

Dilemma's bij de vaccinatie tegen COVID-19

- Het tempo waarin vaccins beschikbaar komen is in de praktijk moeilijk voorspelbaar. Er zijn onzekerheden t.a.v. registratie en onzekerheden t.a.v. de exacte leverschema's. Sommige vaccins komen sneller dan verwacht (Pfizer, Moderna) andere vaccins later (AstraZeneca, CureVac). Dit maakt planning en toedeling van vaccins over langere perioden niet goed mogelijk. Daarbij zijn de logistieke eisen per vaccintype verschillend. Ook moet er een besluit genomen worden over het te hanteren vaccinatieschema: twee dosis, verlengd interval, één dosis of verlaagde dosis.
- De epidemie is van invloed op de vaccinatiestrategie. Als er veel verspreiding is, zoals nu, is bescherming van de meest kwetsbare groep noodzakelijk om sterfte en ernstige ziekte te voorkomen. Tegelijkertijd is er een dubbele belasting van verpleeghuis- en ziekenhuispersoneel door een hoog patiënten aanbod en hoog ziekteverzuim. Als er weinig verspreiding is, kan eenvoudiger een keuze gemaakt worden wie met welk vaccin wordt gevaccineerd. Uitstel levert dan weinig extra ziekte en sterfte op.
- De Gezondheidsraad heeft drie strategieën beschreven: directe bescherming van risicogroepen (met name ouderen), verminderen transmissie en bescherming van cruciale beroepen of alleen zorgmedewerkers. De drie strategieën zijn onderling niet vergelijkbaar. De aanbevolen strategie (de eerste) voorkomt ziekte en sterfte, maar heeft weinig invloed op de verspreiding. Een strategie gericht op vermindering van transmissie is in potentie efficiënt, maar omgeven met veel onzekerheden: wat is het effect op het gedrag, het effect van vaccins op de transmissie is nog onbekend en ook onzekerheid over de vaccinatiegraad. De derde strategie is indirecter en maar deel gericht op voorkomen van ziekte en sterfte, maar ook op voorkomen van ontwrichting van de samenleving en de gezondheidszorg.
- Vaccins die voor een strategie ingezet worden kunnen niet voor een andere strategie ingezet worden, tenzij die strategie al is voltooid. Zo leidt inzet voor strategie 3 (bijvoorbeeld voor zorgmedewerkers) direct tot verminderde inzet van vaccins voor strategie 1 (met meer sterfte en ziekte tot gevolg).
- Zo lang er volop verspreiding is van Covid-19, kan vaccinatie niet los gezien worden van de andere maatregelen. Vaccinatie van risicogroepen leidt niet direct tot een afschaling van de overige maatregelen; dit kan pas veilig gebeuren wanneer de vaccinatiegraad van de bevolking voldoende hoog is.
- Behalve de vaccins voor de drie strategieën, zijn er ook nog vaccins benodigd voor wetenschappelijk onderzoek en mogelijk ook voor gerichte uitbraakbestrijding.

Advies OMT/GR over het volgende:

Er is geen wetenschappelijke manier om de strategieën 1 en 3 tegen elkaar af te wegen. Om te voorkomen dat deze strategieën ten koste gaan van elkaar is het voorstel een vaste verdeling van beschikbaar vaccins te gaan gebruiken. Binnen de strategieën kan dan geprioriteerd worden, maar niet tussen strategieën:

- Strategie 1 (ouderen en risicogroepen) krijgt 80%, strategie 3 (cruciale beroepen) krijgt 15% en de overige 5% is voor onderzoek en uitbraakbestrijding.
 - Deze percentages kunnen ook anders worden vastgesteld door Gezondheidsraad en OMT, maar veranderen daarna niet meer.
- Na voltooiing van de ouderen en medische risicogroepen wordt op basis van modellering, epidemiologische en wetenschappelijke informatie en na advies van Gezondheidsraad en OMT besloten over inzet van vaccins voor strategie 2.

5.1.2e

, 5.1.2e

, 3-1-2021