgaande keten van persisterende infectie te voorkomen. Met andere woorden, dit zijn vertragende factoren die maken dat we op dit moment zien dat het aantal meldingen sneller stijgt dan het aantal te verwachten ziekenhuisopnames. Hoe trager de opmars in de leeftijdsgroepen die normaal gesproken in het ziekenhuis zouden worden opgenomen, hoe kleiner de kans dat de toename in de zorg een hoge significantie heeft. Er zijn onzekerheden op dit moment, maar het is aannemelijk dat de opnames vertraagd zullen plaatsvinden ten opzichte van wat we gewend waren in de golven voordat de vaccinatie werd ingevoerd.

De voorzitter:

Dank u wel. Het gebouw wordt afgebroken terwijl we deze technische briefing houden. Ik zie dat de verbinding met mevrouw Simons verbroken is. Misschien schakelt ze later nog in. Dan gaan we verder met de tweede ronde en kom ik weer bij mevrouw Westerveld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ik zou graag nog doorgaan op mijn vorige vraag over wat het effect zal zijn van de maatregelen die afgelopen vrijdag zijn aangekondigd. Nu is onze strategie gericht op het ontlasten van de zorg en zo zijn er nog een aantal andere factoren die een rol spelen. Nu steeds meer mensen gevaccineerd zijn, zouden we deze strategie nog moeten volgen? Of zouden we moeten kijken naar andere zaken? Welk effect zou het hebben als we kijken naar de maatregelen die nu worden genomen? Zouden we die niet moeten verbreden? Zouden we niet veel meer moeten kijken naar bijvoorbeeld het aantal besmettingen?

Mevrouw Timen:

Ik sta u te woord als wetenschapper, als arts maatschappij en gezondheid, en dit is een politieke vraag. De doelen worden door het kabinet, door de politiek, vastgesteld en het is niet aan mij om daaraan te sleutelen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Kuiken.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Ik begon over modellen, maar ik zoek eigenlijk naar manieren waarop we beter kunnen inschatten wat een deltavariant doet, zodat we veel beter kunnen sturen op een laag aantal besmettingen. Daarmee kunnen we virusmutaties voorkomen, hoop ik. Maar veel maatregelen die het OMT nu voorstelt gaan nog steeds uit van wensdenken. Gedrag wordt daarin niet meegenomen. Om een voorbeeld te noemen: houd ouderen en jongeren uit elkaar. Hoe dan, op welke manier? Op welke wijze kun je dat vatten in de schattingen die je doet? Ik mag dat geen modellen noemen, maar hoe kun je dat vatten in de aannames die je doet, in de uitkomsten die je berekent, in de schattingen die je doet? Dat is natuurlijk waarvoor we hier zitten: een redelijke schatting maken van wat we kunnen verwachten van de maatregelen die nu zijn getroffen. Gaan we niet te veel uit van wensdenken? Ook dit is er weer zo'n voorbeeld van.

Mevrouw Timen:

De plek waar de besmettingen efficiënt zijn overgedragen, is er niet meer. Die is als het ware weggehaald uit de epidemiologische situatie in Nederland. Dat zal verreweg de grootste impact hebben, schatten wij.

Ten tweede dat wensdenken. Operationalisering van het advies om weg te blijven bij kwetsbare ouderen en verdere transmissie te voorkomen, is: laat je testen als je in zo'n situatie bent geweest, als je weet dat je ergens bent geweest waar besmettingen zijn geweest en waar niet te veel aandacht was voor de maatregelen. Laat je testen en blijft thuis de komende tijd. We zien nu een toename in de testvraag. Ook hebben we begrepen dat heel veel mensen de weg weten te vinden naar de teststraten. We zien ook dat verreweg de meesten die zich laten testen, de jongeren zijn. Op de een of andere manier stuit deze boodschap dus op begrip bij hen. In hoeverre dat daadwerkelijk het geval is, gaan we zien.

De heer **Paternotte** (D66):

Drie weken geleden hadden we een technische briefing waarbij best veel partijen zeiden: we gaan nu heel veel versoepelen, ook extra; gaat dat wel goed? Dat was eigenlijk de centrale vraag. Toen zei de heer Van Dissel: als ik naar het buitenland kijk, doet Nederland eigenlijk niet heel veel anders dan andere landen. Maar ja, ik constateer nu dat ze in Duitsland, Denemarken en België hun disco's niet open hebben en dansen alleen in de buitenlucht toestaan. Zo'n inschatting kan een keer niet kloppen. Het model heeft ons dit keer niet helemaal goed gediend, maar dat maakt het misschien des te belangrijker om het andere punt uit het OMT-advies van vorige week te pakken, namelijk dat het OMT wekelijks de situatie in ogenschouw neemt en zo actueel mogelijk informatie probeert te interpreteren. Dat sluit een beetje aan bij wat mevrouw Kuiken zei. We zien nu weer een veel verdere oploop. U zegt: we hebben een aantal adviezen uitgebracht en als je je daaraan houdt, kun je denken dat er een daling zal zijn. Komt het OMT deze week nog een keer bij elkaar om te zorgen dat het advies actueel blijft en er op tijd wordt ingespeeld op nogal snelle ontwikkelingen?

Mevrouw **Timen**:

Vandaag komen we als RIVM naar buiten met een duiding en we maken als OMT-leden voor vrijdag nog een update van de situatie. Het OMT was van plan om volgende week bij elkaar te komen, om in ieder geval te kunnen zien welk effect de maatregelen van deze week hebben gesorteerd. Want ze zijn zaterdagochtend ingegaan, en vrijdag is nog aan de vroege kant om er überhaupt iets van te kunnen zien. Op dit moment is de planning dat het OMT volgende week bij elkaar komt.

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

Ik zou nog wel wat willen weten over het aantal gevaccineerde mensen dat positief is bevonden. Verder zou ik graag willen weten bij welke vaccins het hoogste aantal positieven zijn geteld. Is dat AstraZeneca, Pfizer of Moderna? Heeft u daar cijfers van?

Mevrouw **Timen**:

Nee, deze cijfers heb ik niet. Ik denk dat daarvoor eventueel een andere gast van de directie COVID-19-vaccinatieprogramma zou kunnen worden uitgenodigd. Maar die cijfers heb ik niet.

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

Kunnen die cijfers wel voor het debat van morgen worden geleverd?

Mevrouw **Timen**:

Dat kan ik u niet garanderen. Nogmaals, het is voor mij niet mogelijk om hier iets over te zeggen.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik zit nog steeds te puzzelen of het RIVM deze ervaring bijna volledig toeschrijft aan testen voor toegang en of je er conclusies aan moet

verbinden als de R-waarde boven een bepaalde waarde komt. Is dat overwogen?

Mevrouw **Timen**:

Deze toename wordt toegeschreven aan de besmettingen, opgelopen in settings waarin jongeren bij elkaar zijn gekomen. In deze settings werd zeker voor een deel gebruik gemaakt van testen voor toegang, maar dat hoeft niet per se altijd zo te zijn. Er zijn ook studentenactiviteiten en andere activiteiten geweest. Dus het is toe te schrijven aan de opleving van de sociale activiteiten van jongeren, in de voorheen bekende plaatsen waar deze activiteiten tot bloei kwamen. Ik wil benadrukken dat verreweg de meesten zich wél hielden aan de afspraken, zoals thuistesten of eerlijk zijn bij testen voor toegang. De meeste jongeren hebben zich er dus aan gehouden. Maar er zijn ook situaties waarin dat niet gebeurd is en die zorgen bij de deltavariant, die zo besmettelijk is, toch wel voor een enorme verspreiding van het virus.

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

Toch nog even door op de deltavariant. Er is informatie uit het buitenland gebruikt om toch te kunnen voorspellen. Was deze zelfde ontwikkeling dan niet te zien in het Verenigd Koninkrijk? Want zij liepen toch een beetje op ons voor. Gaan we nu ook bij de clusters kijken of het inderdaad allemaal besmettingen met de deltavariant zijn?

Mevrouw **Timen**:

Ja, daar gaan we natuurlijk van uit, omdat de deltavariant de dominante variant is. Dat is zonder meer zo. Maar nogmaals, ik hecht eraan om te benadrukken dat de deltavariant en het effect daarvan natuurlijk van tevoren werden gemodelleerd. U hebt de afgelopen tijden de prognoses gezien, gepresenteerd tijdens de afgelopen persbriefings. Ik heb alleen wel gezegd dat de prognoses geen rekening hebben kunnen houden met deze toename van de intensiteit van de activiteiten in twee weken tijd. Dat was niet te voorspellen. Maar wel een toename van het aantal infecties door de deltavariant, die conform de verwachtingen niet alleen in Nederland, maar ook in andere landen voor een groot deel kon worden opgevangen door een almaar stijgende vaccinatiegraad.

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

Was gedrag datgene wat niet goed is meegenomen in de prognoses? U zegt namelijk dat de deltavariant eigenlijk wel was voorzien, maar dat het gedrag ervoor zorgde dat het niet goed ging.

Mevrouw **Timen**:

Het is het creëren van de mogelijkheid tot dit gedrag. Het gaat erom dat deze explosieve groei niet is te voorspellen. Je kunt niet proactief aan jongeren vragen of ze ervan uitgaan dat ze in die situatie zullen belanden. De jongeren hebben ook begrepen dat het veilig is: je kunt je laten testen, je gaat, maar alles is open. Dat is eigenlijk wat er aan de hand is geweest.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg.

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

Eigenlijk een vraag meer voor de toekomst. Kan mevrouw Timen bij een volgende presentatie op basis van de cijfers die we nu kennen van het aantal gevaccineerden en het gemiddeld aantal mensen dat nog in het ziekenhuis terecht komt een inschatting maken wat dat betekent voor het najaar, ook gezien de veranderende weersomstandigheden? Nu werd er immers gehoopt op een vaccinatiegraad van 85% en dat er nog zo'n 5%

van de mensen is bij wie het vaccin niets doet. Wilt u daar de volgende keer wat indicaties van geven in het model?

Mevrouw **Timen**:

Zeker, wij draaien simulaties waarbij we rekening houden met verschillende vaccinatiegraden, maar ook met een toename van het reproductiegetal, dus bij een variant die nog besmettelijker zou kunnen worden. Zeker, die zijn er.

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

De vorige keer heb ik aan de heer Van Dissel gevraagd of hij eens wil uitleggen wat het verschil is tussen een positieve test en een besmetting, omdat die termen heel vaak door elkaar worden gebruikt. Toen heeft hij bevestigd, zoals de heer Gommers eerder ook al zei, dat van een positieve test sprake is als er een klein stukje genetisch materiaal van het virus wordt aangetroffen in de neus of de keel en dat pas sprake is van een besmetting als dat gepaard gaat met symptomen die bij corona horen. Nu valt op dat het aantal positieve tests weliswaar verzevenvoudigd is, maar dat het aantal tests dat bij de GGD is afgenomen slechts met 50% is gestegen. Mensen met klachten laten zich testen bij de GGD-locaties en mensen zonder klachten laten zich testen bij testen voor toegang. Erkent u dat het onjuist is om te spreken over besmettingen als positieve tests bedoeld zijn, dat dit verschillende begrippen zijn en dat het aantal positieve tests in ieder geval hoger moet liggen dan het aantal daadwerkelijke besmettingen?

Mevrouw **Timen**:

Dan moet ik een nieuwe term introduceren, namelijk asymptomatische besmettingen. We weten ook dat mensen inderdaad het virus in de keel kunnen hebben en het ook kunnen overdragen. De metingen van de kans op overdracht door asymptomatisch besmette personen lopen uiteen van 30% tot 50% van alle besmettingen. Het is dus pertinent niet zo dat mensen die geen klachten hebben en die positief testen, niet besmettelijk zijn voor hun omgeving. Dat is absoluut niet zo. Dat is al heel lang bekend. Daar waarschuwt ook de WHO al heel lang voor. We hebben het verschijnsel asymptomatische besmetting. We hebben het verschijnsel klinische infectie. Mensen met veel klachten dragen natuurlijk veel makkelijker een infectie over naarmate de klachten heftiger zijn en het contact nauwer is. Kortom, er is een scala aan mogelijkheden waarbij besmetting van de een op de ander plaatsvindt. We zouden dit virus tekortdoen als we zouden denken dat alleen manifest klinische patiënten in staat zijn om anderen te besmetten. Het is wel degelijk heel goed mogelijk dat dat ook asymptomatisch gebeurt.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

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

Maar ik merk wel dat u dan iets totaal anders zegt dan de heer Van Dissel en de heer Gommers ...

De **voorzitter**:

Nee, nee, nee, nee, we gaan nu niet in discussie. Iedereen houdt zich daar netjes aan. Meneer Van Meijeren...

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

... dus u spreekt elkaar echt tegen.

De **voorzitter**:

Meneer Van Meijeren, alstublieft. Ik had willen voorstellen dat we, als iedereen geweest is, misschien voor een prangende vraag nog een derde ronde zouden kunnen doen, maar ga er niet zo doorheen ...

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

Een punt van orde, mevrouw de voorzitter. Ik vind wel dat u er als voorzitter ook op zou moeten letten als er feitelijk onjuiste informatie verstrekt wordt die lijnrecht indruist tegen wat eerder, vorige week nog, door Van Dissel gezegd is, want op deze manier worden we natuurlijk van het kastje naar de muur gestuurd en komen we hier nooit achter de verduidelijking.

De **voorzitter**:

Meneer Van Meijeren, we worden hier geïnformeerd door het RIVM en niet door Fleur Agema van de PVV. Gelukkig maar.

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

U kunt toch wel zien dat er andere informatie wordt verteld dan wat de heer Van Dissel zegt? Die heeft vorige week gezegd dat er bij een besmetting sprake moet zijn van klachten. Dat wordt nu lijnrecht ontkend.

De **voorzitter**:

Het staat u helemaal vrij om dat politiek te duiden en om daar morgen bij het debat iets over te zeggen, maar nu stellen wij vragen aan mevrouw Timen van het RIVM. Zij gaat over haar eigen antwoord. Ik ga naar onze digitale deelnemers. Mevrouw Gündoğan. Uw microfoon, mevrouw Gündoğan.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Sorry, voorzitter, ik dacht dat ik de microfoon aan had gezet, maar dat was nog niet zo. Volgens mij blijft het onderdeel gedrag heel lastig. Vaccinatie is datgene waar we nu het meest op kunnen varen. Volgens mij zijn daarin een paar dingen nog niet helemaal goed geregeld. We hebben heterogeniteit in bepaalde buurten. Ik zou het fijn vinden – ik weet dat sommige GGD's dat inzichtelijk hebben – om gewoon duidelijk te hebben welke buurten een lage vaccinatiegraad hebben en wat we daarin nog zouden kunnen betekenen. We moeten dus niet versoepelen voordat ook jongeren gewoon zijn gevaccineerd. Zie ik dat op dit moment juist? Ik wil dit beeld graag als toets aan u voorleggen.

Mevrouw **Timen**:

Klopt. GGD'en zijn inderdaad heel erg hard bezig om per buurt of wijk in kaart te brengen hoe de vaccinatiegraad in elkaar zit. Veel GGD'en hebben een vaccinatiebus en allerlei andere initiatieven om de mensen te vaccineren op de plek waar ze zich bevinden. Het is absoluut een zorgpunt. Het gebrek aan homogeniteit in de vaccinatiegraad in grote steden, in bepaalde gemeenten en in de regio van de zogenaamde biblebelt zijn onze kwetsbaarheden, absoluut. Nederland is kwetsbaar doordat de vaccinatiegraad niet gelijkmatig oploopt. De GGD'en doen ontzettend hun best om dat recht te zetten. Daarom is het advies van het OMT ook geweest om de maatregelen die nu geadviseerd waren, in ieder geval vol te houden totdat iedereen de kans krijgt om ten minste één vaccinatie te hebben, om ook de jongeren bescherming te bieden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van Esch.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik ben nog wel benieuwd naar vakanties en het scenario dat het percentage besmettingen ook daar oploopt. Je ziet op slide 13 dat het nu

nog een relatief klein percentage is, maar we weten natuurlijk dat nu nog steeds heel veel mensen op vakantie gaan. Er zijn afgelopen vrijdag eigenlijk geen maatregelen aangekondigd wat betreft vakanties en reizen. Ik zie in de scenarioschets wel dat er in het najaar 2021 gekeken wordt naar de prognoses voor eventuele stijgingen bij reizen en vakantie, maar is het niet slim – ik ben benieuwd naar de visie van het OMT daarop – om die modellen misschien wat strikter te gaan hanteren, gezien de mogelijkheid dat met die reizen de deltavariant de aankomende tijd nog eens een keer dubbelop in de cijfers gaat terugkomen?

Mevrouw Timen:

Daarvoor is inderdaad de maatregel dat mensen zich bij terugkomst laten testen. Het verzoek is om dat te doen als je terugkomt uit het buitenland. Op dit moment is ook in Nederland natuurlijk de deltavariant bezig om de alfavariant volledig te verdringen. Maar wat ook belangrijk is, is dat het RIVM simulaties maakt waarin rekening wordt gehouden met bepaalde aantallen importgevallen en wat het effect daarvan zal zijn op een mogelijke piek in het najaar. Ook dat maakt deel uit van de simulaties die gemaakt worden voor het najaar. Die zult u zien in een vervolgbriefing in de toekomst. Absoluut.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Pouw-Verweij.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Ik zou graag nog heel even door willen gaan op mijn vorige vraag. Ik ben op zoek naar hoeveel zorgen we ons moeten maken op dit moment, gezien de veranderende situatie. Eerder was duidelijk dat we, als we een hoge piek zagen in de besmettingen, ons heel veel zorgen moesten gaan maken over pieken in het ziekenhuis. Nu ligt de vaccinatiegraad anders en zien we de besmettingen onder een groep waarvan we weten dat de waarschijnlijkheid van opname veel lager ligt. Hier zoek ik een beetje naar. Wetende dat het vooral jongeren zijn, wetende dat de ouderen en kwetsbaren veel beter beschermd zijn en dat het alleen nog maar verder oploopt, hoe erg moeten we dan schrikken van de piek in besmettingen op dit moment?

Mevrouw Timen:

Ik ben hier inderdaad voor de technische antwoorden. We zien in Nederland dat ongeveer 3 miljoen mensen nog niet gevaccineerd zijn. Die lopen dus de kans om in het ziekenhuis te belanden. We weten ook dat in de groepen onder de 40 en boven de 40 nog niet iedereen volledig gevaccineerd is. De kans is er dat dit virus alsnog mensen zal infecteren die in de leeftijd zitten dat ze opgenomen moeten worden. Nogmaals, dat hangt af van de snelheid van het completeren van de vaccinatiestatus. Twee vaccinaties beschermen natuurlijk veel beter dan één. Van de mate van zorg kan ik dus geen inschatting geven. Ik heb u de bovengrens en ondergrens laten zien. Uiteindelijk zal het aantal ic-opnames ergens daartussen belanden, maar het is op dit moment onmogelijk voor mij om daar een exact getal aan te koppelen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan komen we hiermee bij de tweede vragenronde. Ik kijk even om me heen. Ik zou wel graag nog een vraag willen stellen, maar ik dacht: ik kijk eerst even of een van u nog een hele dringende vraag heeft. Lisa, mag ik dan heel even aan jou het voorzitterschap overdragen?

Voorzitter: Westerveld

Mevrouw Agema (PVV):

Ik was eigenlijk heel erg geraakt doordat mevrouw Timen op een gegeven moment zei dat we in de modellen onmogelijk rekening kunnen houden met superspreading events. We weten natuurlijk al sinds februari vorig jaar – toen ontplofte corona bij ons in Nederland tijdens carnaval, dat gevierd wordt in bedompte ruimtes met veel mensen bij elkaar – dat dat een van de belangrijkste karaktereigenschappen is van corona. Mijn vraag is als volgt. U schrijft dat ventilatie ook belangrijk is. Daar roepen we al een poosje toe op. Zou het OMT dan niet een flinke stap erbovenop moeten zetten als het gaat om die ventilatie? Want ik zie anders onze natte horeca, de discotheken en noem maar op, voorlopig niet meer opengaan. Dat vind ik toch ook heel erg zorgelijk. Kan het OMT niet wat meer doen met ventilatie in de adviezen en met het coronaproof maken van het moment dat we weer met z'n allen naar de disco gaan?

Mevrouw Timen:

Het OMT heeft de afgelopen tijd al keer op keer het belang van de ventilatie in de binnenruimtes benadrukt, en aangegeven dat dat echt belangrijk is en dat daar rekening mee moet worden gehouden. Het OMT is natuurlijk een wetenschappelijk adviesorgaan. Het geeft een advies en baseert zich op de stand van de wetenschap. Dat is wat het OMT kan. Het OMT gaat niet over handhaving. Het OMT benadrukt keer op keer het belang van ventilatie, zeker in deze settings.

De voorzitter:

Er is nog een vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik heb een slotvraag waar, denk ik, heel veel mensen in geïnteresseerd zijn. Vorige week hadden wij nog een incidentie van 40 op 100.000. Nu is die incidentie bijna 270 op 100.000. Dat betekent dat wij donderdag waarschijnlijk bij de ECDC op rood of donkerrood vliegen. Kunt u daar iets over zeggen? Want het lijkt me niet eens rood, maar donkerrood. Kunt u daar misschien iets over zeggen? Ik denk dat heel veel mensen heel graag willen weten wat er met hun vakantie gaat gebeuren.

Mevrouw Timen:

Het is natuurlijk aan ECDC om dat te doen. ECDC kijkt naar de incidentie op basis van twee weken, dus de tweewekelijkse incidentie. Boven een incidentie van 200 op 100.000 per twee weken kom je dus in terecht in rood. Gekoppeld kijken ze ook naar het percentage positieven die gemeld worden door Nederland. Daar melden we dus een combinatie van het percentage positieven in de teststraat en van het testen voor toegang, waar we ook de teller en noemer van hebben. Daardoor komen we lager uit dan 14%. Waar we donderdag ingeschaald worden, weet ik niet precies. Dat is uiteindelijk echt aan ECDC. Maar de kans is groot dat wij qua kleur veranderen.

Voorzitter: Agema

De voorzitter:

Ik kijk nog even naar mijn collega's. Er moet geen debat volgen, maar heeft iemand nog echt gewoon een vraag? Nee? Niemand? O, wel! Meneer Paternotte, ik dacht dat u non-verbaal aangaf van niet. Ik zou zeggen: meneer Paternotte, de laatste vraag namens ons allemaal.

De heer Paternotte (D66):

Marino van Zelst had al een analyse van de cijfers voor ECDC, waardoor de meeste provincies inderdaad op rood zouden gaan donderdag. Maar mijn vraag gaat over de festivals. U geeft aan dat er clusters zijn bij bijvoorbeeld kermissen. Dat was op een kermis waar allemaal cafés

omheen zijn. Het is wat betreft de transmissie heel fijn om te weten of je superspreads kunt hebben in de buitenlucht of dat je een superspread hebt omdat mensen daaromheen binnen bij elkaar komen. Dat zou heel nuttige informatie zijn. Het begon allemaal bij de wedstrijd van Atalanta Bergamo, waarbij die wedstrijd een superspread was. Toen zeiden mensen: de transmissie heeft misschien in de bus en de trein plaatsgevonden. Wordt daar heel specifiek naar gekeken? Kunnen we daar ook een duiding van krijgen als we morgen de informatie over de 137 clusters krijgen? Dat zouden wij heel fijn vinden.

Mevrouw Timen:

We zullen kijken wat we precies kunnen achterhalen via de GGD'en. Zeker is de kans op besmetting binnen groter dan buiten, zeker bij veel meer mensen binnen dan buiten. Maar de kans buiten is ook aanwezig. Dat weten we natuurlijk. Ik zal kijken in hoeverre onze voorbeelden op dit moment voldoende uitgeplozen zijn om zo'n mate van details daarin te vinden, maar we gaan ons best doen daarvoor.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Ik was nog even benieuwd naar het aantal vaccinaties. Volgens mijn ruwe schatting zijn er nog 500.000 mensen met een kwetsbare gezondheid die nog niet geprikt zijn. Die moeten thuis geprikt worden. Qua beeld gaat dat om mensen met een immunologische achtergrond. Herkent u die cijfers?

Mevrouw Timen:

Dat heb ik niet voorbereid. Zoals ik zei, waakt de directie covidvaccinatieprogramma hierover. Die cijfers heb ik niet opgevraagd. Ik zal me nu niet wagen aan een inschatting uit mijn hoofd, want ik weet het niet precies.

De heer Van Meijeren (FVD):

Heel technisch: wordt nu wel of niet bijgehouden of mensen die met covid in het ziekenhuis liggen al dan niet gevaccineerd zijn en, zo ja, met welk vaccin?

Mevrouw Timen:

Daar raakt u weer een ander punt. Het vaccinatieregistratieprogramma is niet gekoppeld aan NICE. Dat is nog niet mogelijk, dus dat kunnen wij op dit moment niet zo bijhouden.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Nog even over de beddenbezetting. Ik zie in de cijfers dat er een laag aantal mensen met covid in het ziekenhuis ligt. Ook ligt een laag aantal mensen op de ic's. Dat aantal is zelfs nog lager dan voor de versoepelingen op 26 juni. Ik ben dan toch benieuwd wat de reden is geweest om de versoepelingen weer terug te trekken omdat het doel van de coronamaatregelen onder andere was om de beddenbezetting laag te houden. Nu is er kennelijk toch gekozen voor het aantal besmettingen of het aantal positieve tests. Mij is nog niet helemaal duidelijk waarom dat is gebeurd.

Mevrouw Timen:

Dat advies is ingegeven om juist dat doel te beschermen. De meldingen doen zich op dit moment voor onder jongeren. De kans dat onder de 3 miljoen mensen die niet gevaccineerd zijn ook mensen zullen zijn die in het ziekenhuis belanden, is natuurlijk heel erg hoog. Deze maatregel is dus genomen om te voorkomen dat de infecties doorsijpelen naar de leeftijdscategorieën waarin ziekenhuisopnames en ic-opnames plaatsvinden.

De voorzitter:

Dank u wel. Goed, dan zijn we hiermee aan het einde gekomen van deze technische briefing, waarin we een update kregen van mevrouw Timen van het RIVM over de ontwikkelingen met betrekking tot het coronavirus. Je weet nooit of dit nu onze laatste bijeenkomst is geweest op het Binnenhof, maar morgen vindt het debat plaats in de Ridderzaal. Dat is heel bijzonder. Ik zie u allen morgen weer terug. Ik dank nogmaals mevrouw Timen voor haar presentatie. Ik dank de collega's hier in de zaal. Ik dank de Dienst Verslag en Redactie, de bodes, de griffie en iedereen die van afstand meegekeken heeft.

Sluiting 14.31 uur.