

Vergaderjaar 2020–2021

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 1100**

**VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING**

Vastgesteld 7 april 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 24 maart 2021 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

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

De waarnemend voorzitter van de commissie,  
Agema

De griffier van de commissie,  
Esmeijer

**Voorzitter: Lodders**  
**Griffier: Bakker**

Aanwezig zijn dertien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Diertens, Dik-Faber, Van Esch, Van Haga, Hijink, Kröger, Kuiken, Lodders, Van Otterloo, Van der Staaij en Veldman,

alsmede de heer Van Delden en de heer Van Dissel.

Aanvang 10.00 uur.

**De voorzitter:**

Goedemorgen, hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing over de update van het coronavirus. Ik heet onze gasten van vandaag welkom. Inmiddels is aan tafel aangeschoven de heer Van Delden, programmadiirecteur vaccinatie COVID-19 van het RIVM. Hartelijk welkom. Zo dadelijk zal ook aanschuiven de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding, ook van het RIVM.

Hartelijk welkom aan de leden, fijn dat u er vanmorgen ook weer bent. Naar verwachting is het nu toch echt de allerlaatste technische briefing in de oude samenstelling van de Kamer. Volgende week zal de nieuwe Kamer geïnstalleerd worden en zal er ook een andere samenstelling van deze commissie zijn. Hartelijk welkom aan de mensen die deze briefing thuis op afstand volgen; zeer welkom.

### **Blok 1**

Gesprek met:

- de heer Van Delden, programmadiirecteur vaccinatie COVID-19 van het RIVM

**De voorzitter:**

Ik zou willen voorstellen om snel van start te gaan met de eerste presentatie, door de heer Van Delden. De presentatie staat overigens op de website van de Tweede Kamer, zoals u van ons gewend bent. Met de leden zou ik willen afspreken om in totaal drie vragen te stellen. Het is aan hen hoeveel vragen zij aan welke persoon stellen. Meneer Van Delden, mag ik u het woord geven voor uw presentatie? Gaat uw gang.

**De heer Van Delden:**

Dank u wel. Ik zal proberen om de presentatie in een redelijk voortvarend tempo te doen, zodat er nog voldoende tijd is voor de vragen. U heeft allemaal een print van de presentatie. Daarop is vaak vetgedrukt wat nieuw is ten opzichte van de vorige. Zo probeer ik een volledig beeld te schetsen met daarin de informatie die ik mogelijk deels al eerder heb verteld en vaak vetgedrukt wat daarin nieuw is.

Wat belangrijk is om mee te starten, is dat we recent vanuit de Gezondheidsraad drie adviezen hebben gekregen. Het eerste advies gaat over het vaccin van Janssen. Dat is eigenlijk een heel duidelijk advies. Het advies is: dit vaccin is goed en het is geschikt voor alle leeftijden. Dat is het eerste wat belangrijk is. Er is dus een vaccin bij gekomen dat we in kunnen zetten. Dit vaccin zal vanaf de tweede helft van april beschikbaar zijn, eerst nog in wat kleinere aantallen per week, maar daarna neemt dat toe. Dus dat is mooi.

Een ander advies dat is verschenen, gaat over wat te doen bij mensen die vrij recent een covidbesmetting hebben gehad. Moeten die nog een of twee vaccinaties krijgen? Normaal gesproken zet dat eerste vaccin je immuunsysteem aan en dient het tweede vaccin als een soort booster om de totale immuunrespons te vergroten. Maar de doorgemaakte

besmetting heeft dan eigenlijk het effect van het eerste vaccin gehad. Het eerste vaccin dat je toedient, heeft dus het boostereffect dat anders het tweede vaccin zou hebben gehad. Dat is dus het tweede advies van de Gezondheidsraad.

Het derde advies van de Gezondheidsraad gaat over AstraZeneca, het vaccin waar we al een tijd mee werken. Daarvan werd tot voor kort gezegd: zet dat in tot 65, want daarboven weten we eigenlijk onvoldoende over de effectiviteit ervan. Maar de Gezondheidsraad heeft, op basis van de nieuwe gegevens die er zijn, gezegd dat dit vaccin ook voor boven de 65 prima geschikt is. Net zoals bij alle andere vaccins zit er geen leeftijdsbegrenzing aan. Dat betekent in de praktijk dat het nu ook wordt gebruikt door de huisartsen van mensen met een BMI boven de 40, dus mensen met morbide obesitas, en voor mensen boven de 65 met het downsyndroom. Daarvoor wordt het vaccin nu dus al gebruikt. Maar in principe is het dus boven de 65 net zo geschikt als de andere vaccins. Dat is belangrijk, want deze drie zaken betekenen dus iets voor hoe we aan het vaccineren zijn en gaan.

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema, u heeft een technische vraag?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Even een verduidelijkende vraag: voor hoeveel mensen geldt dat nu? Hoeveel mensen hebben tot nu toe dat AstraZenecavaccin gekregen van de laatste groep mensen die u noemde, dus de mensen met een BMI boven de 40 en de mensen met het syndroom van Down, dus de mensen met de medische aandoeningen? Hoeveel zijn er daarvan nu gezet?

**De heer Van Delden:**

En dan bedoelt u vooral de mensen boven de 65, toch?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik bedoel de derde groep die u noemt.

**De heer Van Delden:**

Waar het gaat over de mensen boven de 65 met een BMI boven de 40 of met een syndroom van Down: dat start nu. Dat zijn er dus misschien tot nu toe een tiental geweest, niet meer dan dat. Dat is echt waar we sinds kort mee zijn begonnen, omdat het advies van de Gezondheidsraad nog vrij recent is. Dat zijn dus echt nog heel kleine getallen.

Verder hebben we in de communicatie een aantal nieuwe producten opgeleverd. De belangrijkste daarvan is, denk ik, dat je via internet kan nagaan wanneer je ongeveer aan de beurt bent voor je vaccinatie. Daar zitten echt nog wel behoorlijke vrijheidsgraden in, dus dat gaat steeds preciezer worden. De inschatting daarvan zal elke week of elke twee weken beter worden. Daar blijven we aan werken. Hoe verder we komen in de tijd, hoe minder scenario's er overblijven en hoe meer leveringszekerheid we hebben van de farmaceuten, hoe beter je dus kan inschatten wie wanneer aan de beurt is.

De vaccinatiegraad. U ziet hier twee grafieken. De linkergrafiek met die hele hoge lijnen geeft aan wat de vaccinatiegraad is voor de eerste vaccinatie. Daarnaast ziet u die voor de tweede vaccinatie. Die loopt logischerwijs achter in de tijd, want de tweede vaccinatie is enige tijd na de eerste. Die loopt daardoor ook nog achter in welke graad je daar haalt. Wat je daar ziet, is dat sommige mensen in hun leeftijdscategorie al ietsje voorlopen op de officiële startdatum voor die leeftijdscategorie. Dat heeft twee verklaringen. Dat heeft voor een deel te maken met de Waddeneilanden. Op de kleinere Waddeneilanden hebben we iets versneld om de groep groot genoeg te maken, zodat we geen spillage kregen. Het heeft er ook mee te maken dat sommige zorgmedewerkers boven de pensioenge-

rechtigde leeftijd nog doorwerken en vanuit die hoedanigheid gevaccineerd zijn. Dat maakt dat er in die groepen soms al een heel kleine aanloop is voordat de start van de grote groep echt begint. Mijn collega Jaap van Dissel zal straks ingaan op de effecten van vaccinatie. Die laat ik hier even buiten beschouwing. Ik richt me vooral even op de uitvoering van de operatie.

De heer **Van Otterloo** (50PLUS):

Bij 18-plus gaat het dus om de mensen die niet in de hogere leeftijdsgroepen zitten en wel gevaccineerd zijn? Of is dat nu het totaalandaal van de bevolking, inclusief de ouderen?

De **voorzitter**:

Meneer van Delden, misschien kunt u dat nader duiden.

De heer **Van Delden**:

Zeker. 18-plus gaat over de totale populatie. Er zijn natuurlijk ook mensen van 18 gevaccineerd, maar dan gaat het om zorgmedewerkers.

De heer **Van Otterloo** (50PLUS):

Als ik kijk naar dat schema – ik volg dat elke week om het even te zien – dan vraag ik me steeds af: die 11% die we hebben, zijn dat nou mensen tussen de 18 en de 65 of is dat het totaal, inclusief de 90-plussers, de 80-plussers, de 70-plussers?

De **voorzitter**:

Meneer Van Delden, de heer Van Otterloo bedoelt de 11% van de groene lijn. Uit welke categorie mensen bestaat die groene lijn?

De heer **Van Delden**:

Het is inderdaad het totaal van 18-plussers. Dat is soms verwarrend. In de percentages die genoemd worden voor Nederland of voor andere landen gaat het soms over de vraag hoeveel van de doelgroep je hebt gevaccineerd, dus hoeveel van de mensen boven de 18. Maar soms gaat het over hoeveel van de totale populatie. Dan is het van 0 tot 100. Dat is dus soms verwarrend. Bij die cijfers moet je altijd heel goed opletten ten opzichte van welke populatie dit nu wordt gezet. Dit is dus de totale groep van 18-plussers, ook de 90-jarigen bijvoorbeeld.

Goed. Dan heb ik één slide over de vaccins. Die gaat over Janssen. Zoals ik al vermeldde: dit is goed inzetbaar boven de 18 jaar met één dosis. Er loopt ook onderzoek naar wat de effectiviteit van het vaccin is als je hier ook een tweede dosis geeft. Maar het vaccin is geregistreerd voor toediening met één dosis. U ziet hier de effectiviteit tegen de ziekte. Voor de uitvoering is dit best een makkelijk vaccin. Het komt in een verpakking van tien flesjes met in elk flesje vijf doses vaccin. Je hoeft het niet te mengen met iets. Je trekt het open en je kunt het meteen vaccineren. Je slaat het op bij -20°C, dus het vraagt ook geen extreme vriescapaciteit. Ontdooit is het nog drie maanden houdbaar, dus een behoorlijk lange periode. Wat ook belangrijk is, is dat het in vervoer geen beperkingen heeft. Waar het bij andere vaccins soms echt heel gevoelig ligt, vooral bij de mRNA-vaccins – dat is echt een heel kwetsbaar vaccin – is dat hier niet het geval.

Dan wil ik graag door naar de vaccinlogistiek. Ik wil vooral even de aandacht richten op de voorraad. Daar is de afgelopen tijd ook veel over in het nieuws geweest, dus het leek me belangrijk om daar even bij stil te staan. Wat u in deze grafiek ziet, is de totale hoeveelheid vaccins die inzetbaar is. Dat is de blauwe lijn. Daaronder ziet u oplopend – we noemen het ook wel de berggrafiek, want het lijkt een beetje op de start van een berg – de drie vaccins die ingezet worden. Het gaat dus om

gezette vaccinaties. Het grote blauwe vlak is Pfizer, de wat dunnere oranje lijn is Moderna en de lijn die steeds dikker wordt, is AstraZeneca. U ziet hier dus een wit vlak lopen tussen het grijze vlak en die blauwe lijn. Dat witte vlak staat voor de vaccins die je wel hebt, maar die nog niet gevaccineerd zijn. Dat witte vlak wil je in zekere zin zo dun mogelijk hebben, want je wil met de vaccins die je hebt ook vaccineren. Maar je wilt hem ook niet te dun hebben, want dat zou betekenen dat als je een keer een verstoorde levering hebt, je dan tienduizenden afspraken af moet zeggen, die je daarna weer moet inplannen, parallel aan de afspraken die er al staan. Dan heb je dus een dubbele vaccinatiecapaciteit nodig. Die lijn moet dus niet te dun zijn en niet te dik.

Wat u misschien ziet, is dat dat witte vlak op één punt wat groter is. Dat heeft met twee dingen te maken. De blauwe lijn loopt eventjes iets op. Dat komt omdat we daar een grotere AstraZenecalevering kregen. De leveringen van AstraZeneca verschillen nogal, met een factor tien. De ene keer zitten we dus rond de 40.000 en daarna gaan we richting de 400.000. Die schommelen extreem. Dat is heel anders dan bij de andere farmaceuten. De blauwe lijn die daar even ietsje omhoog loopt, loopt daar dus ietsje extra omhoog, omdat we daar een grotere Astralevering kregen. Die grijze lijn, dat grijze vlak, heeft daar juist een deukje, waardoor dat vlak ertussen ook relatief groot is. Dat deukje is veroorzaakt door de prikpaauze die is ingesteld door AstraZeneca. We hadden dus een situatie waarin we extra AstraZeneca geleverd kregen, kort daarna een pauze hebben ingelast en tijdens die pauze ook nog AstraZeneca geleverd kregen. Dat maakt dus dat de hoeveelheid vaccins die beschikbaar was, de blauwe lijn, relatief veel afstand had van het aantal gezette vaccinaties. Dat is natuurlijk niet wat je wilt. Dit gat is te groot. Daarom zijn we nu ook logischerwijs bezig om AstraZeneca weer versneld in te zetten bij de uitvoerders om te vaccineren. U ziet ook dat dat witte vlak, dus het verschil tussen beschikbare vaccins en gezette vaccinaties, daarna weer smaller wordt. Ik kom straks nog even terug op waar we zijn met het vaccineren met AstraZeneca.

Dan nog even één slide met ook wat achtergrondinformatie over hoe dat met zo'n voorraad werkt. Het is een wat versimpelde weergave. U ziet hier een figuur rechts op de slide. Wij noemen dat zelf een zaagtandgrafiek. Die heeft eigenlijk drie niveaus. Die donkere driehoeken bovenin tonen dat je een levering krijgt. Op dat moment heb je veel voorraad. Vanaf dat moment ga je uitrijden en vaccineren en zie je dus telkens die voorraad weer aflopen. Hij loopt af, dan krijg je weer een nieuwe levering, dan gaat ie omhoog, loopt-ie af, gaat-ie weer omhoog. Dus dat is een zaagtand. Daaronder ziet u een oranje balk. Dat is de veiligheidsvoorraad. Voor de meeste vaccins houden we een veiligheidsvoorraad aan van vijf dagen. Op dit moment is dat feitelijk alleen voor AstraZeneca, maar daar kom ik straks op terug per vaccin. Dat is een buffer die je gebruikt om bij tegenvallende leveringen de meest belangrijke vaccinaties, bijvoorbeeld de tweede prik, wel door te kunnen laten gaan. Bijvoorbeeld bij AstraZeneca zijn we diep in het oranje vak gegaan met het uitrijden van vaccins om te voorkomen dat we heel veel afspraken af moesten zeggen. Daaronder ziet u nog een gele balk staan. Dat is de lijn dat je vaccins binnenkrijgt, maar dat je ze op dat moment nog niet uit mag rijden. Er moet dan nog een controle plaatsvinden op de documenten. Het moet worden vrijgegeven voor Nederland. Het is een vrijgifteproces dat gemiddeld een dag of drie duurt. Daarbij kijk je ook of het transport van de vaccins goed is geweest en of daar iets gek is gebeurd. Deze grafiek is een beetje een versimpelde weergave. Die zegt eigenlijk dat er continu vaccins in de vrijgifte zijn. Dat is niet zo, want we krijgen Pfizer bijvoorbeeld wekelijks geleverd. We hebben dan elke week die vaccins drie dagen lang in de vrijgifte staan en daarna niet meer. Maar voor de simpelheid van de figuur hebben we het even zo weergegeven.

Als mij gevraagd wordt wat mijn voorraad is, dan zal mijn antwoord elke dag anders zijn. Dat ziet u ook in deze grafiek. In het dal is de voorraad veel minder en zit ik rond het minimum, maar net na een levering zit ik heel hoog. Mijn voorraad is dus elke dag anders. Deze week is mijn totale beschikbare voorraad dus boven de 700.000 geweest, maar eind van de week zit die iets boven de 400.000. Dat verschilt heel erg. In een week zie je telkens deze zaagtand, zeker als je kijkt naar individuele vaccins. Aangezien alle farmaceuten op verschillende dagen aanleveren, gaan al die zaagtanden een beetje over elkaar lopen en wordt het verschil minder groot. Maar per vaccin is er dus echt een zaagtandbeweging: net na de vrijgifte heb je heel veel beschikbare vaccins en vlak voor de volgende heb je er eigenlijk heel weinig.

Dan wil ik nu even snel ingaan op het voorraadbeheer en het verloop van de voorraad per type vaccin, dus voor Pfizer, Moderna en Astra. Bij Pfizer is de grafiek precies zoals ik het zou willen. In het lichtgele vak zie je het cumulatieve verloop, het opgetelde verloop, van de vaccins die binnenkomen. Jullie zien hier de zaagtand terug. Die zaagtand heeft twee kleurtjes. De wat lichtere – ja, wat is het? – beetje lichtpaarsachtige kleur geeft aan dat je de vaccins wel hebt, maar dat ze nog niet zijn vrijgegeven. Het donkere is dus echt de beschikbare vaccins. Jullie zien daar dat die telkens ongeveer op hetzelfde punt terugveert. Die zit nu dus op een prikvoorraad van ongeveer vijf dagen. Vanaf deze week zal dat punt ietsje lager komen te liggen, want we hebben de minimale voorraad die we aan willen houden voor Pfizer verlaagd van vijf naar drie dagen. Daarmee nemen we een iets groter risico, maar daarmee kunnen we ook versnellen. Dat laatste lijkt nu belangrijk. Dit is dus eigenlijk precies hoe je het wil zien: een stabiele levering van telkens ongeveer evenveel en met telkens ongeveer eenzelfde niveau dat je in de minimale voorraad pakt.

**De voorzitter:**

Mevrouw Diertens, heeft u ook een technische vraag? Want ik wil proberen het te beperken. Gaat uw gang.

**Mevrouw Diertens (D66):**

Het is een heel klein, onleesbaar afdrukje. Ik vraag me af of u kunt zeggen hoe hoog die vrije voorraad van Pfizer nu is?

**De heer Van Delden:**

Hoe hoog die vandaag is, zou ik even moeten afleiden. Tot nu toe zaten we eind van de week telkens op het minimum van de beschikbare voorraad van ongeveer 150.000. Dat trekken we nu naar beneden naar tussen de 100.000 en 120.000. Dit is dus in verhouding tot de vaccinaties die je daarna gaat doen. Het is dus zo dat als de leveringen toenemen, het aantal prikken per dag dan toeneemt. In absolute zin moet dus ook je minimale veiligheidsvoorraad ietsje toenemen. Verhoudingsgewijs blijft die hetzelfde: drie dagen. Maar hij moet in absolute aantallen iets stijgen, omdat je die drie dagen daarna ook in absolute zin meer vaccinaties toe gaat dienen. Dit over Pfizer. Het is inderdaad een kleine figuur, maar het gaat me meer om het beeld dat het geeft.

Dan ga ik naar Moderna. Daarbij is het iets anders, want dat wordt niet elke week, maar om de week geleverd. Dat betekent dat je er goed rekening mee moet houden dat je van het tweede vaccin – dat na vier weken al gezet moet worden, veel eerder dan bijvoorbeeld bij Astra – wel voorraad hebt. Jullie zien hier eigenlijk dat die donkere figuur, die dus de beschikbare vaccins weergeeft, telkens helemaal terugdaalt naar nul. Wij houden bij Moderna niet een voorraad van vijf dagen aan. Dat doen we, omdat het om relatief kleine volumes gaat. Dus als we daarvoor afspraken af moeten zeggen, dan is het te overzien en dan is het uitvoerbaar. Jullie zien misschien ook dat één figuur een beetje piekt en dan eventjes op de helft blijft zitten. Dat komt omdat we de vaccins voor de tweede

vaccinatie op voorraad moeten houden, omdat de volgende levering niet op tijd komt om al die tweede vaccinaties toe te dienen. Dus we houden de tweede prik op voorraad waar het moet, als die anders niet op tijd gezet kan worden. Maar verder houden we bij Moderna geen vijf dagen voorraad aan en gaan we in principe telkens terug naar nul. Dat is niet precies nul, want je moet uitkomen met de bestellingen. Maar dat is dan rond de 20.000 of zo: zo ver naar de nul als het in de uitvoering te krijgen is. Met een beetje fantasie zou je hier de zaag in terug kunnen zien, maar dan zonder een buffer van een minimumniveau eronder.

Dan wil ik nu naar AstraZeneca gaan. Ik weet niet hoe de figuur op u overkomt, maar in mijn ogen is dit eerlijk gezegd chaos. Dat is het ook. Daarin probeer je de operatie natuurlijk nog zo goed mogelijk vorm te geven. Wat u hier kan zien – ik meen ergens boven 7 maart – is dat het wat paarsige vlak op enig moment boven het gele vlak uitstijgt. Daar hadden we een hele grote levering van Astra. U ziet die lijn daarna ook dalen. Dat komt omdat we hem dan aan het inzetten zijn. Terwijl we nog bezig waren met het benutten van die grote levering, kwam de volgende levering. U ziet hem daardoor ook omhooggaan. Kort daarna kwam de pauze, de prikpauze, waarin je de beschikbare voorraad op nul zet. Je mag niks uitrijden, dus dan is je beschikbare voorraad nul. En tijdens die pauze kwam de volgende levering. Dus terwijl je niet uitrijdt, krijg je er wel meer vaccin bij. Dat betekent dat de voorraad van AstraZeneca veel groter is dan je zou willen.

We zijn er nu hard mee bezig om die voorraad zo snel mogelijk te benutten. U ziet misschien de horizontale stippellijn: dat is het niveau waarop je de AstraZeneca-veiligheidsvoorraad ongeveer wil hebben. Daar zitten we ruim boven. Dat is een combinatie geweest van een grote levering die we nog niet hadden weggewerkt, een levering vlak voor de pauze en een levering in de pauze. Dat betekent dat de voorraad van AstraZeneca nu groter is dan je zou willen. Ik zal straks, bij de vaccinatie door de huisartsen, toelichten op welke wijze en in welk tempo we deze vaccins weer gaan uitrijden en inzetten bij de uitvoerders en dus ook hoe we de voorraad van Astra weer op het goede niveau gaan krijgen.

Dan kom ik bij de uitvoering. Ik start met de vaccinatie door de GGD. Ik wil hier niet al te lang bij stilstaan. De vaccinatie bij de GGD verloopt voorspoedig. Vandaag krijgen de eerste mensen van 75 en 76 jaar een uitnodiging; niet allemaal, want we kunnen niet alle brieven op een dag versturen. Maar vanaf vandaag wordt met die groep gestart. De groep ouderen van 70-plus zal vanaf ongeveer medio april worden uitgenodigd. De groep mensen van 65-plus zal vanaf ongeveer eind april worden uitgenodigd. Dat gaat dus telkens in badges en stapels van ongeveer 50.000 brieven per dag.

Nieuw is dat het bij de GGD mogelijk is om een gecombineerde afspraak te maken voor mensen die ouder zijn dan 75 op dit moment. Dat lukt niet altijd, want er worden op heel veel plekken tegelijkertijd afspraken ingepland. Dat gebeurt gelijktijdig. Die plannen we dan zo dicht mogelijk bij elkaar in. Dat is niet per se altijd aansluitend, maar het kan doorgaans wel op dezelfde dag. Ook is het nu mogelijk om niet via het callcenter, maar via internet je afspraak in te plannen. In het vet zie je even wat nieuw is. Dat is waar ik vooral bij stilsta.

Daarnaast hebben we ook andere groepen die we aan het vaccineren zijn: dat zijn de mensen in de ggz. In drie provincies is gestart met het vaccineren in de DJI, de justitiële instellingen, met vaccin dat over dreigde te blijven in de instellingen. Dus dat wordt daar gebruikt. We zorgen daarmee dat zij geen vertragingen oplopen ten opzichte van de rest van Nederland en dat spillage wordt beperkt. Het COA staat voor de groep asielzoekers. De groep 60 tot 65 loopt gewoon mee in het traject van de huisartsen. Voor de overige groepen wordt gewerkt met zorgverleners in die instelling zelf.

Dan de vaccinatie in de instellingen. Een deel van de mensen kon niet gevaccineerd worden, bijvoorbeeld vanwege een uitbraak in het tehuis of door anderen redenen. Eind van deze maand vindt daar een veegronde plaats voor de eerste prik en eind april voor de tweede vaccinatie. Bij de instellingen waarvan de bewoners vallen onder de medische verantwoordelijkheid van de huisarts zijn de eerste vaccinaties nu nagenoeg afgerond en de tweede vaccinaties gestart. Dan zijn dus ook die mensen volledig beschermd. De huisartsenposten doen daar nu heel veel werk voor. De veegronde zal ook worden uitgevoerd met inzet van particuliere vaccinatiebureaus om de huisartsenposten niet langer te belasten met deze extra activiteiten.

Dan hebben we verder ook nog de vaccinatie van de hoogrisicogroepen. Dat is een groep die door de Gezondheidsraad is bepaald en die door de medisch specialisten wordt uitgenodigd voor vaccinatie met Moderna. Die uitnodigingen zijn nu ook gestart. Mensen die door een neurologische aandoening ademhalingsproblemen hebben, worden in principe ook in het ziekenhuis gevaccineerd, maar daar waar zij niet mobiel zijn, worden zij door de huisarts gevaccineerd.

Dan de vaccinatie door de huisartsen. Dat is natuurlijk ook een hele grote operatie die dus ook even stil is gezet. Ook de huisartsen hebben door die pauze heel veel afspraken moeten annuleren in de provincies. Dat wordt nu weer opgestart. U ziet hier welke provincies wanneer starten. Aanvullend daarop kan ik melden dat samen met Zuid-Holland ook de provincie Drenthe zal starten. We werken dus van Zuid naar Noord. We kijken naar de hoeveelheid beschikbare vaccins en welke omvang van een provincie daarbij past om een keuze te maken voor een volgende provincie. We werken daarbij dus zoveel mogelijk van Zuid naar Noord. We zien nu dat we met die hogere Astravoorraad – waar ik het eerder al over had – ook de provincie Drenthe kunnen toevoegen. Ik verwacht dat de toelevering in ieder geval eind volgende week zal kunnen starten. Dus zo werken we daar omhoog in de groep 63-jarigen tot 64-jarigen. De vaccinatie bij de huisartsen loopt eigenlijk heel erg goed. Zij vaccineren ook hun eigen medewerkers als zij hun doelgroep gaan vaccineren. Vaccins voor Zuid-Holland worden volgende week op 31 maart, 1 april en 2 april aangeleverd door Movianto, en de vaccins voor Drenthe zullen volgende week vrijdag worden aangeleverd. Die vaccinatie zal dus iets daarna plaatsvinden, misschien op die zaterdag.

**De voorzitter:**

Mevrouw Diertens, heel kort.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ja, heel kort. Wanneer denkt u dat Groningen en Friesland aan de beurt zijn?

**De heer Van Delden:**

Zij zullen enkele weken daarna starten. Natuurlijk hangt dat het er ook weer van af hoe goed Astra blijft leveren. Als zij datgene blijven leveren wat ze hebben toegezegd, dan zien we dat dat een kwestie is van enkele weken. Maar dat hangt ook een beetje af van welke provincie we wanneer kiezen. We hebben ook nog Noord-Holland. Dus we kijken naar wat er beschikbaar komt en bij welke omvang van een provincie dat past. Ik zal proberen de volgende technische briefing daar meer informatie over te geven.

Dan wil ik nu door naar de vaccinatie op de BES-eilanden en de CAS-eilanden. Ook die verloopt voorspoedig. Wat we daarin hebben aangepast, is dat we in Bonaire de uitlevering van vaccins iets hebben opgeplust omdat daar de besmettingsgraad hoog lag, zodat we daar snel de hele populatie kunnen vaccineren. Bij Aruba is de opkomst ook hoog. Daar leveren we de Modernavaccins ook iets versneld uit om de medische



risicogroepen onder de 60 jaar en boven de 18 jaar versneld te kunnen vaccineren.

Dan hebben we nog een aantal groepen waarvan we de vaccinatie nu aan het voorbereiden zijn. Wat daarbij nieuw is, is het besluit om een groep van 40.000 zorgmedewerkers die betrokken zijn bij de covidzorg in ziekenhuizen te vaccineren. Daar zijn we nu mee bezig. Verder zijn er nog een aantal groepen waarvan de vaccinatie nog in voorbereiding is. Dan de registratie. Over het algemeen gaat dit goed. Een punt van aandacht is dat het vullen van de data nog op twee aspecten achterloopt. De aanlevering van gegevens van bewoners door instellingen in de langdurige zorg loopt achter. Dat hangt soms nog een beetje op technische belemmeringen en soms is het niet duidelijk wat precies maakt dat deze instellingen nog niet al hun data aanleveren. Ik hoop daar snel voortgang op te boeken. Een volledige registratie is namelijk gewoon heel belangrijk om in de gaten te kunnen houden hoe het gaat met de besmettingen, wat de effectiviteit van de vaccinatie is en dergelijke. Bij de GGD speelt het volgende mee. Als aan mensen gevraagd wordt of ze hun data willen delen, is 94% à 95% daarmee akkoord, maar dat sommige mensen bij het online boeken van de afspraak daarin geen keuze maken. Dat kan nu ook nog, dus we moeten het zo aanpassen dat je daarin een keuze móet maken, want als de keuze niet gemaakt wordt, gaan we ervan uit dat het niet akkoord is. Als je geen akkoord hebt gekregen, is het niet akkoord. Door een technische onvolkomenheid missen we dus nog 4%. Dat gaan we zo snel mogelijk herstellen. Dit is het einde van mijn presentatie.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank voor uw presentatie en toelichting, meneer Van Delden. Dan stel ik voor om over te gaan op het stellen van vragen. Ik begin dan graag bij mevrouw Agema, die haar vraag stelt namens de PVV. Gaat uw gang.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik dank de heer Van Delden voor zijn presentatie. Op dit moment is de derde golf begonnen. Onze intensive cares stromen vol met coronapatiënten die vechten voor hun leven. Dat gaat gemiddeld om mensen van ongeveer 64 jaar met een onderliggende aandoening, zoals obesitas, hartfalen of longziektes. Ik vind het heel interessant om vandaag van u te horen met wie u wanneer begint en met welk vaccin, maar het is natuurlijk ook heel erg belangrijk om van u te horen wanneer u klaar bent met de risicogroepen, zodat de ic's leeglopen in plaats van vollopen. Kunt u ons een indruk geven wanneer u klaar bent met de risicogroepen, dus de mensen die het vaakst op de intensive care terecht komen?

**De voorzitter:**

Dank u wel, de heer Van Delden.

**De heer Van Delden:**

De risicogroep definieert u als de groep die op de intensive care terecht komt?

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ja, dat zei ik net. Ik heb het over mensen die gemiddeld 64 jaar zijn en een onderliggende aandoening hebben, meestal obesitas, hartfalen of longziektes. Dat is het profiel van de mensen die meestal op de ic liggen. Dus mijn vraag is wanneer u klaar bent met de mensen die het vaakst op de ic liggen. Want in plaats van dat de ic's nu vollopen, kunnen de ic's dan leeglopen en kan de harde lockdown, de avondklok en alles worden opgeheven.

**De heer Van Delden:**

Als je kijkt naar de mensen met een hoog risico – dat kan mijn collega Van Dissel nog beter toelichten dan ik – dan heeft de Gezondheidsraad gezegd dat het grootste risico bij de oudste mensen ligt. Bij die groep is de vaccinatie nu ongeveer klaar. Die komt heel snel. Bij andere risicogroepen, bijvoorbeeld de groep van een kleine honderdduizend mensen die door de medisch specialisten worden uitgenodigd, verwacht ik dat de vaccinatie met het eerste vaccin binnen enkele weken, twee of drie weken, klaar is. De hele groep 63-jarigen en 64-jarigen met onderliggend lijden wordt nu ook uitgenodigd door de huisarts. In het zuidelijk deel van Nederland is de eerste vaccinatie klaar en de tweede vaccinatie volgt later. Het hangt er een beetje van af wat je rekent tot die risicogroep, dus waar je de grens trekt, maar ik denk dat we daar eind april heel ver in zullen zijn.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Berg namens het CDA. Gaat uw gang.

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

Dank aan meneer van Delden voor de presentatie. Ik heb even een vraag over bepaalde groepen. Dat gaat ten eerste over de BES-eilanden en de CAS-eilanden in het Caribisch gebied. Daar wordt nu wel extra op ingezet omdat de besmettingen toenemen, maar er staat ook dat de opkomst bij bepaalde eilanden nogal beperkt is. Ik vroeg mij af wat u doet om dat te stimuleren, want het is wel enorm belangrijk om daar speciale aandacht voor te hebben.

**De heer Van Delden:**

Dat klopt. Op sommige eilanden is de opkomst heel hoog. Daarom hebben we daar ook versneld extra vaccins voor beschikbaar gesteld. Maar op sommige eilanden is de opkomst ook laag. Daarom hebben we daar de vaccinlevering ietsje teruggeschroefd om te voorkomen dat we daar spillage zouden krijgen. Het zijn eigenlijk de autoriteiten daar die actie ondernemen, met verschillende communicatie-uitingen en met voorlichtingsbijeenkomsten, om de vaccinatiebereidheid op te hogen. Wat ze daar precies op welk moment doen, zou ik voor u moeten nagaan. Dat plan heb ik niet. Maar ik weet wel dat met dit soort activiteiten wordt geprobeerd om de vaccinatiegraad te verhogen. Ze doen eigenlijk hetzelfde als in Nederland, maar dan veel kleiner en natuurlijk toegespitst op de doelgroep daar.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Uw tweede vraag, mevrouw Van den Berg.

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

Mijn tweede vraag is de volgende. Ik begrijp dat u over een van de laatste sheets zegt dat de meeste huisartsensystemen hun gegevens delen. Ik wilde graag even weten wat daarvan de oorzaak is. Is er nog een ICT-probleem, is het onwelwillendheid, of is de registratie nog niet op orde?

**De heer Van Delden:**

Goed dat u dat vraagt. Ik heb mij daarover misschien niet goed uitgedrukt. Alle huisartssystemen kunnen informatie delen. Vooral bij de kleinere instellingen voor langdurige zorg zijn sommige van de systemen nog niet gekoppeld. We hebben het over 29 systemen, waarbij bij de meeste de koppeling aan de centrale registratie van het RIVM gereed is. Maar een aantal is nog niet gereed. Dan hebben we het over vier of vijf systemen. Ik weet dat niet precies. Dat aantal wordt steeds minder, dus ik moet even

bedenken of het nog minder is dan de laatste update die ik heb gekregen. Dat geldt dus voor een aantal van de relatief kleine zorgsystemen. Dat heeft er ook mee te maken of de leverancier van dat systeem prioriteit geeft aan het inbouwen van de koppeling. Dat is dus eigenlijk een externe, commerciële partij, waarvan de instelling zelf de opdrachtgever en de klant is, en niet de enige, maar één van de velen. Het is misschien een beetje een gedetailleerd verhaal, maar daar heeft het vooral mee te maken.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Hijink namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

**De heer Hijink (SP):**

Ik had met name een vraag over de registratie. Wij horen van zorgmedewerkers die al in januari of februari gevaccineerd zijn dat ze nu opnieuw een oproep krijgen om zich te laten vaccineren, nu omdat ze in een bepaalde leeftijdsgroep vallen. Dat vinden wij vreemd. Ik vraag mij dan af: is er iets mis met de registratie? Dat is extra belangrijk omdat we straks natuurlijk ook willen – dat is het plan althans – dat mensen die al corona hebben gehad mogelijk nog maar één prik krijgen. Het is dan wel extra belangrijk dat je er precies een beeld van hebt welke groep dat is en welke mensen dat zijn en dat ze na het krijgen van één prik, niet alsnog een oproep krijgen voor een tweede prik. Wij maken ons zorgen over hoe die registratie nu geregeld is. Is het wel op orde als zorgverleners die al gevaccineerd zijn alsnog een tweede oproep krijgen?

**De heer Van Delden:**

Ik heb dat ook gehoord. Ik denk dat het voor een deel niet helemaal te voorkomen is dat mensen die al gevaccineerd zijn nog een tweede vaccinatie krijgen, bijvoorbeeld omdat ze de data niet met het RIVM hebben gedeeld. Dan weten wij het niet, dus dan nodigen wij ze opnieuw uit. Het is wel belangrijk dat wij dan zelf in de brief aangeven dat als mensen al gevaccineerd zijn, ze dan niet ook nog voor deze vaccinatie op moeten komen. Ik ben het dus wel met u eens dat we dat er zo goed mogelijk moeten uit filteren. Dat kan niet helemaal in alle gevallen. We testen ook of de communicatie daarover voldoende duidelijk is. Dat lijkt wel het geval te zijn, maar daarin zijn ook nog wel kleine verbeteringen nodig. Maar het zal in ieder geval tot en met juni/juli niet helemaal te voorkomen zijn dat sommige mensen twee vaccinaties krijgen, bijvoorbeeld vanwege de reden die u nu geeft. En zeker wanneer de data niet met het RIVM is gedeeld, kunnen we het helemaal niet uitsluiten.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Van Otterloo namens de 50PLUS-fractie.

**De heer Van Otterloo (50PLUS):**

Als ik kijk naar de vaccinatiegraad en de vooruitzichten, dan zit er nog wel een heel groot verschil tussen het tempo waarin er tot nu toe gevaccineerd is en de vooruitzichten. Als ik even de groep van 75-jarigen tot 79-jarigen neem, dan is daarvan 15% gevaccineerd. Dat betekent dat in theorie nog 85% gevaccineerd moet worden. Als ik kijk naar het tempo waarin dat in de laatste twee weken is gebeurd, dan zitten we ergens halverwege juni als iedereen van die groep gevaccineerd is. Tegelijkertijd wordt er geroepen dat op 1 mei zelfs ook alle mensen tussen de 70 en 75 hun eerste prik hebben gehad. Hoe moet ik die twee dingen met elkaar rijmen?

De heer **Van Delden**:

Misschien twee dingen in reactie op uw vraag. Het vaccinatietempo van de doelgroep bij de huisartsen is afgelopen twee weken natuurlijk verstoord. Het vaccinatietempo zal in de komende tijd oplopen, omdat wij meer vaccins krijgen. Even over de groep ouderen. De groep 70-plus wordt vanaf medio april uitgenodigd en de groep 65-plus vanaf eind april. Ik weet niet of u daar hetzelfde over zei.

De heer **Van Otterloo** (50PLUS):

Ik had het over de groep 75 tot 79. Die komen niet bij de huisartsen, want die zitten in hun schema bij de GGD. In de laatste week is daarin een vooruitgang van 8%. De week daarvoor was het 7%. Daarom komt het op 15% uit. Als de GGD in dit tempo doorgaat, dan lukt het niet. Als ik kijk naar wat er gebeurt met de 90-plussers, dan zien we dat een derde nog niet is gevaccineerd. Bij de 80-plussers zien we dat iets meer dan 20% nog niet is gevaccineerd. Er zitten dus ook nog grote gaten in de hele groep.

De heer **Van Delden**:

Nu begrijp ik uw vraag misschien iets beter. Het relatief lage vaccinatie-tempo bij de 75-plusgroep, heeft ermee te maken – wat ik eerder ook uitlegde – dat die uitnodiging start met badges van 50.000 brieven. Je ziet eigenlijk dat elke groep een beetje een aanloopfase heeft. Ik verwacht zeker dat we de komende weken veel hogere percentages aan deze groep zullen toevoegen. We hoeven dat niet door te trekken met 7% tot 8% per week. Je ziet ook bij de andere groepen dat het een beetje een aanloop heeft gehad en dan harder stijgt. Dus ik maak me er geen zorgen over dat wij dan pas zo laat klaar zullen zijn met deze groep.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U wilde ook een tweede vraag stellen? Gaat uw gang. De heer Van Otterloo.

De heer **Van Otterloo** (50PLUS):

De tweede vraag heeft betrekking op de voorraadgevoeligheid, of de leveringsgevoeligheid, laat ik dat zo zeggen. Dit is nu allemaal op basis van de afspraken. Bij BioNTech/Pfizer zijn er minder problemen dan bij AstraZeneca. Maar dan nog is de vraag hoe gevoelig het is voor vermindering. We hoorden Minister De Jonge gisteren zeggen dat er minder vaccins beschikbaar zouden zijn dan oorspronkelijk gedacht. Is die verlaagde voorraad hierin verwerkt?

De heer **Van Delden**:

We hebben het voorraadbeheer nu zo ingericht dat we bewust een risico nemen, bijvoorbeeld bij Pfizer, door dat te verlagen van vijf naar drie dagen. Dat maakt dat je een kleinere buffer hebt om een eventueel tegenvallende levering op te vangen. Bij AstraZeneca houden we een grotere voorraad aan, omdat daarbij het risico ook groter is. Het is zeker niet uitgesloten dat we ooit toch nog een keer afspraken af moeten gaan zeggen door een tegenvallende levering. Maar als je dat 100% wil voorkomen, dan moet je zo'n grote voorraad aanleggen dat je de vaccinatie weer vertraagt. Dus je wil eigenlijk een goed midden kiezen tussen die twee risico's. Ik denk dat dit voor nu een goed midden is. Ik kan me wel voorstellen dat we bij Pfizer misschien nog wel lager gaan dan de voorraad die we nu aanhouden. Nu lijkt dat nog iets te vroeg, maar ik sluit dat voor de komende tijd niet uit. Als Astra veel stabielere leveringen geeft, geldt dat daarvoor misschien ook wel. Maar daar zijn we nu zeker nog niet.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan meneer Van Haga, namens Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter, maar ik bewaar mijn drie vragen graag voor meneer Van Dissel.

**De voorzitter:**

Dan kom ik bij mevrouw Van Esch, namens de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

**Mevrouw Van Esch (PvdD):**

Ik ben benieuwd of u meer kunt vertellen over hoe we specifiek de bijzondere doelgroepen gaan vaccineren: dak- en thuislozen, illegalen, maar ook bijvoorbeeld arbeidsmigranten. We zien nu weer brandhaarden ontstaan in verschillende groepen arbeidsmigranten. Dat baart ons in ieder geval zorgen. Ze worden nu een beetje als overige doelgroepen gezien, maar ik ben benieuwd hoe we daar slagvaardig mee aan de slag gaan en hoe we dat bijvoorbeeld gaan doen bij dak- en thuislozen.

**De heer Van Delden:**

Dit zijn relatief kleine doelgroepen die relatief lastig te benaderen zijn. We hebben ons de afgelopen periode eigenlijk vooral gericht op het relatief snel en veel massa kunnen maken, ook gewoon om een soort beschermgraad in de bevolking te realiseren. We zijn nu een plan aan het maken, en zijn in contact met diverse hulpverleners, voor op welke manier we deze groep zo goed mogelijk kunnen vaccineren. Daar wordt nu aan gewerkt, maar het is een groep die relatief moeilijk in beeld te brengen is. Hoe kan je ze bereiken? En hoe groot zijn ze eigenlijk? Dat is hoever we nu zijn: hoe groot zijn ze precies en via welke zorgverlener kunnen wij hen goed vaccineren? Dat is nu in wording. Ik verwacht dat we daar binnen een week of twee een plan voor hebben.

**De voorzitter:**

Dat was uw vraag? Dan wachten we even tot de bel is afgelopen en dan ga ik naar mevrouw Kröger.

Voor de mensen thuis: dit is de aanvangsbel van de plenaire vergadering. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Kröger. Zij spreekt namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

**Mevrouw Kröger (GroenLinks):**

Dank u wel, voorzitter. Mijn vraag gaat ook over de vaccinatie van de overige groepen en dan met name de vaccinatie van de groepen met een medisch risico. Dat gaat in sommige gevallen over mensen met onderliggend lijden, die al een jaar de kinderen thuis hebben zitten, uit angst dat corona het gezin binnensluipt. Dat is een reële angst. Hoe zit het nou met de timing van de vaccinatie van deze groepen? Ik begrijp namelijk uit de Kamerbrief dat die gelijk opgaat met die van de 50- tot 59-jarigen. Dat zou dan pas in juni zijn. Klopt het dat mensen met medisch onderliggend lijden pas in juni aan de beurt zijn? En kan dat echt niet gewoon veel sneller?

**De heer Van Delden:**

Dat klopt in principe, in grote lijnen. Het kan sneller, maar op één manier, namelijk door een andere groep – die volgens de Gezondheidsraad een hogere prioriteit heeft – daarna te doen. Het zijn namelijk de vaccins die het vertragen. We zien nu dus eigenlijk dat er twee groepen zijn: de groep van 50 tot 59 jaar en de groep van 18 tot 60 jaar die een medische indicatie heeft. Die laatste wordt ook wel de griepgroep genoemd, want

die wordt in grote lijnen normaal gesproken ook uitgenodigd voor de griepvaccinatie. Binnen de groep 50- tot 59-jarigen maakt het – in het algemeen genomen, uitzonderingen daargelaten – qua prioriteit eigenlijk niet heel veel uit of je daarnaast ook nog een medische indicatie hebt. Die groep wordt dus in principe waarschijnlijk gewoon van oud naar jong gevaccineerd, net zoals alle andere. Dan houden we de groep van 18- tot 49-jarigen met een medische indicatie over. Die groep heeft dezelfde prioriteit als de groep 50- tot 59-jarigen. Die willen we dus ongeveer gelijk starten en gelijk eindigen. We zijn nu in gesprek met de GGD en de huisartsen over wie precies wat doet. We doen het zo snel mogelijk. Ik heb ook regelmatig contact met mensen die mij hierover benaderen. Dat zijn soms echt heel vervelende situaties. Maar wij houden ons wel aan het besluit van de Minister om de prioriteit van de Gezondheidsraad te volgen. Het is puur de hoeveelheid vaccins die maakt dat ik dat niet sneller kan doen, hoe graag ik dat ook zou willen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dat was hem, denk ik? Ja.

Dan kom ik nu bij de heer Veldman namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

**De heer Veldman (VVD):**

Voorzitter, een beetje in vervolg op – of misschien ter verdieping van – de vraag die mevrouw Kröger stelt, het volgende. De Minister heeft naar aanleiding van schriftelijke vragen die ik gesteld heb, laten weten dat hij de Gezondheidsraad om advies heeft gevraagd over het vaccineren van jongeren onder de 18 en meer specifiek jongeren onder de 18 met een medische indicatie. Hij verwacht het antwoord van de Gezondheidsraad begin april. Nou kan ik mij voorstellen dat zeker voor jongeren onder de 18 met een medische indicatie het advies van de Gezondheidsraad misschien wel positief is, juist omdat in het buitenland al een aantal onderzoeken bekend zijn. Het Pfizervaccin is ook voor 16- en 17-jarigen al effectief en goed gebleken en wordt al ingezet. Als dat advies positief is, ligt er dan een routekaart klaar voor het in beeld krijgen van die jongeren met een medische indicatie en het organisatorisch geregeld krijgen van het vaccineren van die doelgroep? Zeker als er eventueel voor gekozen wordt om het Pfizervaccin in te zetten, omdat daar sprake is van een aantal specifieke manieren van vervoeren, et cetera – dat is u allemaal nog beter bekend dan ons – vraag dat nog wel wat.

**De heer Van Delden:**

Ik denk dat het hier vooral zal gaan om een groep die vergelijkbaar is met de groep die nu ook bij de medisch-specialisten in beeld is en door hen wordt uitgenodigd. Het gaat natuurlijk om een relatief heel kleine groep. We hebben het dan over de groep van 16- tot 18-jarigen. Dat is zo'n kleine groep, dat ik mij geen zorgen maak over de beschikbaarheid van vaccins. De medisch-specialisten kunnen hen goed vinden in de systemen. Ze zijn bereikbaar. We hebben een adres van ze en kunnen ze uitnodigen. Ik maak me daar dus niet heel veel zorgen om. Dat kan dan denk ik heel snel vorm krijgen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Van der Staaij namens de fractie van de SGP. Gaat uw gang.

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

Dank voor de presentatie en de antwoorden op de vragen. Ik wil die vraag misschien nog iets breder trekken. Hoe flexibel is nu de uitvoeringsorganisatie op het moment dat er toch nog wijzigingen zijn? Ik bedoel wijzigingen als een andere voorrang in groepen, dan wel dat er – zoals in

Engeland – toch gezegd zou worden: misschien moeten we de tweede prik uitstellen en meer mensen de eerste prik geven. Waar zitten wat dat betreft de kwetsbaarheden?

**De heer Van Delden:**

Ik denk dat de organisatie deels flexibel en deels inflexibel is. We zijn volgens mij flexibel in het snel wegzetten van een groter volume. We hebben dus overcapaciteit. Ik denk dat dat heel goed is. Gemiddeld genomen word ik wel blij van een vaccinatie locatie waar het niet zo ontzettend druk is, want dan denk ik: oké, we zijn klaar voor grotere aantallen. Ik denk dat we daar dus flexibiliteit hebben. We zijn ook flexibel in het versneld uitnodigen van doelgroepen. We zijn dus flexibel in het opvoeren van het tempo, wanneer daar voldoende vaccins voor beschikbaar zijn.

Waar we relatief minder flexibel in zijn, is in heel erg veel maatwerk. Dat heeft met twee dingen te maken, namelijk met het feit dat we deze organisatie nog niet zo heel lang geleden hebben opgezet, maar ook met het gegeven dat de effort en alle inspanningen er vooral op zijn gericht om zo snel mogelijk zo veel mogelijk mensen te vaccineren. Dat verhoudt zich soms heel lastig tot de medische prioriteit van individuele gevallen. Daarin moet je dus wel een goede tussenweg zien te vinden. Dat is ingewikkelder. Die grote aantallen doen we natuurlijk allemaal met IT-systemen. Een IT-systeem is niet per se altijd heel flexibel. Dat pas je niet altijd meteen aan. Wetgeving rondom gegevensuitwisseling en privacy is ook zeker niet flexibel. Dat is maar goed ook, alleen in een situatie als deze soms wel lastig. Ik denk dus dat we heel flexibel zijn in het kunnen versnellen en opschalen in volume. Ik denk dat we voldoende flexibel zijn in het maatwerk voor groepen die we hebben, maar dat wil ik – waar dat kan – wel echt beperken, omdat dat soms eigenlijk te veel of heel veel effort vraagt, die niet helemaal proportioneel is. Ik denk dat dat ongeveer het antwoord is.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Diertens, namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

**Mevrouw Diertens (D66):**

Dank u wel. Ik zou het heel graag heel feitelijk willen houden, want dat is goed voor het debat van vanmiddag. Ik begrijp van sheet 10 dat de veiligheidsmarge van vijf naar drie dagen is gegaan. Ik zou graag willen weten wanneer dat besluit is genomen, want elke prik telt. Ik begrijp dat er allerlei logistieke wensen in het proces zitten, maar kan dat ook sneller? Op sheet 18 zien we dat mensen op basis van een tool online kunnen zien wanneer ze aan de beurt zijn bij het van Zuid naar Noord prikken. Maar een postcodecheck ontbreekt. Kan die niet worden toegevoegd? We krijgen daar namelijk zo veel vragen over. Men vraagt: wanneer ben ik aan de beurt? Die postcodecheck zou wellicht voor de mensen zelf wat meer zekerheid geven. Kunt u over dit proces, dus eigenlijk over drie gangen in dat hele logistieke proces, wat zeggen? Feitelijk, graag.

**De heer Van Delden:**

Ik heb volgens mij twee vragen gehoord. De eerste was: kan die voorraad niet sneller omlaag? Dat kan in theorie, maar dan neem je een groter risico. We hebben vorige week heel feitelijk het besluit genomen om de voorraad van Pfizer te verlagen van vijf naar drie dagen. Dat werd mede gedaan op basis van het bericht dat Pfizer nog meer ging leveren dan ze hadden aangekondigd. Als Pfizer dus niet alleen kan leveren wat ze hebben toegezegd, maar zelfs meer dan dat, dan vind ik dat voldoende reden om die voorraad te verlagen. Nogmaals, ik sluit niet uit dat wij die

voorraad nog verder zullen gaan verlagen, van drie naar misschien twee dagen of één dag. Dat is het scherp aan de wind zeilen. Uw andere vraag was of er een postcodecheck kan worden toegevoegd aan de tool. Ik vind dat een heel goed idee. Ik kan het niet vanmiddag regelen, maar ik vind het een goed idee en ga kijken of we dat kunnen doen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Kuiken namens de fractie van de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Na mijn vraag zal ik de zaal verlaten in verband met de EU-top, maar wij luisteren via andere kanalen mee.

Ik ben toch nog even aan het puzzelen. We bungelen inmiddels weer onderaan de lijstjes als we de grafiekjes van andere landen bekijken, ook landen binnen Europa. We horen ook verhalen over planningsproblemen. Er zit drie weken tussen controle en levering. Mijn vraag is dus even heel precies: is de beschikbaarheid van vaccins nu het enige echte valide argument waarom we qua tempo achterlopen op wat we hadden gehoopt of wenselijk achten?

**De heer Van Delden:**

Uw vraag is of de levering van vaccins de enige belemmerende factor is. Ik noem de pauzeknop. Als je vooruit wil, helpt een pauzeknop niet, want die zet je stil op een van je drie vaccins. Die heeft dus tot een lichte vertraging geleid. Ik heb ook eerder in mijn sheet laten zien dat er een gat zit tussen de blauwe lijn van de beschikbare vaccins en het grijze vlak van gezette vaccinaties daaronder. We zitten nu precies in een dip. Dat wil ik niet, maar dat is onvermijdelijk als er een pauze is. Ik verwacht dat in te halen. Ik verwacht ook dat we binnen één, twee weken weer op een goede plek staan in de ranglijsten, al is dat niet waar ik primair naar kijk. Verder kijken we continu naar waar we kunnen versnellen. Hoe sneller bijvoorbeeld een huisarts de AstraZenecavaccins die hij krijgt, kan wegzetten, hoe beter dat is. Dat is namelijk ook een versnelling. Daarom kijken we ook telkens met de huisartsen naar wat hen helpt om zo snel mogelijk, na ontvangst van de vaccins, die vaccins ook toe te dienen. We kijken dus wel naar de versnellingen die daar mogelijk zijn, maar nog steeds wordt 95% van alle vertragingen veroorzaakt doordat ik niet meer vaccins heb dan ik nu heb.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dan is de beschikbaarheid van vaccins niet de enige reden. 95% is namelijk een hele hoop, maar 5% versnelling kan toch echt wel het verschil maken. Laten we wel wezen: het stopzetten van Astra levert niet alleen die twee weken vertraging op. Dat levert vier tot vijf weken vertraging op, omdat alles weer opgestart moet worden. Het is een maand verschil. Voor ondernemers, mensen die zitten te wachten of mensen die kwetsbaar zijn en straks anderhalf jaar in thuisisolatie zitten telt elke week. Daarom vraag ik het heel precies. Als ik uw antwoord zo goed begrijp, zegt u: 95% is te wijten aan de beschikbaarheid van vaccins, maar 5% zit hem toch ook nog in het logistieke proces en de planning. Vat ik uw woorden zo goed samen?

**De heer Van Delden:**

Nou, bijna. Ik heb eerder ook geprobeerd uit te leggen dat je probeert een goed midden te vinden tussen hoeveel risico je neemt wat betreft je voorraad en hoeveel risico je neemt wat betreft het verstoren van de operatie. Je kunt een groter risico nemen, waardoor je meer versnelt, maar waardoor je ook meer kan vertragen als je dan 10.000 afspraken



moet afzeggen. Dan schiet je jezelf eigenlijk in de voet en vertraag je in plaats van dat je versnelt.

Verder zijn we natuurlijk wel met de uitvoerende partijen aan het kijken hoe je de vaccins die je krijgt zo snel mogelijk kan toedienen. Ik weet niet of we 5% kunnen versnellen, zo heb ik het niet precies bedoeld. Maar er zijn natuurlijk altijd kleine mogelijkheden om de lucht uit het proces te krijgen. We zijn continu op zoek naar hoe het sneller en efficiënter kan. Hoeveel procent dat precies is, is denk ik heel moeilijk te kwantificeren. Maar we zijn eigenlijk elke week weer met partijen in gesprek over waar we nog iets kunnen winnen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Een laatste vraag, mevrouw Kuiken.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Het gaat mij ook niet om het feit dat de heer Van Delden hier zit. Het gaat mij erom te kijken waar nog ruimte zit. Ik probeer te verklaren waarom we weer onderaan de lijstjes bungelen en wat er mogelijk is. Ik hoor van mensen: we krijgen een brief, vervolgens moet er een afspraak gepland worden en als er iets in wijzigt, moet dat weer anders. Ik vraag me dan ook af: kan er in dat logistieke proces wat anders? Ik zie nu heel grote vaccinatiecentrums waar mensen bij wijze van spreken zitten te duimendraaien tot er mensen geprikt kunnen worden. Dan denk ik: volgens mij is er dan nog ruimte in het logistieke proces, zowel qua levering, controle, afspraken maken als qua beschikbaarheid van mensen die kunnen prikken. Ik zou het jammer vinden als we ons alleen maar blijven verschuilen achter het feit van de beschikbare vaccins, want dat is niet het enige verhaal. Ik zou daar graag een bevestiging van willen hebben, want als we ons daarachter verschuilen, is er bijna geen noodzaak meer om te zoeken naar oplossingen voor het deel waar we wél zelf controle over hebben.

**De heer Van Delden:**

Ik herken me echt niet in het beeld dat u schetst. Ik denk ook niet dat ik net heb gezegd wat u zegt. Ik denk dat we een behoorlijk efficiënt vaccinatieproces hebben, met een zeer klantvriendelijk uitnodigingsproces voor de vaccinatie bij de GGD en bij de huisarts, waarbij je nu telefonisch en online een afspraak kunt maken op een moment dat het je zelf uitkomt. Dat mensen zitten te duimendraaien, is een welbewuste keuze, omdat we inplannen op overcapaciteit. Daar zit de flexibiliteit in om grotere volumes te kunnen hebben dan we nu hebben. Als we iets hebben geleerd van het hele verhaal rondom het testen, is het wel dat je eigenlijk meer capaciteit moet klaarzetten dan je nodig denkt te hebben. Dat is wat we nu doen bij het vaccineren. Eerlijk gezegd ben ik daar trots op, want als mensen zich daar een slag in de rondte moesten werken, zou ik het Spaans benauwd krijgen, in de zin van: jongens, zijn we wel klaar voor morgen en overmorgen? Nu zit daar een marge in. Nu zijn we daar klaar voor. Ongetwijfeld kunnen er op onderdelen dingen beter in het uitnodigen en inplannen, maar overall denk ik dat we daar een heel efficiënt proces hebben, waarbij mensen een herinnerings-sms krijgen en waarbij de no-show – mensen die wel een afspraak hebben, maar niet komen – bijna nul is. Ik herken me dus echt niet in wat u schetst.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de fractie van de ChristenUnie. Gaat uw gang.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank aan de heer Van Delden voor de presentatie. Ik heb een vraag over het Jansenvaccin. We zagen natuurlijk al ver van tevoren aankomen dat

dat vaccin op enig moment geleverd zou worden en dat er ook goedkeuring zou zijn om het toe te laten. Is de komst van dat vaccin al verwerkt in de vaccinatiestrategie? Als dat niet zo is, wanneer gaat dat dan gebeuren? Gaat deze vaccinatiestrategie er dan weer heel anders uitzien? Kunnen we nog een versnelling tegemoetzien?

De heer **Van Delden**:

Nou ja, ik heb goed en slecht nieuws. Het goede nieuws is dat het er al in verwerkt is. Dus nee: we kunnen niet nog meer versnellen. In alle cijfers die we weergeven, is de inzet van Janssen al meegerekend. Het is dus niet zo dat we kunnen versnellen omdat we dat nog niet gedaan zouden hebben.

De **voorzitter**:

Voldoende, dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van dit eerste blok. Ik wil de heer Van Delden nogmaals bedanken voor de presentatie en de beantwoording van de vragen. Dan schors ik deze vergadering voor enkele minuten, zodat we de plek weer kunnen schoonmaken en de heer Van Dissel kan aanschuiven. Nogmaals hartelijk dank.

De heer **Van Otterloo** (50PLUS):

Mag ik namens de vertrekkende leden de ene Jaap bedanken, wat we straks bij de andere Jaap ook zullen doen, voor alle inspanningen die hij gedaan heeft voor de technische briefings?

De heer **Van Delden**:

Dank u wel. Dank voor de goede gesprekken en veel succes met uw werk.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

Aan de orde is de technische briefing van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het gaat over de update van het coronavirus.

## **Blok 2**

Gesprek met:

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

De **voorzitter**:

Inmiddels is de heer Jaap van Dissel aangeschoven, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Hartelijk welkom, zeg ik in de richting van de heer Van Dissel. Ik zou u graag de gelegenheid willen geven voor het houden van uw presentatie. Deze staat op de website van de Tweede Kamer. Na uw presentatie zullen wij een vragenronde doen, zoals inmiddels gebruikelijk is. Ik ben de tel kwijt, maar volgens mij zitten we inmiddels op de 29ste technische briefing door de heer Van Dissel. Meneer Van Dissel, ik geef u graag de gelegenheid voor het houden van uw presentatie. Gaat uw gang.

De heer **Van Dissel**:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik neem u mee in een update over corona in Nederland. Ik zal ook een blik vooruitwerpen en ingaan op een aantal vragen die nog openlagen van de vorige keer.

Allereerst even de update. Dit plaatje is denk ik heel erg bekend. We hebben het over een luchtweginfectie, waarvan de meeste personen weinig ziek zijn, maar een aantal toch in het ziekenhuis komen. Wat hierbij actueel is, is dat de komende tijd duidelijk zal worden of bij de variantvi-

russen een ander percentage wordt opgenomen en op de ic komt dan bij het klassieke wildtype in Nederland. Dat weten we nog niet helemaal zeker. Uit het buitenland, uit Denemarken en Engeland, komen namelijk berichten dat het wat hoger zou liggen dan bij het klassieke type. Dan het verloop, het epidemiologisch beeld en een stukje duiding daarvan. Aan de linkerzijde staan de meldingen. U ziet dat het weekgemiddelde op 264 per 100.000 ligt. Dat ligt zo'n 16% hoger dan de vorige week. U ziet ook dat het na een daling toch duidelijk aan het toenemen is. Die toename zien we inmiddels ook in de ziekenhuisopnames: het aantal bezette ziekenhuis- en ic-bedden stijgt met tussen de 9% en 14%. Het aantal ziekenhuisbedden ligt boven de 2.000, het aantal ic-bedden boven de 600–650. Dus ook daar is een toename te zien. Als u naar de verschillende veiligheidsregio's en de individuele grafieken kijkt, ziet u aan de rechterzijde in blauw weergegeven dat eigenlijk alle veiligheidsregio's, op misschien een of twee na, een toename van het aantal gevallen laten zien. Dat vertaalt zich ook in een hoger getal per 100.000. We zien natuurlijk ook weer hetzelfde weekgemiddelde en de verspreiding over Nederland in de afgelopen twee weken. Eigenlijk tonen alle veiligheidsregio's inmiddels weer een toename van het aantal gevallen, nadat er een evidente daling was geweest.

We zien tevens dat het aantal testen belangrijk is toegenomen. Dat maakt dat er in ieder geval bij de meldingen iets meer duiding noodzakelijk is. U ziet dat we de afgelopen week weer 24% meer testen hebben gedaan dan de week ervoor. We zitten op tegen de 520.000 testen per week. Dat is een heel hoog aantal. Als je meer test, ga je meestal ook meer vinden. Dat zou de meldingen kunnen vertroebelen, in de zin dat dat er meer worden, omdat er meer getest wordt. Maar dan zou dat ook betekenen dat het percentage positieve testen steeds zou moeten afnemen en dat doet het sedert een week niet meer. De vorige keer heb ik u laten zien dat het uiteindelijk rond de 7,5 is gekomen en inmiddels zitten we weer boven de 8. We zien dus een toename van het aantal testen, maar daarbij helaas ook een toename van het aantal positieve testen. Dat doet vermoeden dat er sprake is van een reële toename.

Laten we meer inzoomen: bij welke leeftijdsgroep worden de testen nu uitgevoerd en zitten er verschillen in de leeftijdsgroepen met betrekking tot positieve testen? Ik geloof dat daar de vorige keer ook een vraag over was. Hier ziet u het antwoord daarop. U ziet dat de afgelopen weken met name in de jongste leeftijdsgroep van 0 tot 13 steeds meer getest is; eigenlijk de afgelopen week weer meer dan de week ervoor. Het aantal testen is aan de linkerzijde te zien. U ziet dat het wat oploopt, tot de groep van 30 tot 40 jaar, en dat het daarna weer afneemt. In de oudste groep is het momenteel het laagst. Het aantal positieve testen ziet u in groen aan de rechterzijde. U ziet dat waar voor de jongste groep de meeste testen worden uitgevoerd, het percentage positieve testen daar het laagst is. Verder ziet u voor de andere groepen de verdeling van het percentage positief.

Dit vertaalt zich in het aantal meldingen per 100.000. Dat ziet u hier weergegeven. U ziet dat het aantal meldingen voor de groep van 0 tot 12 à 13 aan het toenemen is. Dat past bij wat ik u net heb laten zien. Wanneer je het vergelijkt met de meldingen in de andere leeftijdscohorten, dan ziet u dat tot de cohorten boven de 60 jaar de jongste groep het minst positieve meldingen geeft, dus het minst positieve gevallen bijdraagt aan de totale epidemie.

Welke groep doet dat wel? Dat is de groep van 18 tot 25, met een toename van 11% de afgelopen week. U ziet dat die het hoogst uitkomt, zo tegen de 350 – ietsje meer – per 100.000. Dat is dus de groep die momenteel het meest bijdraagt. Maar eerder zagen we dat wat meer geprononceerd. Wanneer u naar de andere leeftijdsgroepen kijkt, ziet u dat tot ongeveer de 60-jarigen voor alle leeftijdscohorten geldt dat het aantal positieve gevallen toeneemt. De enige uitzondering – dat heeft natuurlijk te maken

met het verhaal hiervoor – is de groep van 70-plus. Overall genomen ziet u daar eigenlijk niet zoveel gebeuren. Ik heb één groep daar specifiek uitgehaald, namelijk de groep in de verpleeghuizen. Die ziet u in kleurenbar daarnaast. Met een rood pijltje is het moment weergegeven waarop de vaccinaties zijn begonnen in de verpleeghuizen. U ziet de incidentie in de verpleeghuizen, die aanvankelijk toch behoorlijk hoog was. We vergelijken even de schalen van beide. Het aantal mensen is natuurlijk geringer dan in de leeftijdscohorten. U ziet dat het sedert de vaccinatie aan het afnemen is. Waar we nu zien dat het in de meeste leeftijdsgroepen weer toeneemt, zien we het onder verpleeghuisbewoners nog steeds afnemen. Dat is ongetwijfeld het resultaat van het vaccineren van de bewoners en ook een belangrijk deel van de zorgverleners daar. Tot de hoogste groepen zien we nog geen vaccinatie-effect. We zien een toename in eigenlijk alle groepen, maar met name de groep 18 tot 25 en in de groep met de hoogste leeftijd, waar een belangrijk deel binnen de verpleeghuizen gevaccineerd is en ook steeds meer daarbuiten, ziet u eigenlijk geen toename meer en in de verpleeghuizen ziet u een sterke afname. Dat past bij een vaccinatie-effect.

De vorige keer waren er nog een aantal vragen met betrekking tot de tweede golf. Eerder zeiden we van de tweede golf dat daar vooral de jongeren bij betrokken waren. Dat ging uiteindelijk over op de ouderen. Welke invloed heeft vaccinatie op de personen die worden opgenomen in het ziekenhuis? Dat laat ik u in de komende twee slides zien. U ziet de leeftijdsverdelingen wat betreft de meldingen weergegeven. In de rode lijn ziet u de ziekenhuisopnames weergegeven. Dan heb ik nog een blauwe pijl weergegeven, zowel aan de bovenzijde als aan de zijkant. De blauwe pijl wijst naar dat groen/bruine gedeelte, de groep tussen de 20 en de 30. Bij «start tweede golf» ziet u een expansie, een toename van het aantal van 20- tot 30-jarigen die positief waren. U ziet dat dat voorafging aan de toename van de ziekenhuisopnames in de tweede golf. We denken dat dat komt doordat er eerst een toename is binnen dat leeftijdscohort en dat kort daarna dat leeftijdscohort naar andere leeftijden, bijvoorbeeld naar ouders en grootouders maar eigenlijk naar de hele bevolking gaat overgeven. U ziet hier heel mooi dat effect, zoals dat was bij de start van de tweede golf. We zullen natuurlijk moeten afwachten of dat momenteel ook weer zo is, maar daar heeft het wel de schijn van.

Tevens ziet u hier, maar misschien nog beter op de volgende slide, die de leeftijdsgroepen bij ziekenhuisopname weergeeft, opnieuw mooi het effect van vaccinatie. Ik neem u even mee met de grafiek. U ziet hier dat de groep aan de linkerzijde van 65 tot 80 jaar ongeveer de helft vertegenwoordigt van alle ziekenhuisopnames. Voor de duidelijkheid, dit is niet gelijk aan ic-opnames, want daar zien we over het algemeen wat minder die hoogste leeftijdsgroepen. U ziet dat 65 tot 80 de helft van het percentage vormt, dus 50% van de groep die in het ziekenhuis komt. U ziet dat 80-jarigen ongeveer een kwart daarvan uitmaakten, maar na het vaccineren ziet u dat heel duidelijk afnemen. U ziet ook dat de groep van 50 tot 64 tot voor kort redelijk stabiel was maar nu aan het toenemen is. Dat geldt eigenlijk ook voor de groep onder de 50. Die toenames zijn misschien nog discreet, maar u moet zich realiseren dat ook het absolute aantal inmiddels aan het toenemen is. Dat betekent dus dat die toename niet alleen maar komt doordat het voor de 80-jarigen afneemt; ook het absolute aantal neemt toe. Dus opnieuw zien we ook hier duidelijk het effect van vaccinatie van 80-jarigen en ouder, met een duidelijke afname van hun aandeel in de ziekenhuisopnames. En tegelijkertijd ziet u dat toch 65 tot 80 de grootste groep is die wordt opgenomen.

Dat vindt u op een wat andere wijze weergegeven aan de rechterzijde van de grafiek, met ook daar in kleurencodes de verschillende leeftijdsgroepen. Wat daar eigenlijk ook opvalt is dat de groep met de hoogste leeftijd eigenlijk steeds minder inneemt. Ook dat is dus weer het vaccinatie-effect. Dus we zien het effect van vaccineren in verpleeghuizen,

in de leeftijd van patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis. We zien tegelijkertijd dat de wat jongere groepen meer vertegenwoordigd zijn in het ziekenhuis, terwijl de absolute aantallen ook toenemen.

Dan wilde ik u kort nog laten zien hoe het momenteel staat met het bron- en contactonderzoek. We kunnen kijken naar individuele patiënten, we kunnen ook kijken naar de iets grotere clusters. Dat betekent dat tenminste drie gerelateerde gevallen aan elkaar gekoppeld kunnen worden. Die worden hier weergegeven op twee wijzen. Aan de linkerkant ziet u het per leeftijdscohort. Dat betekent dat er bijvoorbeeld een cluster is van 15-jarigen, maar niet met iemand uit de jongere leeftijd erbij. Aan de rechterkant ziet u de gemengde clusters. Dan kunt u bijvoorbeeld denken aan een huishouden met ouders en kinderen, waar de leeftijden natuurlijk over de leeftijdsgenotenindeling aan de linkerkant heengaan. Hier ziet u onder andere terug dat voor de jongste leeftijdsgroepen het effect van de school duidelijk is. U ziet dat daar clusters waren. We hebben dan de vakantieperiode en de tijd van de scholensluiting. De scholen gaan nu weer open en u ziet dat dat leidt tot enkele clusters daar. U ziet ook dat sport daartoe kan leiden. Bij de andere leeftijdsgroepen is het duidelijk dat toch vooral de thuissituatie, bezoek en werk een belangrijke rol spelen.

Wanneer je naar de gemengde clusters kijkt, zie je eigenlijk hetzelfde terug. School komt daar natuurlijk veel minder duidelijk naar voren. De as is ook heel anders en gaat tot veel hogere aantallen. Dus in vergelijking met de aantallen links heeft de rechter grafiek veel meer volume. U ziet dat vooral overdracht plaatsvindt binnen de thuissituatie van personen die op bezoek komen naar de thuissituatie, de personen die het op hun werk ophalen en meenemen naar de thuissituatie. Maar u ziet bijvoorbeeld ook dat verpleeghuizen, die aanvankelijk toch een belangrijke rol speelden, helemaal aan het uitdoven zijn. Opnieuw is dat een effect van vaccinatie. Dus dit geeft ook een indruk van waar momenteel de meeste besmettingen worden overgedragen. Dat is toch door bezoek en thuis, vervolgens is het in een huishouden en zal het zich binnen een huishouden verder kunnen verspreiden. Ik kom daar aan het eind van het verhaal nog even op terug.

Ik liet u net zien dat in de scholen clusters optreden. Dat is ook wel wat je verwacht. Je ziet dat daar sprake is van een belangrijke en grootschalige verspreiding. U ziet hier het aantal clusters met een schoolsetting weergegeven. Wanneer je dat betreft op het totale aantal scholen dat potentieel geraakt had kunnen worden, dan zie je dat ongeveer 2% van de scholen tot voor kort – dit loopt natuurlijk altijd iets achter – te maken heeft gehad met clusters op scholen. Dat geldt zowel voor het primair onderwijs, dat natuurlijk al langer open is, als voor het voortgezet onderwijs. Aan de linkerkant ziet u dat dat in ongeveer de helft van de gevallen heeft geleid tot het stoppen van klassen, omdat het eerst moest worden uitgezocht of omdat er verspreiding in de klas was. Ik denk dat het een beperkt aantal is, maar zoals u ziet, is dat iets wat we nauwkeurig in de gaten houden. U kunt die pieken overigens niet helemaal vergelijken, want het testbeleid heeft daar natuurlijk een belangrijke invloed op gehad. We testen nu veel meer en we verwachten dan ook meer te vinden.

Goed, tot zover het epidemiologisch beeld. Dan neem ik u nu verder mee naar de follow-up op de kiemsurveillance, waar we door sequencing van bemonsteringen kijken of er sprake is van een van de variantvirussen of van het klassieke virus. Op de grafiek links onder ziet u weergegeven – de datapunten zijn de rode dots in de grafiek en de lijn is de fit die daar doorheen getrokken wordt, de regressielijn – dat we in de eerste week van maart op ongeveer 82%, 83% zaten voor de Britse variant; die gegevens kwamen natuurlijk vorige week beschikbaar, omdat je altijd een week bezig bent om de sequencing uit te voeren. Als je dat vertaalt naar het moment waarop die mensen de infectie hebben opgelopen, dan gaat dat een dag of zeven tot maximaal tien terug. Dat betekent dat tien dagen

voor de eerste week van maart al 82% met de Britse variant werd aangehoest. Dat heb ik weergegeven met de stippellijn, want dat moment gaat natuurlijk vooraf aan het krijgen van klachten, het doen van de bemonstering en het uitvoeren van de sequencing. Dat betekent ook dat het moment voor de ziekenhuisopnames nog iets naar rechts ligt. Dat is weergegeven met de blauwe lijn. Maar als je je realiseert hoe groot de kans is op de Britse variant als je vandaag zou worden aangehoest en besmet wordt, dan betekent dat tegelijkertijd ook dat die inmiddels boven de 95% zit. De Britse variant heeft in Nederland dus de klassieke variant verdrongen. Tegelijkertijd ziet u aan de blauwe datapunten, die voor de Zuid-Afrikavariant gelden, dat die nog zeer beperkt aanwezig is, onder de paar procent, en ook niet heel erg is toegenomen. Dat betekent dat de Britse variant het wat dat betreft vooralsnog wint van de Zuid-Afrikavariant. Dat mag je niet helemaal zo zeggen, want dan ga je natuurlijk uit van een homogene mix en verspreiding, en dat is nooit zo. Het gaat altijd in een bepaalde setting. Dat kan dit mede beïnvloeden. Maar dit is wel het beeld dat naar voren komt. De Britse variant is momenteel dominant.

Aan de rechterzijde ziet u de doorgerekende aantallen. U ziet dat de aantallen besmettelijken zijn opgelopen; een persoon is ongeveer een week besmettelijk en is dus een week terug te vinden op deze grafiek. We hebben rond de minimaal 95.000 gezeten. U ziet dat het nu weer tegen de 115.000 is, dus ook daar zien we de toename terug die we ook in de meldingen en de ziekenhuisopnames terugvonden. Wanneer u naar de onderzijde van die grafiek kijkt, ziet u ook dat de klassieke en de Britse variant elkaar al begin februari gekruist hebben en dat als je de rode lijn nu zou doortrekken, dat in feite de dominante lijn is die bijdraagt aan de schatting van de besmettelijken.

Hoe vertaalt zich dat in het reproductiegetal? Het reproductiegetal wordt inmiddels twee keer per week berekend en gerapporteerd. U ziet hier twee verschillende getallen, namelijk het getal van 8 maart, want we kijken natuurlijk altijd enige tijd terug – dat is gisteren berekend en dat lag op 1,11 – en het getal van 4 maart, dus van afgelopen donderdag, dat aanstaande donderdag weer wordt geüpdatet. U ziet daar ook nog de onderverdeling tussen de klassieke wildtype, de Zuid-Afrikavariant en de UK-variant, waarbij de UK-variant het hoogste was. Aangezien de UK-variant nu het meest bijdraagt, ziet u ook dat het overaltype, dus het tezamentype, in die richting gaat. Die zal waarschijnlijk ergens tussen de 1.15 en 1.18 uitkomen, zoals u hier ziet weergegeven. De Britse variant verspreidt zich ongeveer 34 keer gemakkelijker qua percentage dan de klassieke variant. Die kent dus een 34% grotere besmettelijkheid. Ook dat is een getal dat in de afgelopen weken wat heeft gewisseld, al naargelang de actuele bepaling van die variant van invloed was op de regressielijn. Naarmate we meer gevallen hebben van alleen de Britse variant is dat getal steeds harder. U ziet aan de linkerzijde de reproductiegetallen weergegeven in de tijd: de Zuid-Afrikaanse variant in het geel, de Britse variant in het rood en de klassieke variant in het blauw. Wat belangrijk is, ook voor onze uitblik, is dat die Britse variant in de gehele periode nog niet onder de 1 is geweest.

We berekenen de reproductiegetallen niet alleen op grond van de Osiris-data, op grond van de meldingen, maar ook op grond van de ziekenhuisopnames en de ic-opnames. Die getallen liggen natuurlijk ook vast. De schatting van de eerste ziektedag geeft wel veel meer onzekerheid, maar u ziet dat ook die bepalingen boven de 1 liggen, rond de 1,05. Die lopen natuurlijk achter op de meldingen in de bevolking, omdat men er uiteraard enige tijd over doet voordat men eventueel in het ziekenhuis wordt opgenomen.

Dan de verwachtingen en de prognoses van het beeld. Voor de duidelijkheid: daar nemen we het vaccinatieschema in mee. Dat staat hier nog even kort weergegeven, zoals zojuist ook is toegelicht. We gaan wat

betreft de effectiviteit uit van de gerapporteerde percentages van effectiviteit uit de klinische studies en van een dekkingsgraad die tussen de 85% en 90% ligt. Voor de duidelijkheid: we nemen niet alleen de vaccinaties mee, maar ook de vraag hoeveel personen de infectie hebben doorgemaakt, ervan uitgaande dat het doormaken van een natuurlijke infectie ook leidt tot opbouw van immuniteit.

Met betrekking tot de opnames ziet u op het volgende plaatje de verschillende schattingen. De dots zijn de daadwerkelijk gemeten opnames per dag. Dat zijn de harde getallen. Daar wordt het model door gefit. Het model kun je beïnvloeden doordat je de onderliggende contactmatrix kunt beïnvloeden. U ziet hier een aantal lijnen weergegeven. De rode lijn is de lijn die we zouden hebben gelopen – en die we duidelijk niet lopen – als er geen aanscherping was geweest van de lockdown. De blauwe lijn zou gelden als we sedertdien geen enkele versoepeling hadden gedaan, maar dat hebben we natuurlijk wel gedaan, want het primair onderwijs, de kinderopvang en het voortgezet onderwijs zijn inmiddels geopend. U ziet dat de voorspelling nog steeds is dat als we zo doorgaan, zonder verdere veranderingen, de gedeeltelijke opening toch invloed heeft op de gemiddelde toename van het aantal ic-bedden. Dat zal naar verwachting toch redelijk toenemen. Maar daar zit wel een behoorlijke onzekerheid in. Die heb ik weergegeven in de grafieken aan de rechterzijde. Die geven de probability density curves weer, zoals dat zo mooi heet. Men is natuurlijk geneigd om naar die lijn te kijken – en dat is ook heel begrijpelijk – maar die lijn geeft alleen maar de 50% weer binnen de curve die de totale waarschijnlijkheid weergeeft. Het is 50% van wat je kan verwachten, maar het kan dus ook heel goed daaronder liggen. U ziet dat met name de groene en de blauwe lijn wat dat betreft toch nog een behoorlijke overlap tonen. We kunnen niet met zekerheid zeggen hoe dat precies zal gaan verlopen.

Hetzelfde geldt voor de ic-opnames. Die hebben we wat zien toenemen in de afgelopen week. De vraag is of het de komende week een stuk sneller zal toenemen of dat het meevalt. We hopen natuurlijk op het laatste, maar ook daar is sprake van een belangrijke onzekerheid, die het niet mogelijk maakt om met complete zekerheid te zeggen wat het zal worden. Wat geeft de meeste kans? Als je kijkt naar de curves, dan zie je dat 50% van de kansen aan de onderkant ligt van de curve en 50% daarboven. Dat betekent dat er ook een kans is dat het toch meer zal toenemen dan die groene mediane lijn nu aangeeft. Er zijn domweg te veel onzekerheden – ik zal u er zo een paar laten zien – die maken dat we dat niet met grote nauwkeurigheid kunnen voorspellen.

Dan hier nog even uitvergroot het deel van de tweede en de overgang naar de derde golf, maar ook het beeld op iets langere termijn. U ziet daar ook weer het vraagteken en de weergave dat er een belangrijke overlap is in de waarschijnlijkheid van de prognoses van die derde golf. Waar het uitkomt, weten we natuurlijk pas achteraf. Dat moge duidelijk zijn. U ziet dat je als we de lijn volgen die wij het meest waarschijnlijk achten – dat is de groene lijn – toch nog tegen een behoorlijk forse toename in de ic-bezetting en in de zorgbelasting aankijkt en dat het pas daarna weer afneemt.

U ziet tegelijkertijd ook dat die afname uiteindelijk niet leidt tot nog meer spreiding, maar juist tot minder onzekerheid. Dat vertaalt zich dus – dat zal ik u straks nog laten zien – naar een duiding dat als we twee maanden verder zijn, de voorspelling eigenlijk weer veel meer kloppend wordt en we dus kunnen verwachten dat we dan heel duidelijk in een dalend been zitten. Dat is uiteindelijk natuurlijk toch gunstige perspectief waar we tegenaan kijken, mits de vaccinaties conform het schema kunnen worden uitgevoerd.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Sorry, even voor de duidelijkheid: begrijp ik goed dat de blauwe lijn is met gesloten basisscholen en de groene lijn met open basisscholen?

De heer **Van Dissel**:

Dat klopt. Rood is geen aanscherping van de lockdown destijds en blauw met die aanscherping, maar geen enkele versoepeling vanaf dat moment. Wat we natuurlijk gedaan hebben, is wel enige aanpassing van de maatregelen en in het model volgen we dan de groene lijn. Ja, dat is juist. Ten slotte ziet u dat voor de verpleeghuizen de voorspelling inmiddels somberder is dan de actuele getallen. Dat heeft natuurlijk weer alles te maken met het feit dat de vaccinatie daar zo succesvol op is. Niet alleen op het aantal mensen dat covid krijgt, maar ook, rechtsonder, op een doorgaande daling van de sterfte ten gevolge van covid. Waardoor komt dit? Waarom zit je niet hier dan niet precies op die lijn? Dat komt doordat de lijn die we gebruiken in de modelleringen uiteindelijk is afgeleid van de ic-opnames, omdat dat eigenlijk het meest robuuste getal geeft. Als we dat model vertalen naar de verpleeghuizen, ziet u dat we in de verpleeghuizen gunstiger uitkomen. Dat is te verklaren met het feit dat we daar vaccineren, iets wat natuurlijk nog geen effect heeft op de ic-opnames. Vandaar deze discrepantie, ten goede, en ook de vertaling daarvan in een sterke afname van de sterfte door covid, wat natuurlijk ook zonder meer gunstig is.

Even heel kort de conclusies op wat langere termijn. Ik denk dat ik het meeste al genoemd heb. Wat ik toch nog even wil benadrukken, is de onzekerheid. Dat is niet omdat de computer niet kan rekenen. Dat komt domweg doordat er onzekerheid is met betrekking tot de exacte toegenomen besmettelijkheid van die varianten en wat er nou precies speelt als iemand de infectie heeft doorgemaakt wat betreft de immuniteit. Daar zijn toch ook weer wat wisselende berichten over in de literatuur. De naleving van de maatregelen is natuurlijk belangrijk en hoe het vaccinatieprogramma doorgang kan vinden. Kortom, allemaal onzekerheden. Die maken uiteindelijk dat je bij een R-getal dat zich toch plus of min 0,1 van de 1 bevindt plotseling heel grote verschillen kan zien, met name in de mediaan. Niet zozeer in de onzekerheid, maar wel in de mediaan. We begrijpen natuurlijk dat daar de eerste blik naartoe zal gaan, dat je dat over het algemeen zal volgen. Het gaat wat ons betreft met name om de onzekerheid, die erg groot blijft.

Er zijn redenen om aan te nemen dat we toch wat te optimistisch zijn of dat we misschien wat te pessimistisch zijn. Dit is gewoon iets wat we per week zullen moeten vervolgen. Tegelijkertijd – ik heb dit schema vorige keer ook laten zien – is de vraag waar we nu zitten. Als u een schema bekijkt waarbij het reproductiegetal wordt uitgezet tegen de belasting in de zorg en dat weer uitgezet tegen de bedbezetting op de intensive cares, komt u uit bij ongeveer de «crossline» zoals dat heet. Dat betekent toch een aantal van ruim 600 met een R-getal dat boven de 1,1 zit. Dat betekent dat je als dit onverminderd voort zou bestaan, inderdaad zo'n stijging krijgt als ik u net heb laten zien, die zo tegen de 1.300 ic-bedden aan zou gaan en dat is het aantal dat we vorig jaar maart uiteindelijk ook hadden. We hopen dat we lager uitkomen, dat die R-waarde toch door misschien meer opvolging lager zal worden. Maar dit is wel wat nu het beeld is en dat maakt dat wij daar dus somber over zijn.

Dat is ook de duiding die het OMT aan de situatie heeft gegeven: veel onzekerheid door het hoge aantal besmettelijke personen. Met een R-waarde boven de 1 en al een forse ziekenhuisbezetting neem je toch een behoorlijk risico. Want als die R-waarde vertaald wordt in een toename, is die toename ook absoluut gezien meteen behoorlijk fors. En een forse toename zal uiteindelijk ook, ook al is dat procentueel, leiden tot een forse toename van de ic-bezetting. Dat is overigens een beeld dat niet alleen in Nederland speelt. Dat is gewoon internationaal. Dat speelt in heel Europa.



U ziet eigenlijk – dat is mijn laatste slide straks – dat de meeste landen om ons heen toch aanscherpen en niet versoepelen. In ieder geval is het voor het OMT ... We houden natuurlijk ook enige optimistische hoop. Stel dat het toch meevalt en dat het beeld toch redelijk stabiel zal blijven. Dan zullen wij als eerste adviseren dat er weer meer mogelijk is. Vandaar dat we nu zeggen: «Maak een pas op de plaats. Ga nu niet zozeer aanscherpen, maar kijk even wat er gebeurt.» Als dat beeld zich de komende een à twee weken gunstiger ontwikkelt dan we voorspeld hebben, zullen we natuurlijk ook meteen bij iedereen inluisteren dat dat misschien ook weer kan leiden tot aanpassing van het beleid. Dat wat betreft het advies.

Dan de onzekerheden ten gevolge van het effect van vaccinatie, hier weergegeven voor de situatie waarbij de avondklok en de bezoekbeperking aanwezig zijn en voor de situatie waarbij die niet aanwezig zijn. Dan hebben we hier doorgerekend het openen van de buitenschoolse opvang en ook het hoger onderwijs. Dan ziet u eigenlijk dat iets waarvan we nog niet weten hoe het exact uitpakt, namelijk of vaccinatie 100% of maar deels bescherming biedt tegen transmissie, behalve dat het de persoon zelf beschermt, geweldig veel verschil maakt. U moet dan eigenlijk de kolommen met elkaar vergelijken. De kolom met de avondklok met bezoekbeperking en die zonder laten zien dat de situatie waarin de vaccinatie minder beschermt tegen overdracht er toch een die veel kwetsbaarder is en al heel snel leidt tot veel meer ic-opnames. Dit is slechts een van de vele onzekere factoren die maken dat de spreiding, weergegeven door het hele roze gebied, zo groot is en zo groot blijft, totdat we straks uiteindelijk, doordat er veel personen zijn gevaccineerd, uit dat risico zijn. Dan ziet u dat de lijnen allemaal sterk naar elkaar toekomen. Dan ben je wel in juni, ten minste.

Dat ziet u hier ook nog kort samengevat. Ik wil benadrukken dat dit een scenarioberekening is, maar toch wat verder dan alleen maar de derde golf. U ziet hier opnieuw drie lijnen. De blauwe lijn is in dit geval wanneer de huidige situatie zich voortzet en we een toch forse derde golf zullen zien met daarna een afname die, zoals u ziet, in juni/juli toch behoorlijk zal zijn. Dan nog twee situaties. De situatie dat je per 1 mei al zegt: ik heb in ieder geval alle 80-plussers gevaccineerd en we heffen de maatregelen op. Dan ziet u dat er in dit scenariodenken nog voldoende mensen aanwezig zijn om toch wellicht nog een forse, in dat geval dan, vierde golf te kunnen maken. U ziet ook dat als u hetzelfde besluit zou nemen per 1 juni, wanneer we natuurlijk verder zijn met betrekking tot het aantal gevaccineerden, het beeld er veel gunstiger uitziet. Ik denk dat je in de advisering en misschien ook in het beleid niet zozeer gaat wachten tot er geen enkel risico meer is. Je zou wellicht eerder kunnen adviseren om openingen te doen, omdat je weet dat je inmiddels in het dalende been bent. Dit is dus even meer een beeld naar voren toe, dat toch toont dat het er zo tegen de zomervakantie echt anders uitziet dan het er nu uitziet. Voor alle belangstellenden thuis wil ik nog aangeven dat we, omdat er natuurlijk een hoop vragen zijn over dat modelleren, volgende week vanuit het RIVM een livesessie hebben met mogelijkheid tot het stellen van vragen, te volgen op Facebook en YouTube.

We gaan door. Er waren vorige week ook vragen met betrekking tot de basisregels, over de invloed die de basisregels hadden. Daar hebben we verschillende vragen over gehad. Dat wil ik iets uitvoeriger toelichten, ook aan de hand van wat grafieken. Nog even: waar gaat het om? Het gaat uiteindelijk om het reproductiegetal, het aantal secundaire gevallen dat iemand veroorzaakt die ziek is. Als dat aantal kleiner dan 1 is, zal de uitbraak verdwijnen, uitdoven. Als het precies 1 is, dan wordt het endemisch. Dat betekent dat het niet toeneemt, maar ook niet afneemt. Als het een getal boven de 1 is – dat is het momenteel – dan verwacht je een toename van het aantal gevallen en spreek je van een uitbraak. U ziet dat weergegeven in de rode figuurtjes ernaast.

Wat bepaalt dat reproductiegetal? Dat is eigenlijk simpel het product van drie factoren. Allereerst moet er contact zijn, want zonder contact wordt er geen ziekte overgedragen. Een contact heeft twee karakteristieken. Het heeft een bepaalde duur en die leidt er natuurlijk toe dat de kans op overdracht toeneemt. En het heeft een bepaalde intensiviteit, een waarschijnlijkheid van overdracht. Die drie parameters bepalen dat reproductiegetal. U ziet weergegeven dat zo'n getal voor covid grofweg overeenkomt met influenza, maar dat het nog altijd een factor 10 lager ligt dan mazelen en waterpokken.

Wat zijn de basisregels die maken dat ze ingrijpen in die drie punten, het aantal contacten, de intensiteit en de duur? Dat zijn allereerst de bronmaatregelen en die zijn verreweg het krachtigst. Dat is eigenlijk relatief simpel, namelijk: als je klachten hebt, blijf je thuis. Als je dat zou doen, dan kan er buitenshuis in ieder geval geen verspreiding zijn door iemand die klachten heeft. Uiteraard doen we dan ook een test. De bronmaatregelen zijn dus altijd het krachtigst.

De tweede categorie noemen wij de collectieve maatregelen. Die zijn in wezen vooral belangrijk als de bronmaatregelen op een of andere manier geen opvolging vinden of als er, zoals bijvoorbeeld bij de presymptomatische overdracht, toch nog een deel van de overdracht kan plaatsvinden zonder dat er klachten zijn. Daar doe je collectieve maatregelen voor als het houden van afstand en het vermijden van drukte. Maar ook handen wassen en hygiëne vallen daaronder, want een deel zal ook komen door contact, bijvoorbeeld door met je handen in je ogen, neus of mond te zitten. Dat zijn allemaal factoren die dat weer bepalen.

Ten slotte heb je nog een soort afkapping van het individuele risico en daar vallen bijvoorbeeld de mondkapjes onder, een maatregel die je in bepaalde situaties in acht neemt.

Hoe kunt u deze maatregelen nou plaatsen in het kader van de bestrijding? Dat is de volgende slide. Ik wilde u nog even de informatie over het draagvlak voor de maatregelen en de opvolging ervan laten zien. Wat u hier ziet, is de trendanalyse van de gedragsunit van de afgelopen week. U ziet dan dat de meest krachtige maatregelen, bijvoorbeeld thuisblijven bij klachten, een heel hoog draagvlak hebben. Met andere woorden, iedereen vindt het belangrijk. Maar u ziet helaas ook dat ongeveer de helft dat maar doet. Dat is een beetje een paradox, een paradox die je ook bij een aantal andere maatregelen terugvindt. U ziet hier bijvoorbeeld hoe er gehoor wordt gegeven aan het handen wassen en het houden van 1,5 meter afstand. Het draagvlak is heel hoog en men herkent dus, denk ik, het belang ervan, maar u ziet ook dat de opvolging lang niet optimaal is.

Waarom is dat dan toch zo belangrijk? Met die vraag kom ik terug op de vragen die ik hierover vorige week kreeg. Ik wil u dat illustreren aan de hand van twee gedachtenexperimenten. Allereerst kwalitatief, wat betekent het naleven van die basisregels? In wezen beperk je daarmee dus dat een besmetting van het ene huishouden naar het andere huishouden kan gaan. In een huishouden zullen we deze basisregels over het algemeen niet handhaven. Als iemand ziek wordt, gaat die meestal apart, maar er is natuurlijk veel intiemer contact binnen een huishouden dan daarbuiten. Je voorkomt daarmee dus niet zozeer de besmetting binnen een huishouden als wel de overdracht. Ik zal u zo laten zien hoe dat dan loopt.

Het moge duidelijk zijn dat als er een besmetting binnen een huishouden is, de enige kans die een virus heeft, het treffen is van personen binnen het huishouden. Daarna dooft het uit en dan hangt het van de grootte van het huishouden af en van de vraag of men toch nog bepaalde maatregelen treft, of iedereen getroffen wordt of dat het maar een deel van het huishouden is. We weten door bron- en contactonderzoek dat het een kwart of minder is. Dat betekent dat het lang niet altijd zo is dat iedereen binnen een huishouden besmet raakt. Dat is ongeveer 15% tot 25%. Ik

hoop dat het duidelijk is dat een uitbraak dan gewoon stopt. U ziet de maatregelen aan de rechterzijde weergegeven en als iedereen deze maatregelen kan nemen, dan zal de epidemie in hele korte tijd uitdoven, domweg omdat het geen nieuwe mogelijkheid heeft om gevoeligen te vinden.

Hoe vertaalt zich dat dan in de R-waarde, dat R-getal? Dat heb ik hier sequentieel weergegeven. Uit de pictogrammen rechtsboven kunt u opmaken hoe u dat moet zien. Je hebt een huishouden dat besmet is en dat geeft het door naar twee anderen. Die hebben verschillende groottes en die geven het ook weer door, en zo heb je een uitdijende uitbraak. U ziet aan de rechterzijde weergegeven dat als je de overdracht stopt – dat lukt misschien niet meteen maar wel in tweede instantie bij degenen die aan de bovenzijde staan weergegeven – dan wordt het daarna blauw en is de uitbraak gestopt. Het virus kan zich dan alleen nog maar in het huishouden verspreiden.

Daar kun je ook berekeningen op doen. U ziet dat weergegeven met de R-waarden, die als het ware een cumulatie van maatregelen weergegeven die leiden tot die R-waarde. Allereerst is het zonder veel maatregelen tussen de 2,5 en 3. Dat hebben we gezien bij de aanvang van de uitbraak. U ziet dan ook hoe zo'n exponentiële toename in zeer korte tijd tot geweldig hoge aantallen kan leiden. Dit gaat uit van 1 persoon en u ziet dat het eindigt op ongeveer 1.200 bij een R-waarde van 2,5. Dat doet het binnen een achttal cycli van elk vier dagen. In een maand tijd ga je dus eigenlijk van 1 persoon naar 1.000 personen. U kunt zich voorstellen dat dat een geweldig snelle toename van de uitbraak geeft.

De grafiek geeft achtereenvolgens weer wat er gebeurt als iedereen bij klachten in isolatie gaat, maar het gezin nog niet in quarantaine gaat als er een persoon besmet is. Dat betekent dat een persoon in de periode voordat hij klachten had, het al heeft kunnen doorgeven aan andere huishoudens. Datzelfde geldt eigenlijk voor personen binnen dat huishouden die vervolgens door die persoon besmet worden. Dat leidt uiteindelijk tot ongeveer 50% afname en als je dat doorrekent, krijg je een R-waarde van ongeveer 1,6.

De volgende situatie is dat de persoon die het heeft in isolatie gaat en dat de andere personen in quarantaine gaan. Dan kom je dus een beetje voor de uitbraak uit en heb je ook weer minder kans op doorgifte naar andere huishoudens. Maar op grond van de contactmatrices, die ik hier weleens heb laten zien, kunnen wij berekenen dat je dan ongeveer 20% overhoudt. We weten wie wie besmet en daar kun je dan berekeningen op doen. U kunt zich die misschien herinneren. In deze situatie kom je daarmee uit op een R-waarde van 1,4. Dit is dus nog allemaal zonder toevoeging van de basismaatregelen.

Als we de basismaatregelen toevoegen, ziet u dat de R onder de 1 komt. In dit voorbeeld is er dan mee gerekend dat ongeveer de helft van de basismaatregelen voor de helft effectief zijn. Dan kan natuurlijk nog hoger zijn en dan zou je dus nog lager uitkomen. Ik hoop dat dit voorbeeld helder maakt hoe belangrijk die basismaatregelen zijn. Alleen met isolatie en quarantaine komen we er dus niet, domweg door de eigenschap van het virus dat het ook voor de klachten in een bepaald percentage al kan overgaan. Die personen kun je natuurlijk niet al van tevoren uit het maatschappelijk leven halen. Maar het toevoegen van de basisregels is dus essentieel, omdat die mensen er nu eenmaal zijn en ze het maar aan een beperkt aantal anderen kunnen doorgeven vanwege die basismaatregelen. Op die manier kom je dus uit op een R-waarde van 0,8.

De Britse variant maakt dit helaas allemaal nog kritischer. Los van het feit dat dit maatschappelijk gezien hele vervelende maatregelen zijn, vereist die Britse variant, omdat die ook nog eens 30% tot 35% meer besmettelijk is, dat we dit eigenlijk tot een nog hoger optimum opvolgen. Dat is iets waar we mee om hebben te gaan. Maar als we die R-waarde echt onder

de 1 willen krijgen, is het uitvoeren van die basisregels dus buitengewoon belangrijk.

Ten slotte wilde ik u nog heel even meenemen naar de internationale situatie. Ik heb hier de verschillende landen in Europa weergegeven. U ziet dat Nederland wat betreft de incidentie op ongeveer de derde plek staat van de landen die ik u hier toon. Frankrijk, Zweden, Nederland, België en Italië vormen een groepje landen die elkaar niet veel ontlopen, maar die de afgelopen twee weken toch allemaal een duidelijke stijging hebben laten zien. U weet dat Italië en Frankrijk daarop hebben gereageerd met een belangrijke aanscherping van de maatregelen. Er is een tweede groepje dat daaronder zit, met Denemarken, Duitsland en Noorwegen. Ook zij zien een toename, maar lopen grofweg – als je kijkt naar de aantallen en je die zou doortrekken – een week of twee achter op de aantallen die wij hebben. Hiermee wil ik besluiten. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel voor uw presentatie, zeg ik in de richting van de heer Van Dissel. Dan stel ik voor om direct door te gaan met het stellen van vragen. Ik begin weer bij mevrouw Agema namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik dank de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik begrijp uit sheet 18 dat het openen of dichthouden van de basisscholen in de ic-bezetting een verschil van 500 tot wel 1.300 kan maken. Ik zal natuurlijk nooit voorstellen om de basisscholen dan maar te sluiten, maar ik heb er wel een vraag over. Op pagina 2 van de presentatie zien we bijvoorbeeld sinds een paar keer «adequate ventilatie» staan. Het virus houdt natuurlijk heel erg van schoolklassen vol met kinderen. Dat vindt het virus natuurlijk helemaal fantastisch. Maar als die «adequate ventilatie» nog steeds niet meer is dan het voldoen aan de ventilatierichtlijnen van het Bouwbesluit, dan schieten we natuurlijk niet op. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is: moet daar niet iets gebeuren? Dr. Neira van de Wereldgezondheidsorganisatie zegt dat een ruimte zes keer per uur ververst moet worden met verse lucht. In Italië worden bijvoorbeeld CO<sub>2</sub>-meters op luchthavens gehangen, waarmee je de hoeveelheid verse lucht in een ruimte kan meten. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is: aangezien het virus houdt van groepen kinderen in klassen, moet er dan niet iets gebeuren boven op de ventilatierichtlijnen van het Bouwbesluit?

**De heer Van Dissel:**

Het is duidelijk dat ventilatie van belang is; dat noemen we ook. We weten natuurlijk niet precies wat de meest optimale ventilatie is. Als je buiten in de wind loopt, zal de overdrachtskans altijd minder zijn dan wanneer je binnen zit in een bedompte ruimte. Ventileren is in die zin dus belangrijk. Als je echter kijkt hoe vaak het misgaat – want dat zou eigenlijk de keerzijde daarvan zijn – dan zou je, ook als er nu niet wordt voldaan aan het Bouwbesluit, verwachten dat het belangrijke aantallen in clusters zou veroorzaken. Dan zou het met andere woorden ook consequenties moeten hebben, want we meten tegenwoordig heel veel in die groepen. Dan kom je tot de aantallen die ik u getoond heb. Ongeveer 2% van het primair onderwijs, dat inmiddels toch al een maand bezig is, heeft geleid tot gevallen waarbij ten minste drie kinderen betrokken waren. In ongeveer de helft van de gevallen leidde dat tot het naar huis sturen van een klas die dan vervolgens moest worden nagekeken.

Als we dan naar het brede beeld kijken – want dat moet je denk ik toch ook wel doen – zien we nog steeds dat er infecties voorkomen bij kinderen. Maar u heeft ook gezien dat die kinderen nog wel steeds aan de laagste kant zitten als u de leeftijdscohorten vergelijkt, ondanks dat ze inmiddels weer naar de scholen en klassen gaan. Ik steun dus uw

opvatting dat ventilatie belangrijk is. Ik denk dat daar aandacht aan moet worden gegeven en dat doen we ook. Maar als je het in het grote geheel ziet, dan blijft wat we daar nu aan kunnen toewijzen beperkt ten opzichte van bijvoorbeeld het beter opvolgen van de basisregels door iedereen, denk ik zelf. Want het belang daarvan zal uiteindelijk waarschijnlijk veel groter blijken dan alleen het belang van de maatregelen binnen de scholen. Maar los daarvan ben ik er ook voor om schoolklassen goed te ventileren.

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema, uw tweede vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik snap niet wat erop tegen is om er een tandje bij te zetten, hoor. Ik bedoel: de ic's stromen op dit moment weer helemaal vol en we weten niet eens of die vrijwillige vaccinatie het tij wel op tijd gaat keren. Wat zou het nou kwaad kunnen om er nog een tandje bij te zetten? Maar dat zal wel weer mijn hartenkreet zijn.

Op sheet nummer 28 zien we bijvoorbeeld die andere hele vervelende maatregel: de ontvangst van een maximaal aantal bezoekers; de maximaal-een-persoon-op-bezoekregeling. We zien dat daar heel weinig draagvlak voor is. De naleving staat ongeveer op driekwart. Hoewel dat natuurlijk ook een hele vervelende maatregel is, is die wel supereffectief. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is hoe hij de noodzaak en het nut van deze hele vervelende maatregel meer voor het voetlicht kan brengen.

**De heer Van Dissel:**

Voor de duidelijkheid: u doelt op de bezoekbeperking.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja. Die is natuurlijk heel veel effectiever dan de avondklok.

**De heer Van Dissel:**

Ik denk dat ik duidelijk heb gemaakt wat het belang is van thuisblijven bij klachten. Als die klachten bevestigde covid zijn, moet het huishouden in quarantaine gaan en geen nieuwe contacten aangaan. Als je de bezoeken beperkt of in wezen halveert door van twee naar één te gaan, dan verwacht je daarvan een belangrijke invloed op de overdracht. Dat is wat wij berekend hebben als bundelmaatregel met de avondklok ongeveer 10%. Nauwkeuriger kunnen wij dat niet uitrekenen, maar alle logica gebiedt dat het belangrijke invloed heeft. Zoals ik u net heb laten zien in het plaatje met het gedachte-experiment, heb je bij elke besmetting een korte fase waarin je het gewoon niet weet. Als er dan twee personen op bezoek komen in plaats van één – we weten dat tijdens bezoek die 1,5 meter et cetera onder druk staat – dan kun je verwachten dat je de kans verdubbelt dat er een nieuw geval bij komt. Het halveren van de bezoekregel, hoe vervelend ook, heeft in onze ogen een belangrijk effect.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik de gelegenheid aan mevrouw Van den Berg namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. En ook meneer Van Dissel weer dank voor de presentatie en met name voor de uitwerking van de basisregels, waar ik eerder om had gevraagd. Zeer veel dank daarvoor. Ik wil nog even doorgaan op de vraag van mevrouw Agema over de ventilatie, met name luchtreiniging. Op de website van het RIVM staat dat ventilatie belangrijk is. We zien dat scholen nog maar beperkt gebruikmaken van die subsidie om de ventilatie aan te passen aan het Bouwbesluit. Ze moeten zelf

namelijk ook met geld komen, dat ze niet hebben. Er zijn ook veel bedrijven met luchtreinigers. De technische term ben ik even kwijt, maar die kunnen 99,45% van zelfs de minuscuulste partikels er uithalen. Op de website van het RIVM wordt gezegd dat daar geen wetenschappelijk bewijs voor is. Ik vraag mij af of er überhaupt onderzoek naar is gedaan. In vliegtuigen worden die HEPA-filters blijkbaar wel met succes toegepast.

De heer **Van Dissel**:

Luchtreiniging met apparaten is met name bedoeld om druppels en dergelijke uit de lucht te halen. Daar is zeker wel enig onderzoek naar gedaan, bijvoorbeeld in Eindhoven. Dat is een goed onderzoek. In een setting van een sportschool of van sporten verspreidt men vaak meerdere druppels. Het kan van belang zijn om die eerder te verwijderen. In het onderzoek blijkt dat luchtreiniging een maatregel is die effect heeft op die druppels. Waar de website naar verwijst, is dat de concepten juist kunnen zijn, maar dat het de vraag is of het in de daadwerkelijke praktijk iets doet. Daar is gewoon nog heel weinig van bekend. Als je in een sportschool zo'n luchtreiniger neerzet, zou je in een onderzoek willen zien dat de besmettingen daadwerkelijk afnemen. Dat onderzoek ontbreekt nog.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Hijink namens de fractie van de SP.

De heer **Hijink** (SP):

Dank, voorzitter. Goed dat de heer Van Dissel de basisregels nog een keer goed heeft uiteengezet. Mijn zorg zit in de periode van nu tot de zomer. Door het vaccineren en het testen komen die regels misschien wel verder onder druk te staan. Als je bij het Kruidvat een zelftest kan halen en als straks een groot deel van de bevolking gevaccineerd is, dan is het risico levensgroot dat mensen zich minder aan de regels gaan houden onder het mom: ik heb toch drie dagen geleden een zelftest van het Kruidvat gedaan? Mijn tweede vraag is dan gelijk: hoe erg is het eigenlijk als bijvoorbeeld in de verpleeghuizen of op andere plekken waar het overgrote deel van de mensen gevaccineerd is, de regels losser worden gehandhaafd? Kunt u iets meer zeggen over hoe we daarmee moeten omgaan? Nogmaals, er is het risico dat als het net wat minder positief uitpakt, je de verspreiding verder helpt.

De heer **Van Dissel**:

Ja, dank u voor uw heel belangrijke vraag over testen en het vervolgens al of niet kunnen loslaten van maatregelen. Het punt bij die testen is dat die snelsten daar eigenlijk het meest geschikt voor zijn. Daar verwijst u ook naar. Die komen binnenkort wellicht meer in het algemeen en voor iedereen beschikbaar.

Testen hebben altijd testkarakteristieken, zoals wij ze noemen. Dat wil zeggen dat elke test een bepaalde gevoeligheid heeft, die nooit 100% is, om een conditie vast te stellen. Tegelijkertijd kan de test soms positief zijn, terwijl de conditie er niet is. Dat is de specificiteit en als eerste de sensitiviteit. De mate waarin dat invloed heeft op de uitslag, en wat je daarmee kunt doen, hangt erg af van de voorafkansen dat er inderdaad van die conditie sprake is. Het wordt helaas een beetje een technisch verhaal, maar het komt erop neer dat testen dus altijd moeten worden gezien in de context en tegen de achtergrond van hoeveel gevallen er zijn in de groep die test. Het maakt namelijk heel erg uit hoeveel foutpositieven er zijn, of hoeveel je eventueel mist omdat de sensitiviteit niet 100% is. En nu komt het. Als we allemaal zouden testen en die sensitiviteit, dus de gevoeligheid om ook ziekte op te pakken, niet 100% is – dat is ze niet, zeker niet van die snelsten – dan ga je dus gevallen missen die wel degelijk het virus bij zich dragen, maar negatief testen. Dan is het dus van belang, ook al is die test negatief, dat je je nog niet zomaar niet meer aan die 1,5 meter

kan houden. Als je dat namelijk wel zou doen, kom je dus in een situatie dat voor jou die R bijvoorbeeld weer naar de 2 gaat, terwijl je denkt dat je negatief bent, maar het niet echt bent. Dat maakt het gebruik van testen zo complex.

Testen *sec* zijn geen bestrijdingsmaatregel. Je moet testen en daar consequenties aan verbinden. Stel, iemand heeft een negatieve test en die is foutnegatief. Als je dan losgaat – je laat die 1,5 meter en andere maatregelen los – dan heb je in zo'n situatie dus juist een grotere kans op verspreiding. Dat is uitvoerig gemodelleerd, ook door groepen in Utrecht bijvoorbeeld. Zij laten zien dat dit alleen maar een redelijk veilige manier is als je tenminste drie keer per week test. Het wordt dan nogal een opgave om dat zo frequent te doen, met teststokjes, en het ook steeds goed te doen, want alleen als je het zo frequent doet, kun je ook enige zekerheid hebben dat je in de tussenliggende periode geen anderen besmet. Kortom, testen is gewoon complex. Dat hangt af van de situatie waarin je ze toepast, de incidentie van ziekte, het doel waarvoor je ze toepast en de geldingsduur. Dat zijn dingen die bijvoorbeeld in de fieldlabs onderzocht en vastgelegd worden. Maar in z'n algemeenheid lossen testen niet direct alles op. Ik denk dat dit een heel belangrijk gegeven is.

Er is overigens ook een interessant onderzoek van het Britse parlement hierover, waar ik u misschien naar kan verwijzen. Dat staat ook in *The British Medical Journal* van twee weken terug, dacht ik. Daarin worden zeer kritische noten gekraakt over het brede testbeleid, juist om de problemen die ik u schets.

Dan over het vaccineren van groepen. Als in het verpleeghuis iedereen, letterlijk, gevaccineerd is, dan weet je uit de studies naar de effectiviteit van het vaccin dat in ieder geval die personen het na blootstelling zeer waarschijnlijk niet krijgen. De vraag is nu: kunnen ze het ook niet meer bij zich dragen en weer doorgeven aan andere personen? Dan wordt het meteen met bezoek alweer complex. Dan zou je namelijk zelfs een situatie kunnen krijgen dat het bezoek vanuit een verpleeghuis besmet wordt, terwijl de personen in het verpleeghuis zelf op dat moment voldoende afweer hebben en zelf niet ziek worden. Daarom heeft het onderscheid tussen persoonlijke bescherming en bescherming tegen transmissie ook zo'n geweldig grote invloed op de modellering. Daar weten we eigenlijk nog onvoldoende van en dat wordt wel een heel belangrijk issue.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Hijink, afsluitend.

**De heer Hijink (SP):**

Vooraf over dat laatste zouden we heel graag meer willen weten, want dat kan een enorme impact hebben op hoe ouderen die al gevaccineerd zijn, zich vrijer kunnen gaan bewegen. Mijn vraag gaat nog over dat testen. Een breed testbeleid heeft ook risico's, zegt u. Ik vind dat best een interessante uitspraak, omdat testen in het beleid een heel grote rol speelt. Kijk naar de toegang tot bepaalde bijeenkomsten op basis van een negatieve test en straks de beschikbaarheid van zelftesten in supermarkten en winkels. Als u aangeeft «we weten eigenlijk niet zo heel goed wat we daar precies aan hebben», dan vraag ik me af: waarom doen we het dan? Wat is dan de meerwaarde van het hebben van grote aantallen zelftesten tegen een heel lage prijs bij de supermarkt en het verlenen van toegang tot bepaalde bijeenkomsten op basis van een negatieve test? Wat hebben we er dan nog precies aan in die overlaptijd tot mei of juni?

**De heer Van Dissel:**

Dat is ook precies het punt dat we maken. Overigens is in de afgelopen drie OMT-brieven ook steeds op dit probleem ingegaan, want dit is natuurlijk een belangrijk punt bij het beoordelen van het testen en het

testbeleid. Maar voor de duidelijkheid: testen kunnen ook heel zinvol zijn, want je pikt daarmee toch positieven op die op dat moment blijkbaar geen klachten hadden en zich zelf gemeld hebben bij de teststraat. Mits daaraan opvolging wordt gegeven, in de zin dat zo'n persoon dan ook de regels in acht neemt en in isolatie gaat, vermindert dat de doorgifte. Testen kunnen dus heel gunstig zijn. Maar je moet ze wel zien met betrekking tot het doel en met betrekking tot de achtergrondsituatie en hoe vaak de ziekte daarin voorkomt. Dat zijn twee hele belangrijke gegevens, omdat die tezamen met de sensitiviteit en de specificiteit van de testen uitmaken wat de positieve en negatieve voorspellende waarde van een uitslag is. Het tweede is dus: wat doe je als je negatief test? Laat je dan alle maatregelen los en heb je dus een R-waarde van 2,5, terwijl je misschien toch nog een kleine kans hebt om wel besmettelijk te zijn? Dan kan je als het ware een optimum uitrekenen waarbij testen zelfs kunnen leiden tot meer verspreiding, tenzij je ze heel frequent gaat doen. Maar ja, als je drie keer per week getest moet worden, is het ook weer de vraag wat daar de opvolging van is. Er is dus no easy way out. Dat is hier helaas toch een beetje het antwoord. Testen kunnen nuttig zijn en moeten opgevolgd worden door maatregelen; dat is de essentie, denk ik.

**De voorzitter:**

De heer Van Otterloo namens de fractie van 50PLUS, uw laatste vraag.

**De heer Van Otterloo (50PLUS):**

Ik heb een ander soort vraag, hoewel ik het helemaal eens was met de vraag die de heer Hijink stelde. Mijn vraag gaat over het draagvlak voor AstraZeneca. Er zijn namelijk een aantal signalen dat door de opstapeling van problemen rond AstraZeneca, met als laatste weer die verouderde gegevens – dat interpreteren mensen als een slecht iets – een aantal afgezegde vaccinaties maar schoorvoetend alsnog worden geplaatst, althans dat mensen het idee hebben dat ze eigenlijk niet aan AstraZeneca moeten beginnen. Ik was benieuwd of dit draagvlak ook verder is onderzocht door het RIVM. Dit was een bericht van GGD Haaglanden.

**De heer Van Dissel:**

Nee, dat is nog niet onderzocht. Voor de duidelijkheid: bij een aantal dingen die u noemt, ligt het natuurlijk bij andere partijen om daar opvolging en bewaking op te zetten, zoals het CBG, het EMA en de pharmacovigilancegroep daarvan, en niet primair bij ons.

**De heer Van Otterloo (50PLUS):**

Het ging mij niet om de verantwoordelijkheid van het RIVM; het ging mij om het onderzoek, omdat u in uw scenario's uitgaat van een bepaalde vaccinatiegraad. Als dan blijkt dat er over één specifiek vaccin, in dit geval AstraZeneca, zo veel twijfels zijn dat we die graad niet halen, dan is dat toch iets om te onderzoeken.

**De voorzitter:**

Uw punt is helder. De heer Van Dissel, kort.

**De heer Van Dissel:**

Dat punt nemen we zonder meer mee. Het wordt natuurlijk wel gemonitord. Er wordt gekeken hoeveel mensen gehoor geven aan de oproep. Dat heeft u ook aan de collega hiervoor kunnen vragen. Dat aantal is gelukkig heel erg hoog. Maar als daar verandering in zou komen, dan heeft dat inderdaad consequenties voor de manier waarop wij onze verwachtingen modelleren. Dat klopt.



**De voorzitter:**

Dan geef ik nu de gelegenheid aan de heer Van Haga namens de fractie van Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

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

De verspreiding van de Britse variant en al die andere varianten wordt natuurlijk via een model van het RIVM ingeschat. Op basis daarvan worden al die maatregelen genomen, zoals de avondklok en de bezoekbeperking. Inmiddels hebben onder meer Maurice de Hond en Follow the Money gehakt gemaakt van die modellen. Wij hebben een motie ingediend om die modellen openbaar te maken, zodat we ze kunnen narekenen. De motie is aangenomen, maar ik krijg geen antwoord van de heer De Jonge. Ik zou willen weten of het mogelijk is om die op de een of andere manier via u te krijgen. Dan bedoel ik de programmatuur en de broncode. Ik begrijp dat er een livesessie komt met vragen en antwoorden, maar dat is niet genoeg. Wij willen gewoon de modellen krijgen zodat we ze kunnen narekenen. Die transparantie lijkt me niet meer dan normaal.

**De heer Van Dissel:**

Dan wil ik u toch een vraag terugstellen, meneer Van Haga. Heeft u weleens gekeken op de RIVM-website naar wat wij daar aan modellen bieden?

**De voorzitter:**

Het is niet helemaal de bedoeling dat we vraag-wedervraag gaan doen, want dan zijn we nog wel even bezig, denk ik.

**De heer Van Dissel:**

Dan wacht ik het antwoord verder niet af. Maar wat u vraagt, staat gewoon op de RIVM-website. U kunt daar alles terugvinden zolang het niet privacygevoelig is. Dat gaat dus om de codes die u noemt, de data et cetera. Daar is een aparte site voor gemaakt, juist om het mogelijk te maken voor anderen om dingen na te rekenen als ze dat zouden willen. Voor de duidelijkheid: ik heb ook begrepen, al heb ik het niet zelf gecontroleerd, dat TNO er helemaal geen moeite mee had om dat model op grond van de informatie zelf te runnen en te controleren. Ik weet niet wat u dus nog meer zou willen.

**De voorzitter:**

De tweede vraag van de heer Van Haga.

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

Oké, dan mijn tweede vraag. Eind januari liet u ons een grafiek zien waaruit zou blijken dat het dragen van mondkapjes een positief effect zou hebben. Het was gering en nauwelijks meetbaar, maar het zou een positief effect hebben. Maar op de originele grafiek is iets anders te zien, namelijk dat het gemiddelde effect van mondkapjes zelfs licht negatief is. Het dragen van mondkapjes leidt dus zelfs tot meer besmettingen. U heeft zelf aangegeven dat u per abuis de verkeerde grafiek heeft gebruikt. Zestien staten in de VS hebben inmiddels de mondkapjesplicht afgeschaft omdat de wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt. Vindt u nou niet dat er met deze informatie aanleiding is om de mondkapjesverplichting onmiddellijk op te heffen?

**De heer Van Dissel:**

Nee. Even serieus: ik weet echt niet welke grafiek u bedoelt als u naar twee maanden terug verwijst. Als u verwijst naar de grafieken die in Nature Human Behaviour en Science stonden, dan kunt u zien dat er aan mondkapjes een zeer geringe effectiviteit werd toebedeeld, met een zeer

grote betrouwbaarheidsinterval. Met andere woorden, dat loopt ongetwijfeld door de 1 of de 0 heen – ik weet niet meer precies wat ze als afkappunt hebben gebruikt – maar dat suggereerde niet een hele grote werkzaamheid, zoals ik hier heb laten zien. Nou heb je mondkapjes in de publieke ruimte, in private ruimten en in het openbaar vervoer. Met andere woorden, ook de context is belangrijk. We hebben in ieder geval in januari de grafiek niet gebruikt om het beleid met betrekking tot mondkapjes te willen veranderen.

**De voorzitter:**

De heer Van Haga, laatste vraag.

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

Dat was deze grafiek die ik hier heb. Daar heeft u inmiddels van toegegeven dat hij niet klopte. Maar goed, ik ga door naar mijn derde vraag. Die gaat over iets wat ik niet helemaal heb begrepen. Misschien kunt u me daarin helpen. Het gaat over immuunontsnapping. Verschillende experts zoals dr. Geert Vanden Bossche en dr. Philip McMillan stellen dat het vaccineren van mensen tegen COVID-19 midden in een pandemie ertoe zal leiden dat het virus besmettelijker wordt. Ook stellen zij dat de resistentie van virussen tegen vaccins daardoor groter zal worden. Massavaccinatie van bevolkingsgroepen die reeds aan een hoge infectiedruk zijn blootgesteld, zal de adaptieve immuunontsnapping doen toenemen, zeggen zij. Dat betekent dan weer dat een gemuteerd virus de aangeboren immuniteit van het lichaam kan omzeilen. Herkent u dit fenomeen? Is dit een risico waarmee we rekening moeten houden?

**De heer Van Dissel:**

Nog even op het vorige. Ik heb Nature Human Behaviour, waarnaar ik verwees, daarna op geen enkele manier ontkend. Ik wil toch nog even zeggen dat dat niet juist was. Het is een prachtig artikel dat de effectiviteit van de verschillende maatregelen op een mooie wijze met elkaar vergelijkt.

Immune escape is een bekend mechanisme dat we kennen in de immunologie. Als een groep geconfronteerd wordt met een pathogeen en die groep bijvoorbeeld personen kent die een niet heel goed ontwikkelde afweer hebben, dan zie je soms langduriger infecties in die personen en je ziet dat een virus dan kan muteren. Ik heb naar aanleiding van de vraag waar de Engelse mutant vandaan komt ook wel eens toegelicht dat een van de hypothesen daarover is dat het misschien een persoon was met verminderde afweer, waar het virus dus een chronischer infectie heeft kunnen veroorzaken. Er zijn een aantal publicaties daarover. Je ziet dat tijdens zo'n infectie soms meerdere mutanten kunnen ontstaan. Veel van die mutanten hebben minder de gelegenheid om over te gaan, maar soms heb je pech en ontstaat er een mutant die wel makkelijker overgaat. Zo wordt het ontstaan van die Britse variant geconcipeerd.

Op zich zou het dus kunnen. Dat neemt niet weg dat het breed vaccineren en het voorkomen van infectie die situatie juist ook voorkomt. Het zijn altijd afwegingen. Bij de influenza en de griep speelt een soortgelijk mechanisme. Daar moeten we bij herhaling tegen vaccineren om tegen nieuw ontstane varianten opnieuw bescherming te bieden. Het zou best kunnen dat dat uiteindelijk ook het voorland van COVID-19 is.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu de gelegenheid aan mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren om een vraag te stellen.

**Mevrouw Van Esch (PvdD):**

Ik blijf hangen op pagina 10 van deze presentatie, zo merk ik. Ik blijf zien dat vooral bezoek en werk een belangrijke oorzaak zijn van het aantal

besmettingen. Vooral ten aanzien van werk zien we nog weinig maatregelen om die besmettingen daar terug te dringen. Ik heb het gevoel dat steeds meer mensen naar hun werk gaan. Ik kan me dat na een heel lange periode van thuiswerken soms ook best voorstellen. Alleen, ik ben op zoek naar de cijfers die u vaker heeft getoond over het aantal mensen en hun bewegingen. Zien we dat steeds meer mensen het huis uitgaan en toch weer naar het werk gaan? Helemaal met het aankomende mooie weer – hopelijk mooi weer – vraag ik me af of dat niet bijdraagt aan het aantal besmettingen.

**De heer Van Dissel:**

Ja, die zal ik de volgende keer weer includeren in de presentatie. We hebben een aantal manieren om ernaar te kijken. Zo is er Google Mobiliteit en zo zijn er nog een aantal. Je kunt ook uitgaan van het aantal auto's dat over de weglussen rijdt. Dat soort informatie komt tot ons. We menen daar trends in te zien, zonder daarover nu in het wilde te fantaseren. Ik zal het de volgende keer meenemen, zodat u het kunt zien. De essentie blijft natuurlijk wel dat het vooral belangrijk is dat men op het werk, ook bij het koffieapparaat, opnieuw die basisregels in stand houdt. Bij clusters hoor je dat het daar misgaat.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De tweede vraag, mevrouw Van Esch.

**Mevrouw Van Esch (PvdD):**

Als ik het goed begrijp, zegt u: de komende weken moeten we met de huidige maatregelen kijken hoe het gaat. Het OMT heeft geen andere maatregelen of adviezen afgekondigd. Ik had wel het gevoel dat u zei dat er over twee weken misschien toch aanscherpingen worden geadviseerd. Ik ben wel benieuwd op welke aanscherpingen dan wordt bedoeld. We zitten immers eigenlijk nog steeds in een zeer zware lockdown. Zijn die aanscherpingen dan toch weer scholen sluiten? Welke aanscherpingen ziet u dan voor zich?

**De heer Van Dissel:**

Ik dacht zelf dat ik heel zorgvuldig het woord «aanscherpingen» niet had gebruikt, maar ik maak ook weleens een slip of the tongue. Ik hoop te hebben overgebracht dat wij de situatie nu somber vinden en dat wij het liefst hebben dat het stabiel blijft en dat we het voor ons uitschuiven, zodat de vaccinaties ons uiteindelijk redden en we de piek zo laag mogelijk houden om ook de reguliere zorg mogelijk te maken. Dat is wat we de komende weken gaan observeren. Dat is meer om duidelijk te maken dat we als OMT in ieder geval niet vastzitten aan een besluitcyclus. Dat is aan de regering. Zodra wij zien dat het toch significant lijkt te gaan afbuigen van misschien wat pessimistischer voorspellingen, dan zullen we niet nalaten om iedereen daar meteen op te wijzen. Wat daar dan mee gebeurt, is niet aan ons, natuurlijk. We hebben al een aantal versoepelingen doorgerekend en hier ook laten zien. Als het vele malen slechter zou zijn – daar verwijst u eigenlijk naar – is dat echt even een situatie ... Kunnen we dan beter pinpointen waar dat dan door komt, om zo gericht mogelijk iets te adviseren? Dat is momenteel nog niet het geval.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Kröger namens de fractie van GroenLinks.

**Mevrouw Kröger (GroenLinks):**

Dank u wel, voorzitter. Ik had toch ook nog een vraag over het testen. Als we kijken naar het overzicht op pagina 28, dan is de conclusie dat 50% tot 60% van de mensen niet weet dat ze besmettelijk is, omdat die mensen zich niet hebben laten testen. Er lopen dus ongelofelijk veel mensen rond

die besmettelijk zijn. Is het dan niet van het allergrootste belang dat wij juist veel sterker inzetten op laagdrempelig testen? Ik heb zelf gemerkt dat er geen mogelijkheid is om een sneltest te krijgen als je bij de GGD een afspraak maakt. Laten we ervoor zorgen dat we echt inzetten op laagdrempelig en breed testen. Ik hoorde net in het antwoord van de heer Van Dissel aan mijn collega wat ambivalentie ten opzichte van testen, terwijl je ziet dat het in andere landen, zoals Duitsland en Oostenrijk, echt beter gaat. Er wordt daar veel proactiever en laagdrempeliger ingezet op testen. Daar moeten we toch iets van leren?

**De heer Van Dissel:**

Laat helder zijn dat ik geen ambivalente of negatieve gevoelens heb over testen. Zo wilde ik het niet overbrengen. Ik breng hopelijk wel over dat testen geen bestrijdingsmaatregel is. Testen is alleen maar een bestrijdingsmaatregel als het onderdeel is van een keten van maatregelen die daarop volgen. Daarin zit de essentie. Ik hoop dat ik dat duidelijk heb gemaakt. Of het potentieel nadelig is of juist zeer voordelig hangt af van de situatie en van hoe vaak je het doet. Testen kan dus wel degelijk een goede rol spelen. Dat is niet het punt. Alleen, er moet wel nauwkeurig worden vastgesteld in welke situatie, hoelang en hoe vaak je het gaat doen. Dat betekent in het algemeen dat je het meerdere keren per week zal moeten doen om uiteindelijk dat potentieel negatieve effect ... Ik doel op de situatie dat iemand een negatieve testuitslag heeft, terwijl hij het toch heeft, de maatregelen loslaat en daardoor meer verspreidt dan hij anders had verspreid. Dat is de paradoxale situatie waarin je kunt geraken en daar wil je uit blijven. In de praktijk betekent het dat testen vaak herhaald moeten worden. Daar is op gemodelleerd. Als je dat kan regelen en iedereen daarin meekrijgt – niet iedereen die een neusswab heeft gehad, vindt dat een hele plezierige interventie, helaas, dus het moet dan wel duidelijk zijn – dan kan het wel degelijk gunstige invloeden hebben.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Kröger, afsluitend.

**Mevrouw Kröger (GroenLinks):**

Mijn vraag ging zowel over de reguliere testen zoals die nu bij de GGD worden afgenomen – ik heb het over de PCR-testen, waar je ook de LAMP-variant voor hebt, die nu niet gewoon wordt aangeboden en die je niet kan inboeken; daar zit dus een obstakel – als over hoe je breder testen preventief kan inzetten. Eigenlijk hoor ik de heer Van Dissel zeggen: ik sta er niet negatief tegenover. Ik zou hopen dat we er heel positief tegenover staan, gegeven het feit dat we nu al vijf maanden in een lockdown zitten. De rek is er behoorlijk uit. Bij andere landen die een proactieve teststrategie hebben, zien we dat het gewoon iets oplevert. Is dit dan een geval zoals we eerder hebben gezien bij de mondkapjes, dat het een hele lange tijd duurt voordat het schip gekeerd wordt en we het gewoon echt proactief gaan inzetten? Wat is daarvoor nodig?

**De heer Van Dissel:**

Nee, dat is het helemaal niet. Ik wil eraan herinneren dat een land als Engeland dat lang heeft gedaan. U kunt het rapport van zijn parlement nalezen om te zien hoe kritisch men daarop terugkijkt. Daar is heel veel besteed aan testen. U noemde net Oostenrijk. Oostenrijk zit een fractie onder ons in deze grafiek. Ik heb het er helaas uit gelaten. Oostenrijk heeft ook veel getest. Je hebt ook Tsjechië, dat behoorlijk in de problemen zit en eerder een breed testbeleid heeft gevoerd. Het punt is dat alleen maar testen geen oplossing biedt, tenzij het onderdeel uitmaakt van een hele keten van maatregelen, waaronder de maatregel dat je het frequent moet herhalen. Maar als je bijvoorbeeld zou testen en het aan één dag zou koppelen, zoals nu wordt geëvalueerd voor toelating op universiteiten,

kan het een ongelofelijk nuttige maatregel zijn. Wij staan er dus helemaal niet negatief tegenover, maar we zeggen wel: de context is belangrijk en je moet goed weten wat je eraan koppelt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu de gelegenheid aan de heer Veldman namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

**De heer Veldman (VVD):**

Toch nog even door op dat testen. Ik denk dat we het met elkaar eens zijn dat alleen testen ons niet gaat helpen. Dan zouden we hooguit weten dat iedereen die hier zit besmet is, zonder dat we er vervolgens iets preventief mee gedaan hebben. De heer Van Dissel verwijst naar het Verenigd Koninkrijk, waar veel getest is, en zegt dat het lang niet geholpen heeft. Daar zijn met name rond de kerst heel veel van de maatregelen versoepeld en dat heeft tot een enorme stijging van het aantal besmettingen geleid. We zien dat een aantal andere landen net als wij een aantal zaken versoepeld hebben. In het advies van het OMT over het versoepelen van de maatregelen voor de scholen, het weer openen van het primair en het voortgezet onderwijs, stond dat dat wel onder voorwaarden moest, onder andere van testen. Is de heer Van Dissel het met mij eens – kan hij daar nader iets over zeggen? – dat het preventief testen, zoals ze bijvoorbeeld in Oostenrijk doen, waar scholieren twee keer in de week getest worden, een van de voorwaarden is of had kunnen zijn waarmee we beter zicht hebben dan we nu hebben op de verspreiding van het virus via scholieren?

**De heer Van Dissel:**

Zeker. Dat ben ik helemaal met u eens. Testen, mits onderdeel van een goed gestructureerd programma, zoals ook Oostenrijk dat doet en zoals wij dat in Nederland ook willen organiseren, kan buitengewoon nuttig zijn. Misschien nog even terug op de straat. Niet elke GGD biedt een sneltest – dat is nou eenmaal zo – maar een heleboel GGD'en doen dat wel en dan zie je dat ongeveer 20% door sneltesten wordt getest.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Een afrondende vraag, meneer Veldman.

**De heer Veldman (VVD):**

Oké. Dank. Ik denk dat dat helpt voor het debat dadelijk. Dan een tweede vraag, een echt technische. Daar is de technische briefing eigenlijk voor bedoeld, zodat we beter geëquipeerd zijn om met de Minister in gesprek te gaan. In het 105de advies van het OMT wordt gesproken over een onbekende variant die in Frankrijk is aangetroffen. Ik citeer even: «Indien deze variant inderdaad voornamelijk de lage luchtwegen infecteert, is de verwachting dat deze variant alleen in bijzondere settings met specifieke risicofactoren, zoals bijvoorbeeld in ziekenhuisomgeving, overgedragen wordt.» Kan de heer Van Dissel nader toelichten wat hier nu eigenlijk staat? Welk risico wordt hier nu waargenomen? Wat betekent het als het dan zulke specifieke situaties betreft, zoals ziekenhuisomgevingen? Uiteraard voorafgaand aan meer onderzoek, want ik snap dat dat ook nodig is. Wat zouden ziekenhuizen dan eventueel moeten doen?

**De heer Van Dissel:**

U verwijst naar de zogenaamde Bretonse variant, naar wat daar gebeurd is in het ziekenhuis. Het betreft in totaal enkele tientallen personen, bij wie het overigens niet in alle gevallen bevestigd is. Het is een variant die in de eerste analyse niet zozeer werd gevonden door een neusswab te nemen, dus door de gebruikelijke bemonstering van de keel en de neus, maar pas werd gevonden door bemonstering vanuit de long. Dat kan bijvoorbeeld

gebeuren met zogenaamde bronchoalveolaire lavage. Dan wordt met een kijkscope vocht diep uit de long verzameld. Dat bleek dan wel positief. Als dat bevestigd wordt – dat moet het, voor de duidelijkheid, nog worden – lijkt dat te wijzen op een potentieel nieuwe variant, die vooral een diepere luchtweginfectie veroorzaakt zonder de keelinfectie. Dat zou natuurlijk consequenties kunnen hebben voor overdracht, omdat we denken dat die toch vooral geschiedt vanuit de keel en niet zozeer vanuit de long. Vandaar dat in Frankrijk de suggestie werd gedaan dat dat meer een type is dat dan waarschijnlijk met ziekenhuizen geassocieerd is, zoals bijvoorbeeld het vorige SARS-virus en het MERS-virus dat zijn. Daarbij is er niet zozeer risico op verspreiding in de bevolking, maar meer risico op verspreiding binnen ziekenhuizen zelf. Nou zullen ziekenhuizen momenteel al alle maatregelen nemen tegen keelinfecties en die overstijgen eigenlijk de maatregelen die nodig zijn als het alleen maar dieper in de long zou zitten.

Dit is wat deze paragraaf in de OMT-brief behelst: een mogelijk nieuw type dat vooral een diepere luchtweginfectie veroorzaakt van de longcellen zelf en niet zozeer vanuit de keel en de neus, die daardoor op een andere wijze wordt overgedragen. Waarschijnlijk is dat dan ook meer in de setting van een ziekenhuis, tenzij daar de juiste hygiëne betracht wordt, want van de oude SARS en de MERS weten we dat met een goede ziekenhuishygiëne de verspreiding van de infectie zeer adequaat kan worden tegengegaan. Ik hoop dat dit voldoende is.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Van der Staaij van de fractie van de SGP. Gaat uw gang.

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

Ik wil nog even voortborduren op de vraag van mevrouw Van den Berg over die luchtreiniging. Het valt mij op dat er wetenschappelijke eisen aan worden gesteld, wil je verdergaan met ook dit soort manieren om besmettingen tegen te gaan. Dat is natuurlijk ook begrijpelijk. Aan de andere kant zijn wij gewend dat je niet altijd de ultieme wetenschappelijke bewijzen hebt bij maatregelen die genomen worden. Zou je in deze pandemie dus juist ook niet de drempel lager moeten leggen, om ook dit soort luchtreiniging te stimuleren?

**De heer Van Dissel:**

Daar kan ik me veel bij voorstellen, in alle realiteit. Tegelijkertijd wil ik wel weer meegeven: zoek het niet weer alleen maar in technische oplossingen als de impact van minder hightech oplossingen waarschijnlijk veel groter is. Ik doel dan op zaken zoals thuisblijven bij klachten en handen wassen. Dat is wat ik ook in het vorige antwoord wilde zeggen. In specifieke situaties kunnen natuurlijk bepaalde apparatuur en technologie worden gebruikt om risico's te verminderen. Dat doen we ten slotte ook in ziekenhuizen. Maar verlies niet uit het oog waar de meeste besmettingen uiteindelijk op berusten en wat we daaraan kunnen doen. Als we dat niet uit het oog verliezen, kunnen we meer aan bronisolatie doen en meer aan collectieve maatregelen, waardoor dit soort zaken eigenlijk veel minder belangrijk wordt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Van der Staaij, afrondend.

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

Dat is helder. Dank. Ik heb nog een iets bredere vraag, ook naar aanleiding van dat schemaatje over draagvlak en naleving van maatregelen. Zijn er niet ook nog juist basismaatregelen te bedenken waarvan het belang groot is en het draagvlak potentieel ook groot is, en waarbij we aanvul-

lende maatregelen kunnen nemen? Misschien kunnen we dat beter doen dan nieuwe maatregelen stapelen, wat we in de loop van de tijd zagen gebeuren. Zulke nieuwe maatregelen zouden weleens als effect kunnen hebben dat de algehele naleving vermindert.

De heer **Van Dissel**:

Absoluut. Dit is een opmerking uit mijn hart, als ik het zo mag karakteriseren. Natuurlijk proberen wij ervoor te zorgen dat die basismaatregelen meer worden opgevolgd. Door communicatie zorg je ervoor dat dat gebeurt. Binnenkort start er een grote campagne daarover. Je zorgt ervoor door context, dus je zorgt ervoor dat bij het opvolgen van die basismaatregelen de omgeving in ieder geval niet tegenwerkt. Ook bijvoorbeeld de richtingwijzers in de supermarkten helpen daarbij, om mensen niet tegen elkaar in te laten lopen. En natuurlijk is voor een ander deel ook handhaving van belang. Dat zijn de drie belangrijkste componenten. Dat zou je het meest naar voren willen brengen, anders dan de veel technische oplossingen, waar we ons natuurlijk vaak toe laten verleiden als het eerste niet lukt.

De **voorzitter**:

Mevrouw Diertens.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Dank u wel. Voor mij waren het 29 heldere briefings. Ook dank aan de collega's voor alle interacties. Mijn laatste vraag gaat over het coronadashboard van de overheid, waarin staat dat we sinds 21 februari minder virusdeeltjes aantreffen in het rioolwater. Kunt u ons aangeven wat dit zegt?

De heer **Van Dissel**:

Ik dacht dat ik de vorige keer al iets heb laten zien van die rioolwatersurveillance. Daar zijn we nog wel erg in ontwikkeling. In het algemeen zien we daar een relatie met bijvoorbeeld ziekenhuisopnames. Dat heb ik u dacht ik ook laten zien. Maar er moet nog bekeken worden hoe dat model nog beter aansluit aan de realiteit. Daar wordt domweg nog veel aan gedaan. Daarbij gaat het natuurlijk ook om steeds meer data verzamelen, om dat beter te kunnen associëren aan elkaar en beter te zien wat je er precies aan hebt. Dat is eigenlijk momenteel nog gaande. Dus als er dan een week ietsje lager wordt gerapporteerd, terwijl we tegelijkertijd zien dat er meer ziekenhuisbezetting is, dan zou je zeggen dat daar een dissociatie tussen is. Daar heeft u gelijk in. Maar ik denk dat we nog meer moeten begrijpen hoe dat precies tot stand komt.

Ik herinner me dat er de vorige keer ook een vraag was over rioolwater en de Cariben. Mag ik dat ook nog even zeggen? Dat zijn we uiteraard nog voor u nagegaan. Het punt is dat daar het meest gebruik wordt gemaakt van beerputten; daar komt het eigenlijk kortweg op neer. Daar heb je dus eigenlijk nog geen representatieve mogelijkheden om te bemonsteren, waarmee je ook een afspiegeling van de hele bevolking zou krijgen. Daarom geschiedt dit daar nog niet, maar het wordt wel onderzocht.

De **voorzitter**:

U heeft nog de gelegenheid om een laatste vraag te stellen, mevrouw Diertens. Niet? Dan komen we tot slot bij mevrouw Dik-Faber. Zij stelt een vraag namens de ChristenUnie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank, voorzitter. Ik dank ook de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ook ik zit hier vandaag voor het laatst. Veel dank.

Ik heb twee vragen. Ik zal het in tweeën knippen. Mijn eerste vraag gaat over de negatieve antigeentest. Uit de brief die we hebben ontvangen,

blijkt ook dat, gezien de epidemiologische situatie en mogelijk alsnog overdracht van een virus, er veel waarde wordt gehecht aan de negatieve antigeentest, in tegenstelling tot het virus al een keer hebben doorgemaakt, of een vaccin, of een sneltest. Mijn vraag is dus eigenlijk: in welke epidemiologische situatie, bij welke gelegenheden vindt het OMT sneltesten wél voorstelbaar? En wordt er dan ook echt wel rekening gehouden met niet alleen de medische kant, maar ook met de sociale kanten van dit virus?

**De heer Van Dissel:**

Het is een goed punt dat u dit nog even brengt na de discussie over de testen. In de paragraaf van die OMT-brief ging het over de vraag hoe we een combinatie kunnen maken van personen die het virus hebben doorgemaakt en eigenlijk een heel geringe kans hebben om het nog een keer te krijgen, personen die zijn gevaccineerd en het dus zelf niet meer zullen dragen, en personen die negatief testen met de antigeentest. Ben je dan eigenlijk niet klaar en zou je dat dus niet bijvoorbeeld in een app kunnen tonen om toegang tot een bepaalde gelegenheid mogelijk te maken? Daar verwijst u naar. In de OMT-brief zeggen we: ja, dat is op zich een prima idee, maar je moet je wel realiseren dat we nog niet alles weten met betrekking tot doorgemaakte infectie en vaccinatie. We weten wel dat het de persoon zelf beschermt, maar opnieuw speelt hier het issue met betrekking tot de doorgifte van het virus.

Ik schets even een heel theoretisch scenario. Stel dat je een groep van 1.000 mensen tezamen brengt. Een derde is gevaccineerd, een derde heeft het doorgemaakt en een derde test op dat moment negatief met de antigeentest. Momenteel weten we nog met onvoldoende zekerheid of de personen die zijn gevaccineerd en die het hebben doorgemaakt, toch nog het virus in de keel dragen op dat moment. De groep die als het ware maagdelijk binnenkomt met een negatieve antigeentest kan natuurlijk nog wel het virus krijgen. Die zou het kunnen krijgen van de groep die gevaccineerd is of van de groep die het al heeft doorgemaakt.

Het probleem dat we constateren in de OMT-brief is dat daar verder over moet worden nagedacht. Dat zou je bijvoorbeeld kunnen oplossen door bij iedereen een antigeentest te doen. Dat moet onderzocht worden, maar dat zou een mogelijkheid zijn. Dan kijk je dus of onder de gevaccineerden en de mensen die de infectie van nature hebben doorgemaakt, personen zijn die toch positief testen. Die zou je er dan uithalen, waardoor je geen risico hebt voor de groep die het niet heeft doorgemaakt of is gevaccineerd, maar wel een negatieve antigeentest heeft bij de start. Het is een complexe mengeling, maar het komt door het feit dat de verschillende testen, de vaccinatie of het doorgemaakt hebben van de infectie een andere situatie representeren. De twee laatste beschermen de persoon zelf; daar is geen discussie over. Maar dat beschermt misschien niet tegen de aanwezigheid van het virus in de keel. Dat kunnen ze overbrengen op iemand die niet beschermd is, namelijk een persoon die alleen met een negatieve antigeentest binnenkomt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Tot slot uw laatste vraag, mevrouw Dik-Faber.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Dank voor dit antwoord. Mijn tweede vraag gaat over een heel ander onderwerp, dat ook al even aan de orde is geweest: de combinatie tussen luchtreiniging en ventilatie. Er is onderzoek gedaan aan de TU Eindhoven in samenwerking met een aantal commerciële bedrijven, die ik hier niet bij naam zal noemen. Zij hebben ontdekt dat de eventuele overdracht via aerosolen aanzienlijk teruggebracht kan worden door luchtreiniging in combinatie met ventileren. Op de website van EenVandaag staat als het klopt de reactie van het RIVM: «Het onderzoek levert een bijdrage aan het



verbeteren van onze kennis over de invloed van ventilatie en luchtreinigers op aerosolen, maar deze conclusie is niet in de praktijk gemeten, maar met een rekenmodel berekend.» Vervolgens wordt er geconstateerd dat het de voorkeur heeft om het effect van de combinatie van ventilatie en luchtreiniging ook in de praktijk te meten. Mijn fractie is op werkbezoek geweest. Ik zeg het maar gewoon even in deze briefing: bedrijven die hiermee bezig zijn, ervaren tegenwerking vanuit VWS en RIVM omdat ... Goed, punt. Ze ervaren tegenwerking. Ik vind dat jammer. We moeten kijken wat er wél kan. Zijn er overleggen waarin we dit soort onderzoeken echt een impuls geven? Laten we het niet alleen bij het berekenen hiervan op papier, maar zeggen we ook echt: ga alsjeblieft verder met het in de praktijk meten hiervan? Excuses, voorzitter, dit was een beetje te lang.

**De heer Van Dissel:**

Ik denk dat u verwijst naar het onderzoek waaraan ik eerder refereerde, waarbij in de regio Eindhoven is gekeken bij sportbeoefenaars of er een vermindering was van bepaalde grote aerosolen in de ruimte. Die vonden ze. Wij zijn nog betrokken geweest bij het mogelijk maken van dat onderzoek, dus tegenwerken zie ik eerlijk gezegd niet. Ik wil nog wel opmerken – dat heb ik net ook aangegeven, dacht ik – dat je niet alleen een effect wilt laten zien op iets wat mogelijk een geringe rol speelt bij de overdracht van het virus. Ik wil hier niet in discussie treden – dat wil ik wel, maar dan moet u het zeggen – over de grote druppels en het al of niet betrokken zijn bij de overdracht. We hebben het er hier natuurlijk eerder over gehad dat we denken dat bij het SARS-CoV-2-virus met name grote druppels een rol spelen en die komen niet heel erg ver. Dat betekent dat het laten zien, bijvoorbeeld in een onderzoek, dat apparatuur effect kan hebben op de aanwezigheid van heel kleine druppels, zich niet meteen hoeft te vertalen in een verminderde infectiekans. Je vermindert dan de hoeveelheid kleine druppels. Wat je dan wil zien vanuit het oogpunt van de epidemiologie en bewijsvoering, is dat er uiteindelijk ook een setting is waarin je echt aantoot dat er daardoor minder besmettingen optreden. Dat is denk ik wat de website probeert te zeggen. Het is een zeer hoopvol onderzoek, maar je wil nog wel in een praktijksituatie zien dat het dan inderdaad tot daadwerkelijke reductie, afname, van het aantal besmettingen leidt en dat is daar nog niet mee aangetoond.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan zijn we hiermee aan het einde gekomen van deze technische briefing. Het is – mevrouw Diertens refereerde er al aan, net als de heer Van Otterloo – de laatste technische briefing in de oude samenstelling van deze commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Volgende week wordt de nieuwe Kamer geïnstalleerd en zal hier dus ook een nieuwe commissie aantreden, met een nieuwe voorzitter. Rest mij de heer Van Dissel dank te zeggen voor deze briefing, de toelichting op de presentatie en de beantwoording van de vele vragen die gesteld zijn, zeker het afgelopen jaar. Heel veel dank. Ik dank de mensen thuis voor de belangstelling vandaag en ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid. Ik kan u zeggen dat het plenaire debat over de ontwikkeling van het coronavirus vooralsnog gepland staat voor vanmiddag half vier, maar houd u vooral de agenda van de plenaire zaal in de gaten voor het definitieve tijdstip. Ik zeg u hartelijk dank allemaal.

**De heer Van Dissel:**

Dank u wel. Mag ik u ook bedanken? Het spijt me buitengewoon dat ik niet de 30 heb kunnen halen onder uw voorzitterschap, maar ik heb het altijd met zeer veel plezier gedaan. Dus dank, ook aan degenen die niet terugkeren.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank, ik denk namens ons allen. Dank u wel. Daarmee sluit ik deze vergadering.

Sluiting 12.36 uur.