

Vergaderjaar 2020–2021

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 1059**

**VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING**

Vastgesteld 11 maart 2021

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

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

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Esmeijer

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

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

alsmede de heer Van Delden en de heer Van Dissel.

Aanvang 9.00 uur.

**De voorzitter:**

Goedemorgen. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing inzake een update over het coronavirus. Hartelijk welkom aan de Kamerleden. Hartelijk welkom aan de mensen thuis, die deze briefing op afstand volgen. En uiteraard hartelijk welkom aan onze gast vandaag: de heer Van Delden, programmadirecteur vaccinatie van het RIVM. Voor het tweede blok zal de heer Jaap van Dissel aansluiten. Hij is directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM en zal rond 10.00 uur aanschuiven bij deze briefing. Zij wisselen elkaar dus af. We hebben voor deze briefing de tijd van 9.00 uur tot maximaal 11.00 uur, dus ik wil ook echt proberen om 11.00 uur af te sluiten omdat om 11.30 uur het debat in de plenaire zaal begint. Dit betekent dat er geen gelegenheid is voor heel uitgebreide vragen. Dit betekent ieder blok één vraag; dat is een korte en bondige vraag.

### **Blok 1**

Gesprek met:

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

**De voorzitter:**

Dan gaan we van start met de presentatie. Ik geef als eerste het woord aan de heer Van Delden. De presentatie staat hier op de schermen en staat ook op de website van de Tweede Kamer. Het woord is aan de heer Van Delden. Gaat uw gang.

**De heer Van Delden:**

Dank u wel. Ik neem jullie graag mee in de huidige stand van zaken van de vaccinatiestrategie. Een deel van de presentatie is hetzelfde als die in de vorige technische briefing. Ik wil met deze presentatie wel een totaaloverzicht geven, maar zal proberen om in een wat hoger tempo door de slides heen te gaan, zodat er ook nog voldoende ruimte is voor vragen. Ik zal proberen aan te geven wat er nieuw is ten opzichte van de vorige presentatie. Maar als ik alleen zou opnemen wat er nieuw is, krijg je een incompleet verhaal waarin het onderlinge verband mist, dus dat heb ik toch niet gedaan.

De eerste plaat kent u. Dit is de hoofdroute voor de strategie.

De tweede plaat kent u ook. Dat is de flowchart. U ziet dat ik in een hoog tempo ga, maar dit zijn bekende slides, die wel relevant zijn voor het totale verhaal.

Bij de derde slide wil ik ook kort stilstaan. Deze gaat over de vaccinatiebereidheid, die de afgelopen periode is gegroeid. Deze is het hoogst bij de groepen die het meeste risico lopen, dus het is een heel logische plaat.

Het is ongeveer wat je zou verwachten. Een nieuw inzicht in de vaccinatiebereidheid verwacht ik binnen ongeveer een week.

Dan het vaccin. Daar is natuurlijk heel veel over te doen geweest, ook de afgelopen dagen weer. Op het scherm is het voor mij niet te lezen, maar ik

hoop op de print wel. Twee dingen wil ik onder de aandacht brengen. Deze zijn anders dan in het vorige overzicht en in de vorige brief aan de Kamer. Voor het tweede kwartaal stond er voor AstraZeneca nog een omvang in van 6,8 miljoen. Die is hierin aangepast naar 4 miljoen. De leveringen van CureVac in het tweede kwartaal zijn onzeker geworden, dus die aantallen zijn doorgeschoven naar kwartaal drie. Ik verwacht nu niet dat de totale omvang van dit jaar minder zal worden, maar wel dat het later zal worden. Deze hebben we daarom nu opgenomen in de getallen van kwartaal drie.

Dan iets anders waar ook veel vragen over zijn geweest: hoeveel voorraad is er nu en hoeveel vaccinaties worden er gezet? Als u kijkt naar de eerste drie balken, ziet u links de beschikbare vaccins en rechts de vaccinaties die gezet worden. Je ziet dat er in die weken een hele grote voorraad is met een relatief laag aantal vaccinaties. Dat zie je wisselen in de tijd. Je ziet dat de voorraad steeds minder wordt. Wat je in principe wilt, is dat het linkerbalkje, dat aangeeft wat er beschikbaar is, net iets hoger is dan het rechterbalkje, want dat zijn de vaccinaties die gezet worden. Je ziet dat de voorraad over de tijd afneemt en dat het aantal vaccinaties dat gezet wordt ten opzichte van het aantal beschikbare vaccins afneemt.

Beschikbaar zijn niet alleen vaccins die fysiek in huis zijn, maar ook die we kunnen uitrijden. Die zijn goedgekeurd en vrijgegeven. Er is dus een verschil tussen vaccins die je fysiek in de vriezer hebt liggen en vaccins die beschikbaar zijn om uit te rijden naar partijen om mee te vaccineren. Daar zitten altijd enkele dagen tussen.

Op een andere manier ziet u hier hetzelfde plaatje. Ik hoop dat het te zien is op de print en op het scherm voor de mensen thuis: de grens van 1 miljoen is afgelopen weekend bereikt. Dit zijn 1 miljoen vaccinaties, waarvan een deel tweede vaccinaties zijn voor sommige mensen. Er zijn dus nog geen miljoen mensen gevaccineerd, maar wel een miljoen vaccins toegediend. Dat neemt behoorlijk toe. De gele lijn die erboven loopt, is het totaal aantal vaccins dat beschikbaar is. De ruimte tussen de gele lijn en de figuur eronder is dus de voorraad die we aanhouden. Dat die voorraad ontzettend nodig is, is ook wel gebleken, nu bijvoorbeeld AstraZeneca het aantal leveringen fors naar beneden heeft bijgesteld, met ruim 200.000. Dankzij de minimale voorraad konden we alle vaccinaties van deze week met AstraZeneca door laten gaan en hoefden we dus niet tienduizenden afspraken af te bellen en opnieuw in te plannen, maar we konden dat n t opvangen. Dat betekent dat volgende week geen AstraZenecavaccins worden uitgereden en dat het aantal vaccinaties in die week naar bijna nul gaat. Daar kom ik later nog kort op terug.

Ik wil nu even doorgaan op de vaccinaties bij de GGD. Zij vaccineren natuurlijk de ouderen en de zorgmedewerkers. Er zijn al heel veel zorgmedewerkers gevaccineerd. Dat gebeurde eerst met Pfizer, zoals u weet. Dat is toen kort stopgezet vanwege het advies van de Gezondheidsraad om dat vaccin vooral bij ouderen te gebruiken en het AstraZenecavaccin te gebruiken voor mensen onder de 60 of 65. Van de mensen die toen belden, is het telefoonnummer genoteerd. Zij zijn als eersten weer uitgenodigd voor de vaccinatie met AstraZeneca. De volgende groep die binnen enkele dagen, denk ik, uitgenodigd kan worden, is de groep mensen die werken in de wijkverpleging. Zij zullen ook met AstraZeneca worden gevaccineerd.

Verder vindt natuurlijk de vaccinatie van ouderen plaats. Dat is deze groep. Dat gaat ook al behoorlijk hard. We hebben deze week voor het eerst – dat was gister – de vaccinatiegraad per doelgroep gepubliceerd. Dat zijn nog wel lage percentages, maar we zien dat er ook echt nog afspraken staan voor deze groep. Dit is dus de tussenstand van de vaccinaties per doelgroep zoals ze nu zijn. Als we kijken naar de afspraken die er staan, verwachten we dat die vaccinatiegraad nog toe zal nemen. De groep van 90-plus staat nu bijvoorbeeld op 57%, maar als alle afspraken die nu nog staan, zijn gedaan, gaan we richting de 70%. De

groep van 85 tot 90 staat nu op 61%, maar ook daarvoor geldt: als we kijken naar alle afspraken die er voor deze doelgroep nog staan, verwacht ik dat we naar een vaccinatiegraad van ongeveer 90% gaan. De groep 80 tot 84 staat nu nog lager; die staat, meen ik, op 27%, maar dat zal zeker nog toenemen, want daarvoor moeten de meeste afspraken nog plaatsvinden.

Dan de capaciteit bij de GGD. Een paar dingen zijn hier al van bekend, maar ik wil me even richten op de gevraagde versnelling van de opschaling. Er was al een forse groei voorzien, maar mede naar aanleiding van de motie-Veldman is de GGD gevraagd om sneller door te groeien in de vaccinatiecapaciteit. Ook het aantal locaties groeit sneller dan voorzien. Er zijn nu al 54 locaties. Ook op de Wadden, op de bovenste Waddeneilanden, is de vaccinatie gestart. Op de grote eilanden gebeurt dat nu vanaf 75-plus; dat wordt later naar de 60-plus getrokken. Op de kleinere eilanden gebeurt het vanaf 60-plus, omdat dat daar gewoon goed uitkomt met de hoeveelheid vaccins.

Ik wil me ook even richten op het callcenter, waar je naartoe kunt bellen om een afspraak te maken. Daar kwamen een aantal dingen bij elkaar. We hadden twee keer code rood vanwege de weersomstandigheden, wat maakte dat er heel veel afspraken afgezegd en opnieuw ingepland moesten worden. Ook was er een toename van het aantal uitnodigingen. Dat heeft twee dagen geleid tot langere wachttijden bij het callcenter als je belde voor een afspraak. Dan het aantal mensen dat zich binnen het callcenter bezighoudt met de vaccinaties. Een deel van de mensen in het callcenter regelt de testafspraken en een deel regelt de vaccinatieafspraken. Er zijn 1.000 mensen verschoven van het testen naar het vaccineren, dus er zijn bij het callcenter nu zo'n 5.300 mensen beschikbaar voor het plannen van afspraken voor de vaccinaties. Er is nu dus veel meer capaciteit om de wachttijden naar beneden te krijgen. Voor de vaccinaties ontwikkelen we ook een portal, waarin je net als met testen online een afspraak kunt maken voor een vaccinatie. Ik verwacht dat in de eerste helft van maart het onlineportal voor het maken van afspraken beschikbaar zal zijn, zodat het niet alleen kan via het callcenter, maar ook op deze manier.

Dan een andere slide, die jullie ook al kennen, maar die ik voor de volledigheid ...

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

Ik zie dat op de vorige sheet twee keer april wordt genoemd, zowel ten aanzien van de 400.000 als ten aanzien van de 1,3 miljoen.

De heer **Van Delden**:

Dat klopt. Dat is de versnelling die gevraagd is. Er was een groei voorzien naar de capaciteit die er nu staat en er is gevraagd om die te versnellen. Omdat dat ook in april is, is dat dus een forse versnelling.

Deze slide had ik net ook, met de verschillende typen prikstraten. Een small prikstraat zijn twee prikstraten, een medium zijn er vier, een large zijn er acht en een xl zijn er twaalf. Hierbij speelt ook dat we niet alleen toewerken naar meer straten maar vooral ook naar een hogere productie per straat, dus meer prikken per uur per straat. Daar kom ik straks op terug.

Ik wil even door naar de vaccinatie van de zorgmedewerkers in de acute zorg. Dat is vooral een verhaal dat u al bekend is. Ik wil even benadrukken dat deze week de tweede vaccinatie van de eerste 15.000 huisartsen start. Ik wil ook benadrukken dat de huisartsen zijn gestart met het vaccineren van de groep mensen 60–65, mensen met het syndroom van Down en mensen met zwaar overgewicht, morbide obesitas, in de drie zuidelijke provincies. Dat breidt zich langzaam uit, volgend op de hoeveelheid vaccins die we beschikbaar hebben. De afspraak is dat de overige huisartsmedewerkers, medewerkers bij huisartsenpraktijken die direct

betrokken zijn bij zorgverlening, ongeveer 23.000 over heel Nederland, zichzelf vaccineren met AstraZeneca wanneer zij ook de doelgroep gaan vaccineren. Maar mede doordat AstraZeneca de levering nu heeft verlaagd, zal het voor een deel van deze huisartsmedewerkers lang duren voordat zij zichzelf kunnen vaccineren, omdat het lang duurt voordat zij vaccins toegeleverd krijgen voor de doelgroep. We zijn met de huisartsen in overleg over hoe we dat kunnen doen voor de meer noordelijke provincies, die relatief laat beleverd zullen worden. Dat over deze slide. Dan de vaccinatie van bewoners van instellingen en verpleeghuizen. Ook daarover is een groot deel van de informatie u al bekend. De tweede vaccinaties zijn ondertussen bijna afgerond. Ik weet niet of ik in de vorige technische briefing het woord «veegronde» al heb gebruikt. We zien dat we een eerste vaccinatie doen bij heel veel doelgroepen, maar dat je dan niet iedereen kunt meenemen, bijvoorbeeld omdat mensen net ziek zijn geweest of om andere redenen. Dat vraagt dat je daarna nog een keer komt om iedereen of bijna iedereen die in de eerste ronde niet gevaccineerd kon worden alsnog te vaccineren. Dat noemen we een veegronde. Het is een beetje een simpele term, maar wel duidelijk. We zijn nu aan het voorbereiden om een veegronde te doen in de verpleeghuizen en de instellingen. In verpleeghuizen waar een uitbraak is geweest en waar toen bijna niemand gevaccineerd kon worden, gaan we alsnog op relatief korte termijn de vaccinatie aanbieden.

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

Eén vraag, omdat er ook in de media nogal wat aandacht wordt besteed aan nieuwe mensen die in een verpleeghuis komen. Dit zijn mensen die op enig moment, voordat de vaccinatie is gestart, in het verpleeghuis waren, die 155? Dit heeft geen betrekking op nieuwe bewoners?

De heer **Van Delden**:

Het heeft ook betrekking op nieuwe bewoners, maar dat is een relatief klein deel, want de tijd ertussen is vrij kort. Het heeft vooral betrekking op bewoners die er toen al waren, maar die nog niet gevaccineerd konden worden.

Dan wil ik graag door naar de vaccinatie door de huisartsen. Die is gestart in de drie zuidelijke provincies. Voor de drie zuidelijke provincies zijn in totaal 150.000 à 160.000 vaccins besteld. De vaccinatie verloopt daar voorspoedig, maar wordt nu even opgehouden door de verminderde toelevering van AstraZeneca. Erg vervelend, maar dat is niet anders. Dat betekent dat er volgende week geen AstraZenecavaccins worden uitgereden naar nieuwe provincies, maar dat dat later herstart zal worden. Dit heeft logischerwijs voldoende aandacht gekregen in de pers. Dit is een procesplaat zoals we die al eerder hebben laten zien voor bijvoorbeeld de vaccinatie in verpleeghuisinstellingen. Dit is de procesplaat voor de vaccinatie bij de huisartsen. Hij is relatief complexer op het scherm. Dat komt doordat er vrij veel partijen bij betrokken zijn. Misschien is een van de partijen u nog niet bekend. Dat is de SNPG, Stichting Nationaal Programma Grieppreventie, een relatief kleine stichting die al sinds jaar en dag de huisartsen ondersteunt bij het bestellen en factureren van de vaccins en vaccinaties in de reguliere griepcampagne. Zij hadden altijd al een digitale bestelapplicatie en die is aangepast voor dit proces. Dat is een bekende partij voor de huisartsen. Ze kennen de huisartsen ook. Het is eigenlijk een stichting van en voor de huisartsen. Zij vervullen dus deze rol. Ze staan links boven in het scherm. Verder spreekt het relatief voor zich. U kunt ook zien dat de huisartsen de vaccinaties registreren in het HIS, dat gekoppeld is aan de landelijke registratie. Op de registratie kom ik later in mijn verhaal nog apart terug.

Dan de vaccinatie in de ggz. Die is net gestart met zowel Moderna, dat volgende week wordt geleverd, als met AstraZeneca. De eerste levering daarvan was deze week. Zeer spijtig dat ook daar de levering volgende

week alweer gestopt wordt voor een week. Dat is echt vervelend, maar het is gewoon niet anders. De vaccinatie is wel gestart. Het idee is dat zowel de bewoners als de zorgverlenende medewerkers met direct patiëntencontact in de ggz gevaccineerd worden. Dat is, afhankelijk van de leeftijd, met AstraZeneca of Moderna. De start is ook hier regionaal. De eerste provincies waarin gestart wordt, zijn Zuid-Holland, Noord-Brabant en Limburg. Overigens wordt nu ook gekeken hoe bewoners en medewerkers van instellingen voor beschermd wonen gevaccineerd kunnen worden. Waarschijnlijk zullen we de medewerkers van instellingen voor beschermd wonen vaccineren bij de GGD en de bewoners bij de huisarts, maar dat wordt nu uitgewerkt.

Dan de vaccinatie op de BES en CAS. Vandaag start de vaccinatie op Curaçao en daarmee is nu op alle eilanden gestart met de vaccinatie. Alle eilanden hebben een go gekregen van de speciaal gezant. Alle eilanden leveren ook de data aan het RIVM aan in een wekelijkse update. In de meeste gevallen gaat het daarbij om anonieme data, maar het verschilt enigszins per eiland. Op de twee kleinste eilanden wordt de hele populatie in één keer gevaccineerd, omdat de omvang eigenlijk te klein is om een onderscheid te maken tussen bijvoorbeeld 60-plussers en zorgmedewerkers versus de rest van de populatie. Het is heel mooi dat zij ook gestart zijn. Ook hiervan is een algemene procesplaat voor alle eilanden. Hoe het proces precies verloopt, verschilt natuurlijk enigszins per eiland. Er zijn uitvoeringsplannen per eiland gemaakt, die ook zijn beoordeeld door het RIVM.

Ik wil doorgaan naar de vaccinatie van de overige doelgroepen, die we nu aan het voorbereiden zijn. Ik wil eerst kijken naar de mensen met een medisch hoog risico. Het gaat dan om mensen die vanwege hun hoge risico gevaccineerd worden, over het algemeen met een mRNA-vaccin door medisch specialisten. Zij kennen deze mensen. De lijst die u hier ziet, loopt in prioritering van boven naar beneden. Mijn verwachting is dat we eind volgende week kunnen starten met de eerste vaccinaties, maar dat is echt een start, dus dat betekent niet dat al die mensen dan ook worden uitgenodigd. Daar hebben we ook niet genoeg vaccins voor. Het volgt op de leveringen van de vaccins. De start zal dus eind week 9 zijn, maar het zal nog wel twee, drie, misschien vier weken doorlopen. Nogmaals, dat hangt af van de leveringen van de vaccins. Voor al deze groepen die u hier ziet staan, gaat het om vaccinatie met Moderna.

Verder is het goed om te weten dat wij een deel van de vaccins reserveren voor onderzoek. Dat betekent niet dat deze vaccins niet beschikbaar zijn om er mensen mee te vaccineren. Er worden groepen geselecteerd die in een onderzoek worden gevolgd. Het zijn dus vaccins die worden toegediend, maar ook heel nauwlettend worden gevolgd in onderzoek: wat is het effect van dit vaccin op deze risicogroep, op de duur van bescherming, op besmettelijkheid en dergelijke? De vaccinatie van medewerkers en bewoners van instellingen voor beschermd wonen heb ik net toegelicht. De vaccinatie van de overige medische risicogroepen zal later starten. Dan gaat het bijvoorbeeld om mensen tussen de 18 en 60 met een medische indicatie. Zij zullen vaak met AstraZeneca worden gevaccineerd, net zoals mensen met het syndroom van Down of mensen met morbide obesitas nu met AstraZeneca worden gevaccineerd. Over de groep overige zorgmedewerkers moet nog een besluit genomen worden. Wordt een deel van hen eerder geprioriteerd en, zo ja, welke groep dan precies? Dat is natuurlijk een heel grote en diverse groep. De vaccinatie van mensen tussen de 18 en de 60 zonder medische indicatie staat natuurlijk het laatst op de rit, maar die vraagt ook een goede voorbereiding.

Dan wil ik even doorgaan naar het punt van de registratie. U ziet een slide met wat veel tekst, waarvoor mijn excuus. Maar overall is het best een positieve slide. Alle uitvoerende partijen kunnen in hun systeem registreren. Alle decentrale systemen zijn gekoppeld aan het centrale systeem. We zien nu ook dat het centrale systeem behoorlijk gevuld wordt vanuit

die koppeling. Er zijn nu 800.000 gegevens in de landelijke registratie, voornamelijk vanuit de aanlevering door de GGD. Er wordt nu gebouwd aan een inzage in het centrale registratiesysteem met een portal. Ik verwacht dat in maart een eerste versie klaar zal zijn. We hebben ook aanvullende maatregelen getroffen om de centrale registratie extra te beschermen. Ook het landelijke register is beschikbaar voor de opschaling.

Ik wil afsluiten met die opschaling. Daar zei ik kort al even iets over. Het idee is dat ... Stel dat we bij meerdere farmaceuten zien dat ze een oplopende lijn hebben van leveringen, dus dat de aantallen die ze hebben toegezegd voor een kwartaal, allemaal redelijk aan het einde van zo'n kwartaal of op een andere manier op hetzelfde moment beschikbaar komen. Dan vraagt dat dat je heel snel kan opschalen in hoeveel vaccins je per week kan toedienen. Daarvoor wordt er nu overleg gevoerd met zowel de GGD als met de huisartsen en het LNAZ – ook de andere ziekenhuizen worden daarbij aangesloten – over hoe dit op een goede manier kan. Hoe kunnen we goede en tijdige extra opschaling doen? Er zijn een aantal routes voor te verzinnen. De GGD is heel druk bezig en maakt heel grote stappen in het verhogen van de efficiëntie. Daar had ik het eerder over. Het gaat niet alleen over het realiseren van meer prikstraten, maar ook over het verhogen van het aantal prikken dat je in een uur kan toedienen in een straat. De eerste proeven tonen aan dat met een andere inrichting, zowel qua fysieke inrichting van de straat als qua inrichting van het administratieve proces, het aantal prikken per uur zeker verdubbeld kan worden, en misschien nog meer. Dus dat betekent een verdubbeling van de capaciteit zonder extra personeel of zonder meer straten. Dat is natuurlijk een enorme verbetering.

Daarnaast is het natuurlijk zo dat de capaciteit per week nog meer toeneemt als je bijvoorbeeld de openingstijden verruimt. Ook de huisartsen hebben gezegd dat een kortdurende opschaling van de capaciteit hun heel erg ligt. Dat doen ze in de griepcampagne ook vaak: even in korte tijd heel veel vaccinaties wegzetten. De huisartsen hebben gezegd dat ze dit kunnen en dit ook willen. Ook de ziekenhuizen willen graag helpen als het nodig is om deze opschaling te realiseren. Dus in die volgorde kijken we ernaar. Jan Fransoo, de hoogleraar, heeft hier een team achter zitten van experts op het gebied van opschaling. Wat vraagt dat? Hoe doe je dat handig? Hoe ga je om met prioritering? Want prioritering is in tijden van schaarste heel belangrijk, maar in tijden van heel veel vaccins moet je natuurlijk niet gaan vertragen, omdat je zegt: eerst moet deze groep af en dan moet die groep af. Dan zou je dus meer kunnen overlappen in welke groep wanneer aan de beurt is. Dit is dus waar we nu zijn met deze groepen.

Dat was ongeveer op tijd. Dit was mijn presentatie.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank, meneer Van Delden, voor uw uitgebreide presentatie. Dan ga ik graag over tot het stellen van de vragen. Dan geef ik als eerste de gelegenheid aan mevrouw Agema namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik dank de heer Van Delden voor zijn presentatie. Mijn vraag gaat over dia nummer twintig, over de uitvoering van de vaccinatie door de huisartsen. Het is bekend dat de meeste mensen die op de ic's liggen een gemiddelde leeftijd hebben van 64 jaar en daarnaast nog een bijkomende ziekte hebben, zoals hart- en vaatziekten, een longziekte of overgewicht. Dit is natuurlijk de reden waarom we die harde lockdown en die avondklok hebben. Wat mij niet duidelijk wordt uit die sheet, is wat het perspectief is op het afronden van de vrijwillige vaccinatie van mensen die het vaakst

op de ic liggen. Want laten we wel wezen: dat is eigenlijk wat de bedoeling is van deze hele exercitie. En daarbij, volgens mij is het nog steeds zo dat het AstraZenecavaccin vooral voor deze mensen gebruikt wordt. Daar is nogal veel onzekerheid over, als het gaat over de Zuid-Afrikaanse variant maar ook over de werking. Het zou maar voor 60% werken. Dan gaat de ic-bezetting van 500 naar 200, maar hebben we nog steeds een probleem. Dus wanneer bent u klaar met de groep waar het om draait? Wat zijn de mogelijkheden om met vaccins te werken met een hogere effectiviteit?

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Van Delden.

**De heer Van Delden:**

Een paar dingen in reactie daarop. Mijn collega de heer Van Dissel zal straks ingaan op de ziekenhuisopnames. We lijken een eerste effect te zien van de vaccinaties aldaar. De Gezondheidsraad heeft gezegd dat het verstandig is om het vaccin van AstraZeneca te gebruiken voor deze groep. De heer Van Dissel zal ook ingaan op de recent verschenen studie naar de effectiviteit van AstraZeneca op ziekenhuisopnames, die er gewoon heel gunstig uitziet. Ik zit daarbij aan de rand van mijn expertise, dus dat laat ik graag over aan de heer Van Dissel. Dit is het beste dat we nu kunnen doen met de vaccins die we hebben en het tempo dat we kunnen halen. Wanneer we hiermee klaar zijn, is nog lastig te zeggen. We weten namelijk nog niet precies de deelnamegraad van deze groep. Ook de levering van vaccins is heel erg onzeker. Dat zijn twee zaken die maken dat nu nog niet goed is in te schatten wanneer we klaar zullen zijn met de hele groep van 60 tot 65 jaar over heel Nederland, inclusief de groep van mensen met morbide obesitas en de mensen met Downsyndroom.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Aan onzekerheid hebben we als land helemaal niks. We zitten in een harde lockdown en we hebben een avondklok en we willen weten wanneer de vrijwillige vaccinatie van de mensen om wie het gaat, afgerond is. Wat moeten we met een antwoord als «we weten het niet»? Er kan toch wel een maand aangegeven worden? Het kan toch niet zo zijn dat de GGD dit nu nog steeds niet weet?

**De voorzitter:**

Kan de heer Van Delden daar in tweede instantie iets over zeggen?

**De heer Van Delden:**

Ik zou ook heel graag willen dat we het beter wisten, maar de vaccintoelevering verandert erg veel. Ik wil geen voorspelbaarheid suggereren die er niet is. Dit gaat enkele maanden duren, maar dat is een hele ruime marge. Helaas kan ik het niet preciezer maken dan dat. Daarvoor is het te onvoorspelbaar, wat ik ook heel vervelend vind.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Hijink, die spreekt namens de SP.

**De heer Hijink (SP):**

Ik wacht graag tot de volgende ronde.

**De voorzitter:**

Dan de heer Van Otterloo namens de fractie 50PLUS.

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

Voorzitter. Dank voor de inleiding. Ik ben blij dat er nu meer gegevens zijn over de groep ouderen, want die stonden in de eerste monitors verstopt onder de medewerkers. Als ik het bij elkaar optel, kom ik tot een teleurstellend aandeel van de echt kwetsbare groepen waarvoor de Gezondheidsraad aandacht had gevraagd. Als ik het schema bekijk – en dan sluit ik mij aan bij mevrouw Agema – dan zie ik dat ergens tegen de zomer de 70-plussers gevaccineerd zijn. De 60- tot 65-jarigen zullen iets eerder gevaccineerd zijn, maar dat geeft niet de indruk dat de meest kwetsbare groepen eerst gevaccineerd worden. Met alle onzekerheden over de hoeveelheden zou ik toch meer zekerheid willen hebben over begin april. Dan moeten alle 80-plussers geholpen zijn en ook een deel van de 70-plussers.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Delden.

De heer **Van Delden**:

Als ik u goed versta, stelt u twee vragen. Eén: richten wij ons wel op de meest kwetsbaren? Ik denk dat dat wel het geval is. Bij de verpleeghuizen start nu de tweede vaccinatieronde en voor de groep 85- tot 90-jarigen voorzien we een vaccinatiegraad van ongeveer 90%. Die wordt de komende weken behaald als ik kijk naar wat we nu hebben en hoeveel afspraken er nog staan. De vaccinatie volgt de beschikbaarheid van het aantal vaccins. De groep 65- tot 70-jarigen is het laatste aan de beurt, want deze mensen kunnen niet met AstraZeneca gevaccineerd worden onder de huidige stand van de adviezen. Dat betekent dat zij pas aan de beurt zijn als de groepen daarvoor klaar zijn, want die hebben een nog hoger risico. Dit is de volgorde waarin we werken. We vaccineren deze groep zo snel mogelijk met het mRNA-vaccin dat we beschikbaar hebben.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan mevrouw Van den Berg namens het CDA.

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

Dank u wel. En dank aan de heer Van Delden voor de presentatie. Aanvankelijk was de volgorde heel duidelijk: alle kwetsbare mensen met als bepalende factoren leeftijd en medische indicatie. Dat was voor iedereen duidelijk. Maar ik krijg nu enorm veel e-mailtjes van mensen die het gewoon echt niet meer begrijpen. Ik schrik ervan dat op pagina 20 staat dat de vaccinatie van niet-mobiele thuiswonende ouderen van 65-plus überhaupt nog moet worden uitgewerkt. Ik kreeg van een 90-jarige een vraag wanneer hij in het schema zat. Ik zou ook met name graag een reactie willen hebben op de kwetsbare ouders die bijvoorbeeld 40-plus zijn, die echt een hoge medische indicatie hebben en die hun kind al een jaar thuishouden omdat ze weten dat ze het niet redden als die corona heeft. Dat geldt ook voor de groep ouderen die zeggen: nu krijgen de 60- tot 64-jarigen een vaccin, terwijl er mensen zijn die ouder en veel kwetsbaarder zijn. Zij snappen het gewoon niet meer.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Delden.

De heer **Van Delden**:

Als ik het goed begrijp, zijn dit drie vragen. Op dit moment denken wij dat de groep niet-mobiele ouderen met Moderna gevaccineerd moeten worden. Dat gaat over thuiswonende ouderen die niet in staat zijn om naar een GGD te gaan. Wij hebben nu nog geen Modernavaccins om hen mee te vaccineren. Zodra wij daar Moderna voor beschikbaar hebben, gaan wij deze groep vaccineren. Ik verwacht dat dat binnen twee weken

start. Het is een groep waarvan ik denk: ik wil er zo snel mogelijk mee starten. De niet-mobiele thuiswonende ouderen wil je namelijk zo snel mogelijk vaccineren. We zijn nu dus met huisartsen aan het kijken hoe we dat zo goed mogelijk kunnen doen. Als het met een Modernavaccin moet, is het logistiek nog best ingewikkeld. Dat vraagt van een huisarts best wel om een goed proces. Het is logistiek best ingewikkeld om bij ouderen langs te gaan met een vaccin, waarbij je tegelijkertijd spillage wil minimaliseren en waarbij een kwartier observatietijd is. Het vraagt best wel iets van de huisarts om dat goed in zijn praktijkvoering vorm te geven. We zijn dus heel goed aan het kijken hoe we dat zo snel mogelijk kunnen doen wanneer we het vaccin daarvoor beschikbaar hebben. Ik verwacht dat we daar binnen twee weken mee starten. Ik voel heel erg de urgentie daarvan, maar we hebben gewoon nog niet het vaccin om daar nu al iets mee te doen. Maar die urgentie voel ook ik heel sterk. Het andere punt ging over kwetsbare ouderen die hun kind thuishouden omdat ze zelf geen corona willen krijgen via thuisbesmetting. De vraag was hoe dat gerelateerd is aan het gegeven dat de groep 60- tot 65-jarigen eerder wordt gevaccineerd dan de groep 65-plussers.

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

En dus de ouders die de jongeren zijn. Ik doel op de 40-plusser die langer moet wachten dan die gezonde, fitte 60-plusser.

De heer **Van Delden**:

Dan zijn het geloof ik twee vragen. Het ene vaccin is geschikt tot 65 en het andere vanaf 65. De groep 60- tot 65-jarigen is eerder aan de beurt dan de groep 65-plussers, want daar hebben we een vaccin voor. Dat is ongemakkelijk, maar elke scheidingslijn heeft iets ongemakkelijks. De beperking is nu eenmaal waarvoor een vaccin geschikt is en welk vaccin je hebt. Als ik van alle vaccins genoeg had, zou ik iedereen vaccineren. Als ik daar een volgorde in moest aanhouden, zou ik het van oud naar jong doen. Dan zou ik eerst de 66-jarigen doen en dan pas de 65-jarigen. Maar ik heb gewoon niet de vaccins die voor die groep geschikt zijn om het nu te doen.

Dan de andere vraag, over ouders van bijvoorbeeld 40 jaar die hun kind thuishouden omdat ze zelf medisch zeer kwetsbaar zijn. Dat zouden ouders zijn die bijvoorbeeld in aanmerking komen om via hun medisch specialist gevaccineerd te worden met een mRNA-vaccin. Dat is de groep waarvan ik net zei: ik verwacht dat het eind week 9 start. Dat is de lijst van aandoeningen. Ik heb het over hematologische maligniteit en dergelijke. Dat kunnen zij zijn. Het kan ook zo zijn dat zij in de andere groep vallen. Ik bedoel dat ze wel een medische indicatie hebben, maar dat ze door de huisarts gevaccineerd kunnen worden met bijvoorbeeld een AstraZeneca-vaccin. Ook zij krijgen prioriteit ten opzichte van gezonde mensen zonder medische indicatie. Maar ook dat volgt weer op de vraag: wanneer heb ik daar genoeg vaccins voor? Ze krijgen dus wel prioriteit, maar er moeten wel vaccins zijn.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Haga namens Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

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

Ik heb twee vragen, maar ik zal dan geen vraag stellen in het volgende blokje. We kregen de laatste tijd veel alarmerende berichten over verpleeghuizen waar iedereen gevaccineerd wordt en vervolgens een week later corona uitbreekt, met veel zieken en doden tot gevolg. Telkens wordt het afgedaan als stom toeval of domme pech, maar zou er een verband kunnen zijn, bijvoorbeeld doordat een PCR-test positief is na

vaccinatie? Wordt dit ook geregistreerd? Ik doel dan zowel op de bijwerkingen als op het feit dat er doden vallen.

De heer **Van Delden**:

Ja, bijwerkingen worden geregistreerd. Voor vragen over een PCR-test verwijs ik graag naar het volgende blokje, waarin mijn collega de heer Van Dissel zal spreken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Tweede vraag, meneer Van Haga.

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

Die ligt een beetje in dezelfde lijn. De media berichten namelijk dat 65 mensen zijn overleden direct nadat ze werden gevaccineerd. Omdat deze mensen vaak ook nog wat anders onder de leden hebben, wordt de geregistreerde doodsoorzaak de al aanwezige aandoening. Maar in het geval van coronadoden gaat het juist andersom: mensen die overlijden aan een bepaalde ziekte en ook een positieve PCR-test hebben, worden geregistreerd als coronadoden. Ik vraag mij dan af waarom de registratie-systematiek op dit punt verschilt.

De heer **Van Delden**:

Dat is ook echt een vraag voor mijn collega de heer Van Dissel. Daarvoor zit ik zelf te weinig in de medische inhoud.

De **voorzitter**:

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

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Volgens mij krijgen we allemaal allerlei alarmerende mailtjes binnen van verschillende groepen. Het is al vaker aangegeven, maar ik ben toch benieuwd naar het volgende. Wij krijgen ook mailtjes van ouders die kinderen met een medische indicatie thuis hebben. Zij vragen of hun kind al een vaccin mag, omdat dat kind juist behoort tot de hoogrisicogroep. Ik weet dat dit al eens is uitgelegd, maar ik vind het fijn als dat nogmaals kan, want je ziet veel bezorgde ouders die misschien juist die kinderen thuishouden omdat zij geen vaccin krijgen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Delden.

De heer **Van Delden**:

Bij het toelaten van de vaccins op de markt wordt gekeken welke groepen er zijn meegenomen in de studie. Dat zijn eigenlijk nooit kinderen, omdat je daarmee niet start. Dus de vaccins die zijn toegelaten, betreffen over het algemeen mensen vanaf 18 jaar. Bij Pfizer is het vanaf 16 jaar, maar dat is een uitzondering, want het is eigenlijk altijd 18 jaar en ouder. Dus het is gewoon niet toegestaan om de vaccins in te zetten onder de 18 jaar. Mijn beeld is ook dat de sterfte daar echt wel heel erg veel minder is. Maar ook in dit geval is het beter om voor de precieze details deze vraag ook aan de heer Van Dissel te stellen. In ieder geval zijn de vaccins niet toegelaten voor inzet bij kinderen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Kröger namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Mijn vraag gaat ook over de voorspelbaarheid. Ik merk in mijn omgeving en uit alle e-mails die we krijgen dat mensen erg veel behoefte aan duidelijkheid hebben, in de trant van: over drie weken krijg ik de oproep, dan ben ik aan de beurt. Is er dus toch niet meer duidelijkheid te geven wanneer welke groep ouderen, dus die tranches terugtellend tot en met 65, de brief met een uitnodiging kan verwachten?

De heer **Van Delden**:

Ik denk dat dit steeds meer zal gaan kunnen. Mijn ervaringen zijn dat Pfizer in het begin ook behoorlijke wisselingen had in wat ze gingen aanleveren, maar dat dit steeds meer voorspelbaar werd. Voor Pfizer is de lijn nu vrij stabiel. Voor AstraZeneca zien we dat nog niet en voor Moderna ook nog niet. Ik verwacht dat die voorspelbaarheid gaat toenemen. Als we meer kunnen gaan voorspellen wanneer mensen hun brief kunnen verwachten, willen we dat zeker gaan doen, want ik begrijp die behoefte heel goed.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Kuiken namens de fractie van de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Een korte vraag. We hebben gemerkt dat een aantal zorginstellingen zelf nogal bepaalden wie wel of niet een vaccin kreeg. Soms kregen ook mensen op bijvoorbeeld de administratie die. We horen ook dat er nog sprake is van overspill, dus meer doses dan daadwerkelijk nodig en in eerste instantie bedoeld. Hoe zit dat nu met die overspill? Wordt er ook over nagedacht om bijvoorbeeld mensen beschikbaar te houden op stand-by om beschikbare vaccins die niet meer nodig zijn voor de eigen bewoners weg te kunnen prikken? In andere landen gebeurt dit al, onder andere in Israël.

De heer **Van Delden**:

Zeker. Het is natuurlijk uitermate hinderlijk als er heel veel mensen worden gevaccineerd voor wie dat vaccin niet bedoeld was. Het hoeft niet per se helemaal naar nul, als er in ieder geval maar geen vaccin wordt weggegooid. Als we kijken naar spillage, de inzet van vaccins niet in de beoogde doelgroep, is het zo dat als de flacons nog dicht zijn, er een procedure is om die flacons naar de GGD te vervoeren om daar alsnog ingezet te kunnen worden voor de doelgroep. Als flacons al open zijn, willen we niet meer dat ze nog vervoerd worden. Dan is het de bedoeling dat er door wordt geprikt in de doelgroep zelf. Als dat niet kan, wat best voorstelbaar is, is er een soort lijst van mensen en de volgorde waarin die recht zouden kunnen hebben op een vaccin. Bij de GGD gaat het dan bijvoorbeeld om medewerkers die werken in de prikstraat, van oud naar jong. Als die klaar zijn, gaat het om medewerkers die direct cliëntcontact hebben, daarna medewerkers in een teststraat, van oud naar jong, die direct cliëntcontact hebben. Zo is er een soort lijst van mensen die je dan kunt inzetten. We zien nu dat die lijst bij sommige prikstraten van de GGD eigenlijk al klaar is. Het is dan de vraag wat verstandig is om daarna te doen, en dan is het zeker een optie. Dus we kijken ook naar een soort idee: we hebben dan een lijst van mensen waarvan wij het verstandig vinden om ze snel te vaccineren en we vragen aan hen of zij bijvoorbeeld in staat zijn om binnen een uur naar de prikstraat komen. We hebben het nog niet uitgewerkt, maar dat is wel het idee. We kijken hoe we dat zo slim mogelijk kunnen doen. Mijn indruk is dat wat nu niet goed gaat, op landelijk niveau echt heel erg beperkt is, maar we zien wel dat we ons moeten voorbereiden op de volgende fase. De eerste groep van

medewerkers is dan bijvoorbeeld al gedaan, en dan is zo'n idee een heel goed idee.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Veldman namens de fractie van de VVD.

**De heer Veldman (VVD):**

Ik had een vraag over vaccinatieonderzoek bij jongvolwassenen, in navolging van mevrouw Van Esch, maar ik begrijp dat ik die beter aan de heer Van Dissel kan stellen. Ik neem mijn vraag dus graag mee naar het volgende blokje.

**De voorzitter:**

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

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

Zoals blijkt, krijgen wij allemaal vragen over wanneer iemand aan de beurt is. Mijn vraag is eigenlijk simpelweg: bij welk loket kun je die vraag nou eigenlijk het beste stellen, terwijl er, waar die vraag gesteld wordt, ook nog gelegenheid is om kritisch te bekijken of er nog ruimte kan zijn voor maatwerk en of het een niet-onderkende categorie betreft?

**De heer Van Delden:**

Een «niet-onderkende categorie» is wel een heel brede term, die wat moeilijk te duiden is. De flowchart, het schema met de balken, geeft in grote lijnen aan wie wanneer aan de beurt is. Die balken zijn niet voor niks een beetje vaag aan het begin, en zeker aan het eind, want mede door een onbekende opkomst en onbekende leveringen kunnen we niet precies voorspellen wanneer men klaar is. Het zou het beste zijn als mensen het antwoord op de individuele vraag – wanneer ben ik aan de beurt? – zelf uit de flowchart kunnen halen. Als mensen met een ernstige medische aandoening op basis van de flowchart denken dat zij eigenlijk tot een niet-onderkende categorie behoren, dan lijkt mij de vraag wanneer zij aan de beurt zijn, een vraag om aan de huisarts te stellen. Maar dat geldt niet voor iedereen. Het geldt echt alleen maar voor iemand die een aandoening heeft en zich afvraagt hoe het eigenlijk zit, omdat hij wel de indruk heeft dat hij een soort prioriteit zou moeten krijgen, maar net niet volgens het lijstje dat bijvoorbeeld op de slide is getoond. Zij kunnen dat dan aan hun huisarts vragen of eventueel aan de medisch specialist bij wie zij onder behandeling staan.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Diertens namens D66.

**Mevrouw Diertens (D66):**

Dank u wel voor uw presentatie. Het doet mij goed dat er zo voortvarend geprikt wordt in Nederland. Het is toch een hele operatie en het is goed om te merken dat u goed op stoom raakt. Toch een vraagje. In de vorige technische briefing hadden we het over voorraadbeheer, dus over het aantal prikken per week en de beschikbare voorraad. Die zou inmiddels maximaal vijf dagen moeten zijn, zodat het vaccin direct kan worden gezet zodra het binnen is. Nu krijg ik het bericht dat mensen in een verpleeghuis in het noorden zonder ouderenspecialist pas eind maart/april worden gevaccineerd, ondanks dat ze op hoge leeftijd zijn. Dat is een veel langere periode dan vijf dagen. Hoe verklaart u dat mensen nog steeds zo lang moeten wachten, eigenlijk weken in plaats van die vijf dagen, terwijl het vaccin wel op voorraad is? En waarom wordt er in het noorden überhaupt later gevaccineerd, zo vraag ik als noorderling van, zondag, 63.

De heer **Van Delden**:

Alvast gefeliciteerd. Dat zijn een paar vragen en ik hoop dat ik ze allebei goed beantwoord. Waarom het noorden later? Dat geldt alleen voor het huisartsentraject. We hebben bekeken welke vaccins we beschikbaar hebben en hoe dat goed past bij de verschillende regio's. Op een gegeven moment moet je gewoon kiezen voor een volgorde. In samenspraak met de LHV, de Landelijke Huisartsen Vereniging, hebben we ervoor gekozen om in het zuiden te beginnen. Verder is er in principe over het algemeen sprake van een landelijke uitrol.

Die vijf dagen voorraad betekent niet dat elke groep waarvoor we voor vijf dagen voorraad hebben, binnen vijf dagen kan starten. Zeker niet. Het betekent dat je voor de aankomende vijf dagen voldoende vaccin in huis wil hebben om in ieder geval die vaccinaties uit te voeren.

Het specifieke geval dat u nu noemt, ken ik niet. Ik vind het dus best ingewikkeld om daar heel specifiek op in te gaan. Mijn beeld is dat de vaccinatie in verpleeghuizen landelijk is gestart en landelijk verder uitgerold wordt. Er zijn wel individuele instellingen waarin het vaccineren bijvoorbeeld vertraagd is door een uitbraak van corona, maar dat men in verpleeghuisinstellingen in het noorden in het algemeen later zou zijn, herken ik niet.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Uw tweede vraag?

Mevrouw **Diertens** (D66):

Nee, ik vroeg me af – dat was ook specifiek mijn vraag – of er een relatie is tussen de vaccinatiesnelheid in verpleeghuizen en het al dan niet hebben van een ouderenspecialist aldaar, waardoor dus de logistiek anders is.

De heer **Van Delden**:

Pardon, dan had ik uw vraag niet goed begrepen. Nee, dat zou niet moeten uitmaken. Dat zou zo'n groot tijdsverschil niet moeten kunnen verklaren. Ik kan dat verschil niet helemaal duiden. Het betreffende verpleeghuis kan contact opnemen met het RIVM als daar echt iets niet goed lijkt te gaan, dan kijken we daar even precies naar. Ik kan dat nu niet beantwoorden, want ik ken niet alle verpleeghuizen en weet niet hoe het daar staat.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber namens de fractie van de ChristenUnie.

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

Dank aan de heer Van Delden voor de presentatie. Ik heb een vraag over de spuiten die gebruikt worden. Er blijven namelijk berichten binnenvallen van mensen die hierbij betrokken zijn, dat het technisch gezien mogelijk zou zijn om 7,4 spuiten te halen uit één flacon, maar dat dat vaak niet mogelijk is doordat de spuiten die gebruikt worden, niet de zero-residuspuiten zijn. De mensen die die spuiten optrekken – het is allemaal heel technisch – moeten bovendien een specifieke deskundigheid hebben, maar die mensen zijn er wel in ziekenhuizen en apotheken, maar niet op de plekken van de GGD. Ik blijf dus vragen krijgen in de trant van: waarom hebben wij nog steeds niet de goede spuiten en waarom staan niet de goede mensen bij de GGD om die spuiten op te trekken, want dan haal je 7,4 doses uit één flacon en dan kun je met poolen dat 0,4-restje mixen met andere resten uit dezelfde batch en kun je een hoger aantal vaccins weg prikken. Ik denk dat dat belangrijk is, nu we minder leveringen hebben.

**De heer Van Delden:**

Dat is zeker belangrijk, dat ben ik helemaal met u eens. Er spelen een paar dingen mee bij hoeveel vaccinaties we kunnen toedienen uit één flesje met vaccin. Er zijn drie dingen belangrijk. Eén is inderdaad welke spuit en welke naald heb je. Die zijn allebei belangrijk. Het gaat inderdaad om naalden en spuiten, waarin bijna niks achterblijft na het toedienen van het vaccin. Gebruikt men een normale spuit en naald, dan blijft er iets meer achter dan bij zo'n speciale. We kopen zo veel en zo snel mogelijk van die speciale naalden en spuiten in, maar die zijn beperkt beschikbaar op de wereldwijde markt hiervoor. Wij doen daar alles voor wat we kunnen, maar we kunnen niet per morgen voor iedereen genoeg hebben. Soms is er wel iets beschikbaar op de markt, maar blijkt de kwaliteit onvoldoende. Dan is het gewoon even heel snel in elkaar geproduceerd, maar dan heb je er nog niks aan. Een ding is dus het goede materiaal.

Het tweede is het trainen van medewerkers. Als je op een goede manier wilt poolen, waarbij het laatste restje van het ene flesje wordt aangevuld met het begin van het tweede flesje, vraagt dat training, en daar zijn de GGD'en echt mee bezig. Een aantal GGD-medewerkers zijn getraind door apothekers en deze getrainde GGD-medewerkers trainen vervolgens weer andere GGD-medewerkers en zo krijg je een steeds grotere groep mensen, die dat op een goede manier kan doen. Dat vraagt ook toezicht van de IGJ, dus de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Die moet toestemming geven voor deze werkwijze en zeggen «dit is goed genoeg». Je wilt ook voorkomen dat medewerkers zich onder druk gezet voelen om die zevende dosis te halen, waardoor ze zes keer net iets te weinig geven om die zevende keer maar te halen. Je moet dit dus echt zorgvuldig doen, want anders heb je zes keer niks in plaats van een zevende keer iets, en dat wil je ook niet.

Het vraagt dus het goede materiaal, het vraagt goede training en het vraagt ook toestemming van de inspectie om dit te doen. Overigens is het niet zo dat je uit meer dan twee flesjes mag combineren. Je mag maximaal uit twee flesjes combineren. Je mag dus niet uit drie of vier flesjes het restje combineren tot een volgende prik. Wij zoeken echt zo snel en zo goed mogelijk op hoeveel we kunnen halen uit één flesje, maar dat vraagt wel zorgvuldigheid. Het moet geen race to the bottom worden en je moet niet overdrijven, anders zet je de eerste zes vaccinaties onder druk en worden die minder goed. Wij zijn hier heel druk mee bezig, zowel in de aanschaf van materiaal als in het trainen van personeel als in het verkrijgen van toestemming hiervoor van de inspectie, maar dat kan niet heel veel harder dan het nu gaat.

We zien wel dat we met de tijd gemiddeld steeds meer halen uit een flacon en dat is natuurlijk inderdaad superbelangrijk, want dan kun je met hetzelfde aantal leveringen toch meer mensen vaccineren.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van het eerste blok. Ik wil de heer Van Delden nogmaals hartelijk dankzeggen voor zijn presentatie en de beantwoording van de vragen. Ik schors de vergadering even, zodat we van plek kunnen wisselen en dan zal de heer Van Dissel aanschuiven.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

**De voorzitter:**

Aan de orde is de technische briefing over de update van het coronavirus.

## Blok 2

Gesprek met:

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

De **voorzitter**:

Aangeschoven aan tafel is de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Ik geef de heer Van Dissel graag de gelegenheid om zijn presentatie te geven. Deze presentatie is opgenomen op de website van de Tweede Kamer. Gaat uw gang.

De heer **Van Dissel**:

Dank u wel. Ik wilde u vanochtend updaten over waar we staan met de corona-uitbraak en dan met name ingaan op het OMT-advies dat we aan het kabinet hebben uitgebracht.

Allereerst: waar staan we nu? Dit is het bekende plaatje, maar ik heb daar toch even een aantal dingen in veranderd. Wat u met name ziet, is dat met betrekking tot de top van de ziektepiramide, waarbij het overgrote deel gelukkig slechts relatief milde klachten krijgt, er een aantal toch in het ziekenhuis en ook op de ic worden opgenomen. Dan ziet u die 98%, 1%, 1,5% en 0,3%. Dat zijn de getallen die we uit de afgelopen uitbraak halen die met name door de klassieke variant is veroorzaakt. Wat ik heb toegevoegd op dit plaatje, is dat we nog niet zeker weten – in ieder geval onvoldoende zeker om daar al uitspraken over te kunnen doen – of die percentages misschien toch subtiel zullen gaan veranderen met de varianten. Ik noem dat omdat er in Engeland inmiddels een aantal studies zijn gepubliceerd – voor de duidelijkheid: men is het daar nog niet over eens – waarin duidelijk de suggestie is dat het opnamepercentage bij de Britse variant wat hoger zou zijn dan bij de klassieke variant. Misschien zullen we dat percentage in de toekomst, nu ook in Nederland de meerderheid der gevallen al door de Britse variant wordt veroorzaakt, dus moeten aanpassen. Verder is het beeld hetzelfde: zo'n 112 miljoen bevestigde gevallen en 2,5 miljoen personen overleden. U heeft natuurlijk ook kunnen zien dat dat er in Amerika inmiddels meer dan 500.000 zijn; dat is meer dan de Eerste en Tweede Wereldoorlog en de Vietnamoorlog wat betreft Amerika tezamen en dus een groot aantal. Verder zijn de karakteristieken van de andere varianten onveranderd gebleven.

Met betrekking tot het huidige epidemiologische beeld staan aan de linkerkant het aantal meldingen dat wordt gedaan van patiënten bij wie covid is vastgesteld, bijna altijd op grond van klachten. Aan de rechterzijde ziet u de ziekenhuisopnames en in de grafieken aan de onderkant daarvan de ic-opnames. Wat wij in de tweede golf hebben gezien – u ziet daar de laatste golfslag van de tweede golf – is de afname en in de afgelopen week weer de toename van het aantal gevallen. Het aantal gevallen is in een week tijd met 19% toegenomen. Wat betreft de ziekenhuizen ziet u dat de afname die we daar zagen, eigenlijk is gestabiliseerd. Er is nog een kleine afname van min 5%. Inmiddels hebben we weer meer opnames, dus dat zal volgende week niet meer negatief zijn. Maar we zullen dat moeten afwachten. U ziet dat de ic-opnames over de afgelopen week, waar die lange tijd stabiel waren, toch beduidend zijn toegenomen. Dit is een situatie die wij kwetsbaar achten. We hebben een duidelijke afname gezien, maar we lijken toch een omslag te zien. Ik ga uiteraard zo in op wat wij denken dat daar onderliggend aan is.

De volgende slide toont u de testen en het percentage positieve testen. U ziet hier eigenlijk de hele tweede golf weergegeven. U ziet dat het aantal testen, toen we daarmee begonnen in oktober, nog heel aarzelend was en dat we inmiddels op een veel hoger aantal testen zitten. Met name in de periode tussen kerst en oud en nieuw, de kerstvakantie, was het aantal testen echt heel erg hoog; die steken eruit. U ziet dat de testaanvraag

daarna is afgenomen. Op de dag dat het code rood was voor het weer – even foutief met schaatsen weergegeven, want dat was een paar dagen later – is er überhaupt niet getest. Dat vindt u hierin ook terug. U ziet dat de testen, nadat die eigenlijk maar door leken te dalen, de afgelopen week weer zijn gestegen. Met een stijgend aantal testen verwacht je eigenlijk dat het percentage positieve testen wat afneemt. Hoeveel dat afneemt, is dan belangrijk. U ziet dat het ook wat is afgenomen: 9,8%. Lang zat het rond de 10% à 11%. Maar uiteindelijk is het een beeld dat is samengesteld uit het totaalaantal en het percentage. Dat levert, zoals ik net liet zien, wel een absolute toename in het aantal positieve meldingen. Dit dus wat betreft de testen.

Dan het beeld met betrekking tot de leeftijden. In de volgende dia, over meldingen per leeftijd, is het incidentiegetal per leeftijdscohort weergegeven, dus voor de groep van 13 tot 17 jaar, de groep van 18 tot en met 24 jaar et cetera. Het incidentiegetal geeft het totaalaantal personen binnen die leeftijdscohort die in een week positief zijn gemeld. U ziet allereerst dat in de groep van 0 tot 12 jaar dat incidentiegetal heel erg laag is, nog steeds. U ziet wel dat het wat toeneemt, maar dat zie je eigenlijk in alle leeftijdsgroepen, behalve in de allerhoogste leeftijdsgroep. Op dat laatste kom ik zo terug. Het grafiekje van de kinderen van 0 tot 12 ziet u dus oplopen. Dat zal deels ook komen doordat we natuurlijk in die groep nadrukkelijk het testbeleid hebben aangepast. Waar we eerder terughoudend waren, hebben we dat natuurlijk veranderd omdat we dat hebben gekoppeld aan het openen van de scholen en de kinderopvang. Dat zal daar dus zeker van invloed op zijn. Maar u ziet ook dat het aantal dat in die groep getest wordt, absoluut genomen nog steeds zeer sterk achterblijft bij alle andere groepen.

Verder ziet u eigenlijk de hoogste piekjes bij vooral de groep van 18 tot en met 24, en ook de groep van 30 tot 40. Maar als je natuurlijk globaal kijkt, zie je eigenlijk in alle leeftijdsgroepen wel een afname, gevolgd door de toename in week 7.

Waarom vraag ik uw aandacht nog even voor die twee grafiekjes die ik aan de rechterzijde van de dia heb uitvergroot? Voor de duidelijkheid zeg ik dat die grafiekjes nog zijn gebaseerd op preliminaire, voorlopige getallen, maar daarover zullen we binnenkort ook nog wel met een persbericht komen. In deze grafiekjes ziet u de twee leeftijdsgroepen van 60 tot 70+ uitgeschaald op de verschillende leeftijden weergegeven met die kleurige grafieken, opnieuw voor de verschillende weken. In deze twee grafiekjes valt eigenlijk een aantal dingen op. Allereerst ziet u dat het aantal meldingen in de allerhoogste leeftijdsgroep eigenlijk het hoogst is binnen de groep vanaf 60 jaar. Neemt u even die roze lijn, van week 1. U ziet dat die oploopt tot de 90-jarigen. U ziet interessant genoeg dat dat ook geldt voor de ziekenhuisopnames. Dat betekent dus dat ook mensen uit de oudste groep wel degelijk in ziekenhuizen worden opgenomen, al zullen ze niet snel op de ic-afdeling worden opgenomen. Maar waar ik eigenlijk aandacht voor wil vragen, is het verloop in de weken. U ziet bijvoorbeeld dat in de groep van 60 tot 65 jaar het toch een vrij vlak beloop heeft, en dat het in de laatste weken niet meer verder gedaald is ten opzichte van de eerdere weken. En als u voor het gemak even kijkt naar de allerhoogste leeftijdsgroep, dan ziet u dat het daar wel blijft dalen. Wat veroorzaakt die daling? Dat is dus zeer waarschijnlijk het vaccinatie-effect.

Dit is natuurlijk nog een mengeling, dus dit moet nog wel worden uitgewerkt naar ouderen die geïnstitutionaliseerd zijn, dus in een verpleeghuis of een instituut zitten, en ouderen die nog thuis wonen. Dat soort analyses zullen we dus doen en daar wordt binnenkort ook een persbericht aan gewijd. Maar ik wilde u toch niet dit gunstige beeld onthouden, dat we toch de eerste effecten van vaccineren nu gaan zien. En het volgt ook de groepen zoals we het gedaan hebben, waarbij we met de alleroudsten zijn begonnen.

Inmiddels zijn we misschien toch op een beetje het treurige punt van bijna een jaar na de uitbraak. Ik wil u in de volgende dia, over het verloop van de ic-opnames in een jaar, daarom nu toch heel even weer meenemen naar wat er in dat jaar allemaal is gebeurd. We gaan het niet in detail doornemen, maar u herinnert zich ongetwijfeld de eerste piek, de snelle afname, de zomerperiode, daarna de zorgen met de terugkerende reizigers en de toename in de aantallen, en vervolgens die tweede golf, die gelukkig minder hoog is geworden dan de eerste golf, maar zich natuurlijk wel veel langer heeft uitgestrekt en qua absolute zorgbelasting natuurlijk de eerste golf overtreft. En u ziet ook dat we toch hebben moeten wringen met betrekking tot de maatregelen. Wat waren nou de meest proportionele maatregelen op alle momenten? U ziet ook dat we op 15 december toch een lockdown hebben gekregen, ondanks dat de feestdagen van kerst en oud en nieuw eraan kwamen. Die lockdown is vervolgens nog verhevigd door de avondklok en de bezoekbeperking. Vervolgens was er de daling, en nu weer de geringe stijging, waar we eigenlijk weer voor dezelfde vragen zitten.

Ik wil u toch even laten zien dat zeker die periode rond december belangrijk is geweest. U kunt zich namelijk ook herinneren dat ik hier de getallen van Ierland, van Engeland heb laten zien, waar men rond medio december geen maatregelen genomen had vanwege de kerstperiode. Daarna werd men toch met een hele forse toename geconfronteerd. Puur even voor het scenariodenken hebben we de aantallen daarvoor uitgerekend. Wij hebben in de periode tussen 15 december en 19 februari 2.500 ic-opnames en zo'n 14.500 ziekenhuisopnames gehad. U ziet hier uitgerekend het aantal ziekenhuis- en ic-opnames dat door die maatregelen voorkomen is. En dat is natuurlijk toch fors. Nou is dit een beetje een vergelijking waarvan u terecht zult zeggen: je gaat natuurlijk niet wachten tot er 6.000 ic-patiënten zijn, om dan meer te gaan doen. Daar heeft u helemaal gelijk in. Ik wil alleen maar een orde van grootte geven dat de maatregelen niet voor niks zijn genomen en dat we daar ook een heleboel opnames mee voorkomen hebben.

**De voorzitter:**

Een technische vraag van mevrouw Agema?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, ik heb een technische vraag. Waar is dit op gebaseerd? Is het feitelijk onderbouwd? We lezen in de internationale literatuur dat er weinig effect wordt verwacht van lockdowns. In Amerikaanse staten zijn er hardere, kortere, bredere, diepere lockdowns die dezelfde effecten hebben. Waar baseert de heer Van Dissel deze cijfers op?

**De heer Van Dissel:**

Er zijn twee dingen. Een lockdown is de meest effectieve maatregel die er is. Dat zal ik u zo ook laten zien. Ten tweede, hoe komen we aan deze getallen? Deze getallen zijn uiteraard gemodelleerd. We hebben hier destijds met modellen laten zien wat er gebeurt als we geen extra maatregelen nemen en wat er gebeurt als we dat wel doen. Door de integratie van die verschillende lijnen kom je op dit soort getallen. Ik heb al gezegd dat dit grove schattingen zijn en alleen maar een orde van grootte weergeven, maar dat het ook een illustratie is dat we het niet voor niks hebben gedaan.

Dan met betrekking tot de belangrijke verandering in dit laatste deel. Die heb ik net ook kort aangewezen met betrekking tot het ontstaan van de virusvarianten die een rol spelen vanaf december. U ziet hier nog de kiemsurveillancegetallen – daar ga ik zo op in – en u ziet het totale aantal besmettelijken, opgesplitst ook voor de verschillende varianten. Allereerst het totale aantal besmettelijken. Dat zijn de grafieken aan de rechterzijde. Aan de bovenzijde ziet u in de tijd op de y-as het aantal

besmettelijken. U ziet de eerste piek terug en u ziet de tweede piek terug. Voor de duidelijkheid: het aantal besmettelijken geeft niet aan hoeveel personen er op een dag nieuw bij gekomen zijn maar het geeft aan hoeveel personen op een dag besmettelijk zijn. Men is gedurende enige tijd besmettelijk, dus dat moet u hierin als het ware verdisconteren. Wat we daarin zien, is dat het aantal besmettelijken is opgelopen tot over de 100.000. U ziet dat dat daalde en dat dat net de laatste week weer een stijging vertoont.

Hoe is dat samengesteld? We weten dat we sedert eind december die Britse variant en inmiddels ook andere varianten hebben gekregen. De actuele bepalingen ziet u linksonder weergegeven. Die varianten nemen toe. Dat betekent dat ze met de maatregelen op dat moment kans zagen om een reproductiegetal van boven de 1 te hebben. U ziet de gevolgen daarvan rechtsonder. Als u het optelt, krijgt u de grafiek rechtsboven, maar er is apart weergegeven dat het beloop van de klassieke variant eigenlijk heel goed was gegaan met alle maatregelen en dat tegelijkertijd die Britse variant toenam. En u ziet dat die twee lijnen elkaar gekruist zijn in de periode van 4 tot 11 februari. Dat leidde op 4 februari – want we kunnen dat alleen in zekere zin terugbepalen – tot een totaal aantal van 95.000, dus tegen de 100.000. U ziet, als u onderscheid maakt tussen beide, dat je ongeveer op gelijke aantallen uitkomt. Dus dat is het moment dat er evenveel personen besmettelijk waren door de Britse variant als door de klassieke variant.

Hoe weten we dat? Dat doen we met de zogenaamde kiemsurveillance. Er wordt ad random een bemonstering gedaan, dus door een toevalstrekking uit alle monsters die in Nederland beschikbaar zijn. Die worden gesequencet. Dan wordt bepaald of het het klassieke type, het Britse type, het Zuid-Afrikaanse type of eventueel een andere type zoals het Braziliaanse type is. Daar ziet u de rode stippen op de grafiek. Er is een toename in de tijd. Wat u daar ziet, is dat het percentage, de fractie monsters die de Britse variant heeft, oploopt. U ziet ook dat de Zuid-Afrika variant oploopt. Op grond van die oplopende getallen wordt een schatting gemaakt van het aantal, ook naar de toekomst toe natuurlijk. Dat zijn die rode lijnen. Die schattingen kennen een onzekerheid en die onzekerheid vindt u terug in het uit elkaar waaieren van de lijn. U ziet dat het een soort trompet wordt. Dat geeft domweg de onzekerheid aan. Wij kunnen de mediaan aangeven. Dat is het gemiddelde, of althans de waarde waarbij 50% wordt bereikt. Maar dat is niets meer dan dat. Het zal ergens in dat vlak liggen.

Dan de vergelijking internationaal. Er wordt weleens gezegd – althans dat las ik – dat de getallen zouden worden overdreven of wat dan ook. Ik heb de Belgische getallen er ook in weergegeven. Dat zijn de groene bolletjes. Die kunt u lezen bij Sciensano, in de berichtgeving van afgelopen maandag op de website. Die bollen volgen precies de Nederlandse getallen. Als je dit internationaal vergelijkt – ik kom daar zo op terug – zie je dat dit helemaal niet buiten de norm is, zelfs eerder eronder.

Wat levert dat uiteindelijk op? We kunnen, teruggaand van meldingen en eerste ziektedagen, het reproductiegetal uitrekenen, het aantal secundaire gevallen ten gevolge van één geval. Als het boven de 1 is, neemt de uitbraak toe en als het onder de 1 is, neemt de uitbraak af. U ziet dat we rond 5 februari op bijna 1 zaten, nog net eronder, totaal gezien. Als je dat opsplijt in de bijdragen van de Britse variant en het klassieke type – het «wildtype» dat hier is aangegeven – zie je dat de Britse variant op dat moment nog duidelijk boven de 1 was. Aangezien het aandeel van de Britse variant in de uitbraak toeneemt, verwachten wij dat de toename die we nu zien het gevolg van deze verschillen in reproductiegetal is. Ik herinner u eraan dat voor het strenger maken van de lockdown de Britse variant zo rond de 1,3 tot 1,35 zat. Dat is het effect van de avondklok, zoals wij dat berekenen: ruim 10% op het terugdrukken van het reproductiegetal. Maar helaas lag het reproductiegetal op 5 februari voor de Britse variant nog boven de 1.

Als we dit berekenen, komt daaruit dat de Britse variant 28% gemakkelijker, dus meer besmettelijk was dan de klassieke variant. Dat is in de periode eind januari tot begin februari. Dat is een percentage – daar kunnen wij ook niks aan doen – dat wordt gebaseerd op gegevens, op harde data. Dat zal, al naar gelang die data variëren, ook variëren in mijn presentaties. Het is eerder wat hoger geweest en is nu weer wat omlaag bijgesteld. Het zou best weer wat hoger kunnen worden. Dat is niet vreemd. Wij hebben wat dat betreft geen hogere percentages ten opzichte van andere landen.

Ik geef dat hier weer met betrekking tot andere Europese landen.

Denemarken berekent het meest zwarte scenario, namelijk dat het 50% tot 75% meer besmettelijk is. Het Robert Koch Instituut komt op ten minste 37%, en zeer waarschijnlijk hoger. Het Engelse getal wordt met de modelleringsunit van Londen op 56% geschat en door Imperial College op 40% tot 70%. U kunt het allemaal lezen. U ziet dat wij diezelfde berekening uitvoeren. Voor de Nederlandse situatie komen wij op 28% tot 47% à 48% uit. Als je het vergelijkt met de getallen die onze zusterinstituten publiceren, zit daar geen verschil tussen.

Uitgaande van deze situatie wil ik u nu meenemen in een aantal overwegingen die hebben geleid tot het OMT-advies waar uiteindelijk een besluit op is genomen. Het gaat ons ten slotte om de advisering. Er waren in de vragen aan het OMT een aantal onderdelen. Allereerst met betrekking tot de avondklok, dan het al of niet apart kunnen beoordelen van de bezoekbeperking en vervolgens adviezen ten aanzien van verschillende aanpassingen van onderwijs, buitenschoolse opvang, detailhandel, binnensport en niet-medische contactberoepen. Ten slotte was er ook een vraag over reizen, maar daar zijn we niet aan toegekomen, dus dat zullen we een volgende keer bespreken.

Met betrekking tot de avondklok en de bezoekbeperking constateren wij nog steeds dat we dat niet los kunnen beschouwen. Het is gewoon een bundel van twee maatregelen die op één moment genomen zijn. We berekenen dat daar een effect van is geweest van zo'n 10%. Wat betreft de avondklok komt dat dus heel goed overeen – en ik zal u straks een heel overzicht laten zien – met wat de literatuur daarover meldt. Die literatuur is gebaseerd op analyses die in Nature zijn verschenen over tientallen landen, waarbij ze uiteraard met statistische methoden proberen om al die individuele effecten op hun waarde te schatten. Maar onze conclusie is dat we dat gewoon niet reëel los kunnen beschouwen, anders dan met de opmerking met betrekking tot de opvolging van de maatregel, waarover we het hier ook eerder hebben gehad.

Wat we wel zien, is dat dat reproductiegetal een sprongetje omlaag heeft gemaakt. Daar refereerde ik net ook al aan wat betreft de Britse variant; we zagen dat die eerst boven de 1,3 zat en nu toch naar de 1,1 is gegaan. U ziet dat het enige wat in die periode veranderd is, die avondklok en de bezoekbeperking zijn. We hebben de contacten die we steeds controleren en documenteren in het zogenaamde CoMix-onderzoek, waarbij voor een grote groep wordt vastgesteld met wie er contact is op een dag, hoelang dat duurt, hoe intensief het is, met welke leeftijdsgroep et cetera. En dat vormt ook de basis voor modellering, dus dat is belangrijk. We hebben gezien dat sedert het instellen van de avondklok en de bezoekbeperking dat contact omlaag is gegaan tot een niveau dat ongeveer raakt aan het niveau van afgelopen maart. Dat ziet u even aan dat kleine grafiekje, weergegeven linksonder. Ik heb u dat al eerder laten zien, dus daar wilde ik verder niet op ingaan, maar in ieder geval zien we daar een duidelijke afname van het aantal contacten. En we hebben uiteraard de modellering – die laat ik u zo zien – waarbij we ook een schatting krijgen dat dat ongeveer 10% is.

Even met betrekking tot de modellering is dit wel van belang; ik heb dat ook al laten zien. Modellering gaat uit van een abstractie van de werkelijkheid. We gaan uit van daadwerkelijke data, waaronder bijvoorbeeld

zo'n contactmatrix zoals ik hier heb weergegeven. U ziet daar per leeftijd wie contact heeft met andere leeftijden, en dat is maar één voorbeeld. Je kan dat ook op locatie doen of op tijd. Dus dat is de manier waarop dat model werkt. Dat zijn gewoon harde data, net zo goed als het percentage Britse variant een getal is dat we uit een surveillance halen. Uiteraard heb je bij elke modellering vooronderstellingen, aannames, en uiteindelijk levert dat uitkomsten op. En die uitkomsten, dat is niet een kwestie van «nou, we gaan dit even in een getal uitdrukken»; dat zult u begrijpen. Dat vereist wel een wetenschap op zich om daar een goede duiding aan te geven. Ik wil dat toch even noemen, want ook hierover lees ik allerlei opmerkingen in de media. Het is een wetenschap om dit goed te doen. Het RIVM heeft een prachtige modelleringsunit, die zeer recent ook nog internationaal is gevisiteerd en met vlag en wimpel is geslaagd. U kunt dat rapport op de website terugzien. En wat ik u nu laat zien, zijn resultaten van dat modelleren.

Allereerst: wat kunnen we nou uit dat modelleren halen met betrekking tot het effect van die avondklok? Nou, wat daar gedaan is, is opnieuw uitgaan van die contactmatrix die je uiteindelijk natuurlijk altijd ook ijk op de actuele getallen, en dat gebeurt op de getallen van de ic. U ziet hier het beloop van dat model, dat wat doorgetrokken is naar de toekomst. En u ziet de actuele getallen van, in dit geval, de ic-opnames weergegeven. Waar het natuurlijk om gaat is dat kleine stukje aan de rechterzijde, waar nog geen getallen zijn: dat is het deel in de tijd waarover we een prognose doen. En u ziet dat als de prognose was geweest – en dat is eigenlijk de rode lijn die meteen omhoogloopt – dat er geen effect was geweest van de avondklok natuurlijk samen met de bezoekbeperking, we dan eerder die rode lijn waren gaan volgen volgens deze modellen. Hopelijk bent u met me eens dat, als je naar de actuele punten kijkt – en dat zijn gewoon de metingen per dag van de aantallen ic-opnames – die veel beter passen bij de groene en de blauwe lijn dan bij de rode lijn. Hier zit nog steeds onzekerheid in, maar dat is toch het beeld dat zich hier duidelijk opdringt. Dat betekent dat we als we dan uitgaan van het feit dat hij ongeveer op die mediane lijn valt van blauw en groen, zijnde de situatie dat de avondklok en de bezoekbeperking wel effect hebben gehad, terugrekenend tot het reproductiegetal kunnen komen. Dat zit dus niet vooraf in het model. Dan komen we op ongeveer 10% uit. Die modellering kan per week verschillen. Daar kom ik zo nog op terug.

U ziet hier dat het toch wel uitmaakt wat ik u vorige week heb laten zien en wat ik u deze week laat zien. Ik toon ze beide om dat verschil duidelijk te maken. Dat geeft eigenlijk weer hoe volatiel, hoe onvlambaar de situatie is en hoeveel onzekerheid daar ook al in zit. Dat is niet zozeer die rode lijn, want die hebben we achter ons gelaten. Met name of en in welke mate we aankijken tegen die derde golf, daar is gewoon veel onzekerheid over. En waarom is daar onzekerheid over? Die onzekerheid ziet u overigens in het feit dat er zo'n trompet uit ontstaat, die de hele marge van onzekerheid weergeeft. Waarom is die onzekerheid er? Die is er omdat we, zoals u ook merkt, die Britse variant bepalen. Naarmate we meer bepalingen krijgen, kunnen we daar steeds nauwkeurigere schattingen op doen, maar daar zit een onzekerheid in. Dit is een van de onzekerheden.

Een andere onzekerheid is opvolging van maatregelen bijvoorbeeld, maar wat ook een onzekerheid is die we in het model moeten meenemen – dat laat ik u zien op dia 15 – is dat we het model uiteindelijk iken op de ic-opnames. Wat we vorige week gezien hebben – de modellering is van eind vorige week – is dat er net na een langdurige daling plotseling een stijging kwam in het aantal ic-opnames. Het model moet daar als het ware mee leren omgaan. Wat het model toont, is dat je dan eigenlijk de beste fit krijgt als je in plaats van nog een tijdje naar beneden te gaan eigenlijk al eerder weer omhooggaat. Dat is wat u hier ziet weergegeven. Nogmaals, dat wordt in belangrijke mate bepaald door alle onzekerheden. Dat is

natuurlijk ook voor u van belang om te weten. Ik denk echt dat we momenteel in een onzekere situatie zitten. Dat betekent ook dat als er aanpassingen van maatregelen worden gedaan, dat dus risico's met zich meebrengt. Die risico's wil je natuurlijk wel kunnen beheersen. Dit is daar eigenlijk weer een uiting van.

Dan kun je scenario's modelleren. Dat is dia 16. Scenario's geven altijd de wat meer extreme posities weer, dus u moet niet met een liniaaltje proberen uit te rekenen of we op 1.800 of op 2.000 ic-opnames komen. Het gaat om het beeld dat zich hierin opdringt. Het beeld is met name weer de onzekerheid. Dat ziet u aan dat gevulde vlak, dat roze vlak, dat heel snel heel erg rood wordt. De rode lijn daar doorheen is de mediaan, dus de 50%-waarde. U ziet ook dat in realiteit de helft eronder zal liggen en de helft erboven. Met name naar boven toe is er veel onzekerheid. U ziet hier opnieuw dat die avondklok duidelijk effect heeft. Links is avondklok blijft en rechts avondklok stopt, met een aantal maatregelen, zoals de scholen openen, weergegeven. U ziet duidelijk het toegevoegde effect in de modellering van die avondklok.

Dan kunnen we – we zijn nog steeds bezig met de schatting van de avondklok – uiteindelijk ook naar de werkelijke getallen wat betreft het reproductiegetal kijken. Dat is dia 17. In de dagen dat de avondklok inging zien we hier een stapje omlaag van het reproductiegetal. Ik vertelde u al dat we door die Britse variant ruim boven de 1,3 zaten toen die avondklok er nog niet was. Nu zitten we op een waarde van rond de 1,1. Ook daar ziet u weer een stap omlaag. Voor de duidelijkheid heb ik ook nog de berekeningen weergegeven die in België voor de avondklok in Antwerpen zijn gedaan. Dat werd daar op zo'n 15% geschat.

Dat betekent dat het OMT over de vraag over de avondklok en de versoepeling van de bezoekbeperking zegt: we zien een effect van die avondklok en de bezoekbeperking, in de beste manier waarop we de data kunnen duiden. Dat effect zal zo'n 10% zijn. Dat betekent ook dat het advies luidde dat je als je de avondklok nu zou stoppen meteen zou aankijken tegen toch een forse toename van dat reproductiegetal. Dan is het uiteraard niet aan ons om daar verder besluiten over te nemen, maar u kunt zich voorstellen dat dan de advisering niet zou zijn om verdere aanpassing van maatregelen te doen als je alweer naar de onzekerheid van de toename ten gevolge van het stoppen van een dergelijke maatregel kijkt. Dit is een factor die natuurlijk meegenomen is in de beoordeling van de potentiële aanpassingen in de andere maatregelen, die je zou kunnen zien als versoepelingen. De vraag was of we daarover wat konden zeggen. Je probeert dat modelmatig te doen. Het probleem van een heleboel van die gesuggereerde versoepelingen is dat het eigenlijk maar een fractie is van een hele versoepeling in een dergelijke branche en dat we uiteindelijk in de modelleringen, ook door de onzekerheid die er dan is met betrekking tot het schatten van dat effect, eigenlijk maar heel moeilijk met zekerheid uitspraken kunnen doen over wat je nou het beste kunt doen. Je moet eigenlijk naar categorieën kijken. Ik neem u meteen mee naar de rechterzijde van de grafiek. U ziet een groot aantal maatregelen, ik geloof een stuk of 53, 54. Dit is uit een stuk in Nature over maatregelen in verschillende landen. Ze hebben tientallen landen bekeken met betrekking tot maatregelen en effecten. Maatregelen die met succes het reproductiegetal hebben gedrukt, staan bovenaan en de maatregelen die het minder goed doen in deze analyse, staan onderaan de grafiek. Dat ziet u terug in de heatmap aan de rechterzijde; die rode vlakjes die naar beneden toe in grijze overgaan. Dat geeft de mate van statische zekerheid aan over het effect van de individuele maatregelen die u ziet opgesomd in de lijst. We gaan ze zeker niet allemaal doornemen, maar wat zeker opvalt, is dat zelfs voor maatregelen die in deze analyse goed werken ... Voor de duidelijkheid: als derde is curfew genoemd, iets wat redelijk overeenkomt met de avondklok, maar nog heel veel andere aspecten heeft. U ziet dat daar een duidelijke

werking van uit gaat, maar u ziet ook dat de lijn die de onzekerheid aangeeft, aanzienlijk is. Dit geeft gewoon aan dat er in modelleringen domweg onzekerheid blijft, zelfs al probeer je te begrijpen wat er precies gebeurd is en wat de individuele bijdrage van alle factoren is; onzekerheid wat betreft voorspelling. Ik heb u net al laten zien dat er andere factoren zijn, zoals momenteel sterk wisselende ic-opnames en de Britse variant. Die maken dat er al onzekerheid in zit en als je dan gaat modelleren, stapel je de ene onzekerheid op de andere. Het belangrijkste resultaat zal zijn dat u die trompet tot trombone ziet verworden: de onzekerheidsmarge neemt toe. Dat beperkt ook de mogelijkheid om met betrekking tot al deze kleine individuele maatregelen, zoals met betrekking tot een rijschool of een kapper, apart te zeggen: dit zou op grond van de invloed op het reproductiegetal geprioriteerd kunnen worden boven dat. Dat ligt gewoon complex.

Op de volgende slide ziet u scenario's. Opnieuw: dit zijn relatief extreme en grove schattingen. Ik denk dat het belangrijkste voor nu staat weergegeven in dat gestippelde boxje: met en zonder de avondklok de scenario-gevolgen van de versoepelingen die in het grijze balkje aan de rechterzijde staan. Die betreffen de versoepelingen met betrekking tot school en dergelijke. U ziet opnieuw het forse effect van de avondklok, dat maakt dat we zeggen dat dit toch een belangrijke maatregel in het totaal is. U ziet ook dat je, als je gaat versoepelen, risico's gaat nemen. Dat betekent natuurlijk niet dat je die risico's helemaal gaat afwachten tot de situatie niet meer beheersbaar wordt. Daar heb je uiteraard surveillance voor. Maar dat betekent dat maatregelen die je nu neemt en die in wezen een versoepeling van de lockdown weergeven, hoe gewenst dat natuurlijk ook is, het risico met zich meebrengen dat we de zorg verder belasten. Maar er zit een belangrijke onzekerheid in.

Dan komen we tot een advies. We zeggen dat we eigenlijk weinig ruimte zien. Ik kom zo nog even op de opsomming van waarom dat allemaal is. We zien eigenlijk niet de kans om met betrekking tot dat rijtje van gewenste mogelijkheden apart te modelleren. Dat geeft wel uitslagen en het is allemaal wel in getallen uit te drukken, maar het is de vraag wat je er daadwerkelijk mee kan en of het niet jezelf een beetje voor de gek houden is, wat je natuurlijk niet wil. Daarom hebben we het ook zo beschreven in de OMT-brief.

Dit neemt niet weg dat je bij de verschillende maatregelen die zijn gesuggereerd, natuurlijk nog wel kan kijken of daar categorieën in zitten die meer of minder risico met zich meebrengen. En dat is zo. Want we hebben eerder geconstateerd – ik zal het u in de laatste dia nog even laten zien – dat het uiteindelijk gaat om het aantal contacten, de intensiteit van het contact en de duur van het contact. Als dat contact een-op-een is, of van één tot een groep, of van groep tot groep, kunt u zich voorstellen dat de risico's snel toenemen. Hetzelfde geldt voor lokaal, provinciaal, nationaal en hetzelfde geldt voor binnen versus buiten. Op die manier kun je nog naar deze potentiële aanpassingen kijken en kun je bijvoorbeeld constateren dat zoiets als wat «private shopping» wordt genoemd, misschien wel heel erg lijkt op naar de kapper gaan. Het gebeurt immers een-op-een, je kunt van tevoren triage doen, je kan gebruikmaken van een persoonlijk beschermingsmiddel zoals een mond-neusmasker en je kan je handen wassen bij binnenkomst. Dat heeft dus veel overeenkomsten. Zo hebben wij het benaderd.

Los daarvan hebben we ook geconstateerd, puur gebaseerd op medische literatuur waarin gesproken wordt over fysieke gevolgen van het niet naar school gaan, dat wat ons betreft in de advisering bovenaan zou moeten staan dat je gaat voor het openen van de scholen. Dat hoeft je niet op dezelfde wijze en onder dezelfde condities te doen als dat eerder was; daar hebben we een zogenaamd generiek kader voor opgesteld. Die naam is een hele mondvol, maar het komt erop neer dat we daarin instructies geven hoe je die scholen op een veilige manier open kan doen, waardoor

de potentiële negatieve effecten en de effecten sturend op de uitbraak hopelijk beperkt kunnen blijven.

Wat is dan momenteel de onzekerheid? Ik wil duidelijk aangeven dat dit niet een situatie is die alleen in Nederland speelt. In de uitvergroting aan de rechterzijde van deze dia ziet u dat België, Oostenrijk, Duitsland Denemarken, Frankrijk, noem maar op, allemaal te maken hebben met een oplopend getal. Het zal natuurlijk nog moeten blijken hoever dat blijft oplopen, maar het is niet een situatie die uniek is voor Nederland.

Wat is er eigenlijk in al die landen gaande? De situatie is kwetsbaar; er is nog steeds een groot aantal personen besmettelijk. In Nederland zijn dat er tegen de 100.000 en we hebben een reproductiegetal van 1. Dat aantal gaat niet veranderen zonder dat het reproductiegetal ook verandert. We hebben onzekerheid, ook in alle andere landen, met betrekking tot de variantvirussen. We hebben gelukkig al veel vaccinaties kunnen zetten, inmiddels een miljoen, zo heeft u kunnen lezen. De hoop is natuurlijk dat dat zo snel mogelijk kan worden vermeerderd. We weten allemaal dat de maatregelen pijn doen. Ze duren ook al veel te lang. Dat is allemaal heel begrijpelijk. Maar – ik wil toch nog wat zeggen over de opvolging van de basismaatregelen – het is toch essentieel om ze vast te houden. Want als we er meer opvolging aan geven, maakt u uiteindelijk ook veiliger keuzes met betrekking tot wat je wél gaat doen.

Wat je uiteindelijk allemaal kunt doen en wat dus ook de logica is achter het OMT-advies – daar is ook een keuze in gemaakt door het kabinet – is toch dat je een indeling hebt van persoon tot persoon, persoon tot groep en groep tot groep. De eerste categorie, persoon tot persoon, draagt natuurlijk altijd de minste risico's in zich. Als dat een kortdurend contact is dat niet elke dag optreedt maar bijvoorbeeld eens in de week of eens in de paar weken, denk aan een kapper of een rijkschool, zijn de risico's natuurlijk minder dan wanneer het een dagelijks contact betreft. Als het contact buiten is, is dat ook veiliger dan binnen. Dat vindt u uiteindelijk terug in het besluit, in de zin over de buitensport. Op die manier kun je natuurlijk toch nog categorieën aanbrengen in maatregelen die van belang zijn.

Essentieel zijn de basisregels. Dat ziet u op deze dia toch nog een keer weergegeven. Hierna stop ik, voorzitter. We weten dat de meerderheid daar gelukkig opvolging aan geeft maar toch ook een belangrijk percentage misschien niet. U kunt zich voorstellen hoe belangrijk het is om aan de bron de boel in bedwang te kunnen houden. Dan staat er namelijk veel minder kritische druk op het succesvol zijn van de andere maatregelen. Thuisblijven bij klachten is dus eigenlijk een van de allerbelangrijkste regels, en we weten helaas dat dat niet altijd gebeurt. Ook testen bij klachten is een van de belangrijkste regels. Vervolgens ziet u dat we met z'n allen een heleboel maatregelen kunnen waarderen en opvolgen om de vervolgrisico's zo licht en zo beperkt mogelijk te maken. In het volgen van die basisregels verschillen landen nou eenmaal. In Denemarken en Duitsland lijkt dat bijvoorbeeld toch beter te gaan en die landen komen dan ook gewoon lager uit. Dit zijn dus maatregelen die ons relatief weinig beperken en die een geweldig effect hebben. Nogmaals, als we die opvolgen denk ik dat die keuzes ook minder risico's in zich dragen dan ze natuurlijk doen uitgaande van de situatie van 100.000 besmettelijken.

#### **De voorzitter:**

Hartelijk dank voor uw presentatie. Dan ga ik gauw over naar de Kamerleden voor hun vragen. Eerst mevrouw Agema, namens de PVV-fractie.

#### **Mevrouw Agema (PVV):**

Ik dank de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik zou een vraag willen stellen over het laatste onderdeel daarvan, namelijk de maatregelen. Op pagina 23 zien we eigenlijk dat we met heel veel landen in hetzelfde

schuitje zitten. Toch hadden wij tot vorige week in Nederland het allerzwaarste maatregelenpakket ter wereld. En op dit moment zitten wij nog steeds in de top vijf van allerzwaarste maatregelen ter wereld, terwijl we toch in een situatie zitten die heel erg gelijklopend is aan die van de landen om ons heen. Ik denk ook dat het bij het opvolgen van maatregelen voor mensen heel belangrijk is om te weten wat nou de effectiviteit is van wat er van hen verlangd wordt. In deze presentatie zie je bijvoorbeeld dat eerst gesteld wordt dat je de avondklok eigenlijk niet los moet zien van de bezoekbeperking, terwijl tegelijkertijd de verdere presentatie alleen nog maar over de avondklok gaat. Dan kan ik me voorstellen dat er thuis een heleboel mensen zijn die denken: ja, maar het ging toch ook om de bezoekbeperking? En als je dan verder leest in de literatuur die ten grondslag ligt aan de avondklok, lees je in de rapporten die de heer Van Dissel zelf aangereikt heeft dat de effectiviteit van het beperken van die small gatherings, dus de bezoeken thuis, hoe vervelend we dat ook vinden, helemaal bovenaan staat qua effectiviteit, en de curfews en lockdowns eigenlijk helemaal niet. Mijn vraag is: zou het niet goed zijn om die avondklok en die bezoekbeperking wél uit elkaar te trekken? Ik hoor de premier over die bezoekbeperking bijvoorbeeld zeggen: daar houden mensen zich niet zo aan. Maar als jij niet één keer per dag één bezoeker hebt, maar twee keer per dag, of als je één keer per dag toch twee mensen ontvangt, dan is dat nog steeds niet een feestje of een etentje. Het is nog steeds echt helemaal niets. Kan de heer Van Dissel dus niet meer aandacht gaan geven aan die hele vervelende maatregel van de bezoekbeperking? En kan hij ons als burgers van dit land niet motiveren door zaken beter te onderbouwen?

**De heer Van Dissel:**

Ik denk dat ik heel duidelijk ben geweest. De bezoekbeperking en de avondklok vormen een maatregelenpakket en ze zijn tegelijkertijd ingegaan. Dat maakt het gewoon niet mogelijk, anders dan te kijken naar de opvolging ervan, om effecten selectief in te schatten. Overigens heb ik in mijn presentatie, als u even terugbladert naar pagina 21, het effect geschetst met en zonder avondklok. En we hebben het op een eerdere pagina toch nog proberen uit te rekenen en dat is ...

**Mevrouw Agema (PVV):**

Wat ik bedoel, is dat u hier de bezoekregeling weglaat en het nog steeds over 10% hebt.

**De heer Van Dissel:**

Ja, maar ik heb nog niet kunnen uitspreken. Ik wilde juist op de verschillen wijzen. Als u naar pagina 16 kijkt, ziet u dat daar de avondklok los gemodelleerd is van de bezoekbeperking. Wat u hier ziet, is dus het effect, letterlijk, van de avondklok, terwijl de bezoekbeperking blijft, zoals u ziet. Hier is het dus uit elkaar gehaald. Wat daar gewoon steeds uit komt, is dat die avondklok een belangrijk effect heeft. Ik kan u niets anders tonen dan de getallen die wij daar uit krijgen en de curves die daarbij horen. Dus ik verwijs u dan toch naar pagina 16, waar exact dat wat u vraagt, getoond wordt, naar mijn idee. Wat onze duiding daarvan is, is dat die avondklok – u kunt die grafieken ook vergelijken – toch een aanzienlijk effect heeft. Natuurlijk wil iedereen ervan af. Maar tegelijkertijd is het nu ook een essentieel onderdeel van het pakket. Als je wat wilt verlichten op andere terreinen, is de avondklok in het totale pakket toch belangrijk. Ik wijs u nogmaals op die basismaatregelen. Laten we in ieder geval daar met z'n allen een goede opvolging aan geven, want dan zullen we het snelst zien dat we ruimte krijgen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mijn vraag was dus ... Op pagina 12 wordt het onderzoek genoemd van Haug et al., Ranking the effectiveness. In dat onderzoek, dat de heer Van Dissel gebruikt voor de onderbouwing voor de avondklok, staan die small gatherings helemaal eenzaam bovenaan als meest effectief. Dan vraag ik me af, naar aanleiding van pagina 16, hoe het kan dat die avondklok in de rapporten die de heer Van Dissel zelf aandraagt, helemaal niet bovenaan staat.

De **voorzitter**:

Uw punt is ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het effect ervan wordt ook helemaal niet als belangwekkend gezien, boven op een harde lockdown.

De **voorzitter**:

Uw punt is duidelijk, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

En die ander staat helemaal bovenaan. Maar dan wordt er ineens gezegd: maar dan komt er onzekerheid.

De **voorzitter**:

Nog kort de heer Van Dissel en dan ga ik in de richting van de heer Hijink.

De heer **Van Dissel**:

Ik kan niks anders doen dan verwijzen naar onze uitkomsten. Lees ook dat stuk in Nature en Science. Daarin staat heel duidelijk dat samenkomsten natuurlijk effect hebben, maar een maatregel als een avondklok ook. Ik kan dat verder ook niet wegpoetsen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan de heer Hijink namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

De heer **Hijink** (SP):

Ik zit even te kijken naar die scenario's op pagina 21. Als je kijkt naar hoe de lijn eruit komt te zien in het scenario waarin de middelbare scholen gedeeltelijk opengaan en de avondklok en de bezoekbeperking blijven, zie je toch dat die lijn voor de ic-bezetting nog behoorlijk gaat oplopen, richting 2.000 mensen op de piek. Dan hebben we nog niet eens die economische versoepelingen in het pakket meegenomen. Als dit de verwachting is met het pakket dat er nu ligt, hoe logisch is het dan om hierbovenop economische versoepelingen door te voeren?

De heer **Van Dissel**:

U vraagt mij hoe logisch dat is. Dat is denk ik uw vak om dat uit te maken. Wij kunnen adviezen over effecten laten zien. U verwijst naar scenario-effecten, voor de duidelijkheid. U constateert terecht dat er een behoorlijke onzekerheid zit in dit soort uitkomsten. Er is ook een opstuwende kracht op de uitbraak door het opgeven van de maatregel. Juist op grond van dit soort uitkomsten en in reactie erop hebben we bijvoorbeeld voor scholen het generieke kader opgesteld. U moet begrijpen dat we in de modellering met betrekking tot het effect van dingen als de schoolopening niets anders kunnen doen dan het vergelijken met de eerdere fase van de uitbraak. Toen gingen de scholen bijvoorbeeld open zonder de anderhalvemeterregel en zonder andere regels. Zo wordt die modellering gedaan. In die zin ... Ik wil niet zeggen dat het effect wordt overdreven. Dat gebeurt zeker niet. Het is gewoon wat het is, maar het is wel een scenario waarin

je uitgaat van dezelfde schoolsituatie als toen. In reactie daarop is het generieke kader gemaakt en zijn die aanpassingen gesuggereerd. Daar proberen de scholen ook allemaal aan te voldoen. Hetzelfde geldt voor het primair onderwijs en de kinderopvang. Dit is dan dus een donker scenario, waarbij je uitgaat van wat je kunt verwachten als de scholen opengaan zonder dat soort aanpassingen. Daarom zijn die aanpassingen ook heel erg belangrijk.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Hijink, tweede vraag.

**De heer Hijink (SP):**

Mij valt op dat de bezoekbeperking tot één persoon en de avondklok nu eigenlijk een soort nieuw fundament lijken te zijn geworden onder alle maatregelen en dat we daarbovenop gaan kijken wat we wel of niet gaan doen. Eerder was natuurlijk het omgekeerde het geval.

Mijn tweede vraag aan de heer Van Dissel is dan: stel dat door de economische versoepelingen het aantal besmettingen toeneemt, hoeveel risico is er dan dat we straks bijvoorbeeld de basisscholen en de middelbare scholen toch weer moeten sluiten, omdat elders het aantal besmettingen toeneemt? In hoeverre hebben we daar zicht op?

**De heer Van Dissel:**

Voor de duidelijkheid: u zegt dat dit het fundament lijkt te worden. Dat ben ik echt niet met u eens. Het fundament toonde ik u op de slide die u nog steeds kunt zien. Dat zijn domweg de basisregels. Als de basisregels worden toegepast – daarin kunnen we landen ook vergelijken – zie je al belangrijke verschillen in de hoeveelheid besmettingen. Dat moet toch met de opvolging van de basisregels te maken hebben. Alles wat je daar verder bovenop zet, maakt in feite dat de effectiviteit hiervan wordt versterkt. De avondklok is dus onderdeel van het totale pakket, maar die is wat mij betreft absoluut niet een fundament te noemen.

Wat zijn de risico's met betrekking tot een aantal ingrepen die nu gedaan zijn en de scholen? Het OMT – dat staat ook zonneklaar in het OMT-advies – denkt eerst een vooral aan de scholen. We vinden een geleidelijke opening belangrijk. Ook dat heeft te maken met risico's proberen in te schatten en al doende leren om dat zo veilig mogelijk te doen. Maar dat staat gewoon bovenaan. Ik denk dat er met name gesproken is over de maatregelen. Nogmaals, dat is een keuze die gemaakt is door het kabinet, ook qua aantallen. We zien de logica erin terug, ook op deze slide, met betrekking tot de epidemiologie. Dat zijn maatregelen waarvan men in de persconferentie heeft gezegd: dat zijn de maatregelen die we gaan terugdraaien, maar de scholen willen we openlaten. Dat zijn geen besluiten waar wij over gaan. Wij kunnen alleen maar adviseren om, als je het doet, de basisregels daarbij vast te stellen. Triage en «ga niet naar buiten als je je niet goed voelt» zijn natuurlijk eerst en vooral. De rest komt daarna. Zoals ik heb begrepen uit de persconferentie, is dat men met name de andere maatregelen dan het openen van de scholen eventueel terug zou draaien als we gaan zien – dat gaan we natuurlijk merken in onze surveillance – dat het toch te snel oploopt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Van Otterloo, 50PLUS.

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

Ook mijn dank aan de heer Van Dissel. Ik zit met een wat bijzondere combinatie. Ik begrijp dat er een advies is gevraagd aan het OMT, maar in dat advies zit niets over de verkiezingen, terwijl de Minister van BZK had toegezegd om eind deze maand, dus deze week, te komen met een brief over de verkiezingen. Als ik naar de scenario's kijk, zie ik een oplopend

aantal ic-bedden. Ik zie een afloop van de mogelijke avondklok op de dag van de opening van de eerste stembureaus. Ik zie overigens ook scenario's waarin staat: met vaccinatie. Over dat laatste heb ik een kleine aanvullende vraag. In hoeverre is dat dan afgestemd op wat we nu weten over de beschikbare vaccins? Want er worden toch nog heel weinig mensen werkelijk twee keer gevaccineerd.

**De heer Van Dissel:**

Ik weet niet of ik vooral de laatste vraag moet beantwoorden, maar voor de duidelijkheid: wat wordt doorgerekend als vaccinatie, is hoe de vaccinatiestrategie nu verloopt en naar verwachting – dat heeft u het vorige uur gehoord – zal verlopen. Het model rekent met reallife vaccinatie en vaccinatie-effecten. Dat kunt u nog terugzoeken, want de vorige keer heb ik getoond wat er precies in gaat.

**De voorzitter:**

Kunt u iets zeggen over het eerste deel van de vraag, over de verkiezingen?

**De heer Van Dissel:**

Ik weet niet precies wat de vraag was.

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

Mijn vraag was of het juist is dat de regering, het kabinet, niet aan u heeft gevraagd om uit te gaan van het doorgaan van de verkiezingen en van het organiseren van een mogelijk superspreadingevent.

**De heer Van Dissel:**

Nee. U kunt de vragen terugvinden in de OMT-brief en ook in de aparte vragenbrief. Dit staat er niet tussen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, CDA.

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

Dank aan meneer Van Dissel weer voor de presentatie. Meneer Van Dissel benadrukt het belang om aan de basismaatregelen te blijven doen. Dan is het ook heel belangrijk dat mensen goed begrijpen waarom dat zo is. We hebben in de brief van vannacht een bijlage gekregen over gedragsreflecties. Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat iets als handen wassen slechts in 75% van de gevallen gebeurt en dat mensen dat vaak niet doen als ze thuiskomen. Is het voor meneer Van Dissel mogelijk om – dat kan misschien de volgende keer – een doorrekening mee te nemen over de situatie waarin iedereen zich aan al die basismaatregelen houdt? Wat zou dat betekenen voor het aantal ic-opnames? En wat zijn daarbij de andere verwachtingen, bijvoorbeeld rond de R-factor?

**De heer Van Dissel:**

Ik kan vragen of we dat kunnen doorrekenen. Ik denk dat dat het antwoord is. Ik voorspel u dat dat redelijk spectaculair zal zijn. Maar goed, dat gaan we dan zien.

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

Dat is precies de reden waarom ik het graag wil weten.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren, gaat uw gang.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dank u, voorzitter. Ik heb nog een soort vervolgvraag naar aanleiding van de vraag van de heer van 50PLUS – de heer Van Otterloo, excuses – over de verkiezingen. Ik had een 50-plusmoment, inderdaad. Er komen er vast nog meer aan. Ik ben wel benieuwd. U kunt als OMT ook ongevraagd advies geven aan de regering. U hoeft dat niet alleen gevraagd te doen. Aangezien dit evenement er toch aan zit te komen over niet al te lange tijd, ben ik wel benieuwd of u dan ongevraagd een advies hierover zou kunnen geven. Want de zorgen over dit event – laat ik het even zo zeggen – worden wel steeds groter.

De heer **Van Dissel**:

Eerlijk gezegd verwacht ik dat daar nog wel een vraag over komt. En als dat niet zo is, heeft u gelijk: dan zouden we dat ook ongevraagd kunnen doen. Natuurlijk begrijp ik dat daar zorgen zijn, maar dat betekent niet dat je zelf niks kan ondernemen om het heel veilig te gaan doen. Ik weet dat er een heleboel wordt voorbereid. Ik wil u toch herinneren aan de verkiezingen die in Frankrijk zijn geweest, midden in een toch forse uitbraaksituatie. De evaluatie daarvan was uiteindelijk dat dat zo goed georganiseerd was dat dat nauwelijks heeft bijgedragen aan de uitbraak.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Kröger, GroenLinks, gaat uw gang.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Mijn vraag gaat over de versoepelingen die er nu aankomen. Ik lees dat het OMT aangeeft dat er op grond van de medisch-wetenschappelijke inzichten met betrekking tot de schade aan kinderen een voorkeur is voor de opening van scholen. Ik lees in het afwegingskader van de brede maatschappelijke toets dat ook het openen van mbo, hbo en wo met 30% capaciteit eigenlijk verreweg het hoogst scoort, veel hoger dan bijvoorbeeld het openen van de niet-medische contactberoepen. Was het dan niet logischer geweest om juist ook dat vo, mbo, hbo en universitair onderwijs openen te adviseren in plaats van de niet-medische contactberoepen? Had het OMT dat niet liever geadviseerd?

De heer **Van Dissel**:

U heeft gelijk. Uiteindelijk zijn alle schoolmomenten en alle opleidingen van groot belang. Ik meen me ook te herinneren dat daar gisteren naar aanleiding van vragen al iets over is opgemerkt. We weten natuurlijk tegelijkertijd dat dat wel fors wat extra contactmomenten oplevert. Als je dat dus in één stap zou doen, denken wij dat de risico's toch aanzienlijk zouden zijn. Vandaar dat er nu eigenlijk een soort stappenplan is, waarbij je eerst het vo en een deel van de andere doet tot een bepaalde leeftijd, met natuurlijk – dat kunt u ook teruglezen in het OMT-advies – al voorbereiding voor eventuele vervolgstappen, waarbij dan met name ook testen om de hoek komen kijken. Dat ligt dus wel degelijk in het vizier. Zou je dat dan willen doen ten opzichte van bijvoorbeeld kappers, rij scholen en dergelijke? Dat is een afweging die je moet maken. Uiteindelijk gaat het natuurlijk toch om de optelling van alle contacten. Uiteindelijk moet je daar dus toch ergens een beperking in vinden. Van de kappers, dus die contactberoepen, hebben we eerder altijd gezegd dat we daar niet een heel belangrijke rol in zien. Wij hebben ook nooit positief geadviseerd «doe de kappers dicht». Dat is destijds op bestuurlijke afwegingen geweest.

Ik denk dat het wel verstandig is – even weer terugkomend op de scholen – om het toch gewoon goed te vervolgen. Dat doen we natuurlijk nu met het lager onderwijs, het primair onderwijs, en dat doen we straks met het voortgezet onderwijs. De logica is dat we daarna doorgaan en al

volgens weten wat we daarvan kunnen verwachten. Ik denk dus dat het zorgvuldig is om dat niet in één keer allemaal te doen, maar het staat heel erg op het vizier dat we dat wel heel erg belangrijk vinden.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Kuiken namens de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Veel dank. Het blijft een feit dat veel dingen onzeker blijven en dat sommige dingen ook gewoon niet heel erg navolgbaar zijn. In deze presentatie ligt er een vrij harde 10% voor de R-waarde in verband met de avondklok en thuisbezoek. Tegelijkertijd weten we niet precies met welke percentages de R-waarde gaat stijgen of dalen op basis van de versoepelingen die nu voorliggen. Daar heb je wel behoefte aan, want dan kun je weloverwogen keuzes maken op grond van iets meer dan alleen maar politieke of bestuurlijke wensen. Dan mijn vraag over waar het uiterlijk om gaat: verwacht de heer Van Dissel dat op basis van het pakket voor 3 maart dat nu voorligt, de kritische grens wordt bereikt van wat de zorg aankan, of denkt hij dat dat risico aanvaardbaar is?

**De heer Van Dissel:**

Dit is toch een weging van risico's en dat moeten wij eigenlijk niet doen. Dat laat ik graag aan u over. Maar er valt natuurlijk ook wel iets over te zeggen. U zegt: we kunnen niet helemaal voorspellen wat nou de invloed is op het reproductiegetal, terwijl je dat wel graag zou willen weten. Wij zouden ook niets liever hebben dan een tabel waarin we kunnen opzoeken: als je dit doet, gaat het allemaal goed. Maar helaas is dat niet zo, niet in Nederland en niet in de andere landen waar covid speelt. Wat kunnen we dan wel doen? Daar verwijst u ook een beetje naar. Op grond van schattingen uit het verleden weten we dat onderwijs toch wel een invloed heeft. Dat zien we nu ook terug in schattingen in stukken in Nature en Science, die dat ook aangeven, maar dat is dan altijd terugkijkend op een situatie waarbij bijvoorbeeld de 1,5 meter niet gehanteerd werd op school en bepaalde maatregelen wat betreft hygiëne en misschien ook ventilatie er nog niet waren.

Je moet dus toch keuzes maken op grond van medische redenen, en die zien we ook echt voor de scholen. Ik heb een aantal literatuurverwijzingen gegeven, die domweg de fysieke, medische gevolgen van het niet naar school kunnen, aangeven. Vervolgens kijk je naar de risico's daarbij. Die zijn zeker niet nul. Dan kijk je of je die risico's aan de hand van toepassing van de basisregels zo gering mogelijk kan maken. Maar dat is toch een leerproces, want we kunnen dat niet voorspellen op grond van wat we sedert maart hebben doorgemaakt, want toen gold dat nog niet. Vandaar dat we dat stapsgewijs willen doen. Uiteindelijk zal dat tot een druk op het aantal nieuwe besmettingen leiden, maar het nog beter opvolging geven aan de basisregels geeft uiteindelijk weer een verlichting in die druk op het aantal besmettingen. Hoe dat uitpakt, kunnen wij natuurlijk ook niet voorspellen. Het enige wat we daarin kunnen doen, is dat nauwkeurig volgen. Als wij in onze voorspellingen zien dat het uit de hand zou lopen, dan is het onze taak om weer tijdig bij u aan de lijn te hangen om te zeggen dat dat niet kan en dat we te grote risico's nemen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Veldman, VVD.

**De heer Veldman** (VVD):

Dank aan de heer Van Dissel voor de presentatie. Ik heb een tweetal vragen. Voor de eerste werd ik net door de heer Van Delden doorverwezen naar de heer Van Dissel. Die vraag gaat over de vaccinatie van jongvolwassenen. Daar lopen nu een aantal studies naar. Kan de heer Van Dissel

daar iets over aangeven? Welk perspectief is er voor de jongvolwassenen met een medische indicatie?

De heer **Van Dissel**:

Meer in zijn algemeenheid kan ik een opmerking maken met betrekking tot vaccinatie. We hebben natuurlijk het advies van de Gezondheidsraad. Dat heeft u kunnen zien. De uitleg van de strategie laat ik verder ook daar; ik denk dat die daar helder in is beschreven. We weten dat je bij infectieziekten waar je nog niet eerder mee in contact bent geweest, altijd kwetsbaar blijft. Dat zien we bijvoorbeeld bij griep. Dat is een wat makkelijker voorbeeld om u even in de gedachtegang mee te nemen. Elk jaar worden weer 180.000 kinderen geboren. Die hebben nooit griep gezien, maar ze gaan het een keer krijgen. Zo gaat dat straks natuurlijk ook voor covid gelden en zo geldt dat nu ook voor de hele bevolking. Als je de kwetsbaarheden eruit wilt nemen, zou je eigenlijk moeten gaan voor het vaccineren van vrijwel iedereen, de kwetsbaren met voorrang ten opzichte van de rest van de groep, omdat je weet dat uiteindelijk iedereen het een keer door moet maken. Dat moet je natuurlijk afzetten tegen het risico als ze het krijgen zonder vaccinatie. We weten natuurlijk dat de klachten bij de jongeren over het algemeen heel mild zijn. Dat zie je eigenlijk bij een heleboel van die luchtwegvirussen. Die concentreert zich om die reden ook in de jonge groep, omdat de ouderen dat al gehad hebben. Maar de kwetsbaren in die groep zou je natuurlijk zeker wel bescherming kunnen en willen bieden. Is dat voldoende antwoord?

De **voorzitter**:

Meneer Veldman stelt zijn tweede vraag.

De heer **Veldman** (VVD):

Het is een antwoord, maar nog niet helemaal het antwoord waar ik naar op zoek was. Maar misschien gaan we dat op een andere manier nog wel krijgen.

Mijn tweede vraag gaat over sequenzen. De Minister geeft ook in de brief die vannacht naar de Kamer gestuurd is, aan dat we dat in Nederland op zo'n 3% van het aantal afgenomen tests doen, terwijl de Wereldgezondheidsorganisatie adviseert om dat op minimaal 5% te doen, maar eigenlijk het liefst op 10%. Nou doen het RIVM en het Erasmus MC die sequences, maar ik kan mij voorstellen dat de heer Van Dissel als voorzitter van het OMT eigenlijk een hoger percentage wil, met het doel om goed zicht te hebben op het virus. Wat is nou de belemmering voor het RIVM en het Erasmus MC waardoor dit slechts op die 3% staat? Waarom kan dat niet méér gebeuren, en waarom wordt er bijvoorbeeld niet ook gebruik gemaakt van andere laboratoria of andere instituten die dit sequenzen kunnen doen?

De heer **Van Dissel**:

Twee dingen. Het gaat om het gewenste totale aantal en het gaat om meer de organisatie van het geheel. Voor de duidelijkheid: andere instituten doen dit en kunnen het ook doen. Er is een systeem gecreëerd om de gegevens uit te wisselen zodat we daar landelijk gebruik van kunnen maken. Dus, voor de duidelijkheid: daar is geen beperking.

Het aantal is wel een punt. Dat hangt natuurlijk helemaal samen met de vraag: wat willen we bereiken met sequenzen? Om een voorbeeld te noemen: in Denemarken wordt elk monster gesequencet. Dat is natuurlijk aanzienlijk hoger dan wat de WHO en het ECDC suggereren, en daar is het natuurlijk vele malen hoger dan in Nederland. In Engeland ligt dat percentage ook anders, vanwege historische redenen. In Nederland gaan we voor ongeveer 1.500 per week. De achtergrond daarbij is dat dit virus continu van karakter verandert. Het gaat dus niet om het oppikken van variaties, want dan ben je de hele dag bezig. Zelfs binnen één persoon

heb je een populatie aan virussen die allerlei variaties vertonen, maar die niet allemaal met evenveel succes aan de volgende worden doorgegeven. Dat dient letterlijk geen doel.

Dus wat hebben we gedaan, en ook besproken in het OMT? Er is gekeken en besloten, gewoon op grond van pure statistiek, dat als we een goede bemonstering willen hebben die letterlijk gebaseerd is op een toevalstrekking uit de gehele populatie van virussen die in een week wordt vastgesteld, dat dat dan uit blijkt te komen op ongeveer 1.500. Daarmee kunnen we met voldoende gevoeligheid veranderingen, maar ook toenames van virussen oppikken. Dit is dus gebaseerd op een berekening. U kunt begrijpen dat je dan natuurlijk nooit alles pakt, maar dat wil je ook helemaal niet. Want je wilt toch in eerste instantie ook een biologisch gedrag of een afwijkend gedrag van een bepaalde variant kunnen koppelen aan de isolatie daarvan. Dus met andere woorden: het is de mening van het OMT dat de WHO hier een te hoog getal stelt als streefwaarde. We kunnen met die berekeningen laten zien dat dat niet nodig is. Ik wil die berekeningen ook graag met u delen als u daar behoefte aan heeft. Maar wij denken dat wij met 1.500, op grond van de huidige epidemiologie, met voldoende gevoeligheid nieuwe sequences oppikken en tegelijkertijd ook bestaande varianten kunnen volgen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik kom bij de heer Van der Staaij van de SGP. Gaat uw gang.

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

Dank weer aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Mijn vraag gaat over wat we weten over de effectiviteit van risicobeperkende maatregelen. Ik noem een voorbeeld. We kunnen zeggen dat het voor de verkeersveiligheid het beste is om alle 80-kilometerwegen af te sluiten. Daar is geen speld tussen te krijgen, maar het beperkt ook wel heel veel gewoon veilige verkeerswegen. We weten ook dat gescheiden rijbanen helpen. Dat is een minder vergaande maatregel die ook werkt. Als we nu juist ook op de langere termijn vastzitten aan bepaalde beperkingen, hoe weeg en meet je dan wat effectieve risicobeperkende maatregelen zijn?

**De heer Van Dissel:**

Dat is een heel interessante, belangrijke vraag. Eigenlijk geeft dat weer wat voor de maatschappij de meest effectieve en minst schadelijke maatregelen zijn om straks aan vast te houden in een situatie waarin covid misschien chronisch aanwezig is. Dat is natuurlijk een toekomstbeeld, maar het is niet onbelangrijk om je daar al op voor te bereiden. Dan komt het denk ik toch neer op nauwkeurige analyse van wat er nu allemaal aan interventies gedaan is ten opzichte van de effecten van de interventies. Die vindt u precies terug in de twee stukken op bladzijde 20, die deze analyses doen. Die zijn precies hierop gericht.

Het tweede is natuurlijk het gezond verstand. Het gezond verstand geeft aan dat als je de bron succesvol isoleert, collectieve maatregelen eigenlijk helemaal niet nodig zijn, want daar komt nooit een kritische vraag naar. Als de collectieve maatregelen goed worden gedaan, zijn de individuele maatregelen weer niet nodig, omdat collectieve ze opvangen. Er is dus een hiërarchie. Ik ben dankbaar dat deze slide, met de maatregelen, nog steeds voorstaat. Misschien is die in de huiskamer zo nu en dan ook nog te zien. Die slide geeft precies de gedachtegang weer die u ook heeft en waarvan je zou willen weten wat uiteindelijk de meest essentiële maatregelen zijn die ertoe doen en die je op lange termijn kan volhouden zonder dat die veel schade berokkenen. In alle eerlijkheid is de meest simpele om thuis te blijven als je klachten hebt, of als je weet dat je partner covid heeft, maar jij het misschien nog niet hebt. Dan moet je niet allerlei contacten zoeken terwijl je weet dat je het misschien kan overdragen vlak voordat je klachten krijgt. Het zijn toch ook gedragsle-

menten die verwijzen naar contacten en de gevolgen daarvan, die relatief simpel zijn. Maar als we erin slagen om al bij de bron de boel tegen te gaan, voorkomen we goeddeels de problemen voor de rest van de maatschappij.

Als ik nog heel even mag doorpraten, merk ik op dat het volgende ook heel interessant is. Als je even niet naar covid kijkt, maar naar griep, zie je dat we dit jaar nog geen isolaat van griep hebben. Het RS-virus hebben we ook niet gezien. Dat zijn allemaal virusziektes van de luchtwegen die zich blijkbaar, anders dan covid, nog wat makkelijker precies op deze manier laten bedwingen. Ook bepaalde typen van hersenvliesontsteking, toch een heel ernstige infectie, zijn een stuk lager in aantal. Dat heeft allemaal te maken met onze veranderingen in gedrag, die de overdracht beïnvloeden. Dat zou je voor de goede delen, die geen schade doen, willen vasthouden.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Diertens, D66.

**Mevrouw Diertens (D66):**

Dank u wel weer voor de presentatie. Toch wil ik even doorgaan op wat mijn collega de heer Van der Staaij zegt over het effect van de interventies en de wetenschappelijke basis daarvan. Ik wil een vergelijking trekken met België. Daar is het aantal ziekenhuisopnames per hoofd van de bevolking zelfs iets hoger dan in Nederland, maar toch zijn daar al meer dingen open, zoals scholen, winkels en musea. Daarnaast hebben ze in Vlaanderen een nachtklok, dus geen avondklok maar een nachtklok, vanaf 0.00 uur. Het effect daarvan is 15%, zo staat in uw sheet. Is er een verschil in wetenschappelijke basis tussen België en Nederland voor het feit dat daar wel meer dingen open zijn en er een nachtklok is? Hoe kijkt u daartegen aan? Er zit toch een beetje verschil in de onderbouwing en effecten daarvan.

**De heer Van Dissel:**

Ik denk niet dat dit er is in de onderbouwing. Met alle respect, maar u maakt in wezen een vergelijking op één punt. Ik kan me heel goed voorstellen dat u dat doet, maar die vergelijking doet natuurlijk onvolgende eer aan wat er daarvoor gebeurd is. België heeft de hoogste piek gehad in Europa, zelfs hoger dan in Ierland en Engeland. Die hebben ze weggewerkt. Daar zijn geweldig strikte maatregelen genomen. Ze zijn al heel lang in een fase waarin het redelijk constant voortgaat. De dynamiek van wat er gebeurd is, wordt natuurlijk meegenomen in de maatregelen die getroffen zijn. Dat België misschien net wat eerder dan Nederland is overgegaan tot versoepelingen, betekent niet dat het daarvoor niet uitermate noodzakelijk was om een geweldig hoge piek, die vele malen hoger was dan de piek in Nederland, tegen te gaan en op te lossen. De dynamiek van de maatregelen is dus heel erg belangrijk. Als je ons vergelijkt met Denemarken en Duitsland, denk ik eigenlijk dat er echt niet veel verschillen in de aanpak zitten en met Denemarken uiteindelijk ook niet in het beloop, zij het dat Denemarken altijd wat lager zit. Je moet dus echt de dynamiek van die maatregelen ten opzichte van de epidemiologie goed in ogenschouw nemen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie.

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

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik heb een vraag over de modellen. We hebben het vandaag ook gezien met alle berekeningen. Er zijn volgens mij drie variabelen die mogelijk wel relevant zijn maar die ik niet overal terugzie. Ik noem bijvoorbeeld het feit

dat heel veel mensen al covid gehad hebben en mogelijk een bepaalde immuniteit hebben opgebouwd. We zien dat we gaan vaccineren. Dat worden in snel tempo steeds meer mensen. En we staan aan het begin van een fase waarop op veel plekken sneltesten gebruikt zullen worden. Het gaat dus om de immuniteit die mensen hebben opgebouwd, de vaccinatie en de sneltesten. Die kunnen effect hebben op de verspreiding van het virus, maar ik zie dat onvoldoende terug in de modellen. Is dat een bewuste keuze geweest, omdat dat te onzeker of te prematuur is? Is het mogelijk om die modellen te maken? Daar gaat mijn vraag over.

**De heer Van Dissel:**

Prima, dat is een relevante vraag. Misschien ben ik onvolledig geweest, maar voor de duidelijkheid: die zitten erin. De modelmatrix, die eigenlijk ten grondslag ligt aan alles, houdt er dus rekening mee of je het al of niet gehad hebt en houdt ook rekening met de snelheid waarmee dat zich ontwikkelt. Er wordt dus elke week gekeken of mensen het weer krijgen. Dat model pakt dat dus steeds mee en gaat ervan uit dat dat leidt tot een mate van afweer, in ieder geval gedurende enige tijd. We weten uit de studies dat dat ten minste een halfjaar voor ten minste 85% is. Dat soort dingen zitten dus allemaal in het model.

Wat vaccinatie betreft, ook in antwoord op een andere vraag: het vaccinatieschema zoals dat wordt uitgerold, zit in het model, ook in het deel dat we voorspellen. Ook daar gaan we dus uit van het vaccinatie-effect volgens de studies die daarnaar gedaan zijn. Onzeker daarbij is of vaccinatie ook overdracht tegengaat. Dat is wel een belangrijke parameter en daar is onzekerheid over. Er komt overigens steeds meer informatie dat dat het geval is. Dan wordt het model daar ook meteen op aangepast. Voor testen ligt het nog ingewikkelder, want een test is op zich geen bestrijdingsmaatregel. Een test moet een follow-up krijgen in de vorm van in isolatie gaan als je positief bent. Dan kom je eigenlijk toch ook weer terug op de basismaatregelen. Daarvan weten we ook dat van de mensen met een positieve testuitslag 25% toch nog naar buiten gaat. Maar zelfs ook dat soort dingen zitten erin.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Tot slot mevrouw Van Kooten-Arissen.

**Mevrouw Van Kooten-Arissen (vKA):**

Voorzitter, dank. Ik heb twee vragen aan de heer Van Dissel. De eerste gaat over longcovid. Is er een beeld van de hoeveelheid patiënten die longcovid hebben? Hoe staat het met de revalidatie? En betreft het ook vooral de leeftijdscategorie tussen 20 en 40 jaar die kampt met heel veel restklachten, omdat die in het ziekenhuis juist niet gezien zijn en onder de radar blijven?

**De voorzitter:**

Neemt u omwille van de tijd ook gelijk uw tweede vraag even mee? Want het plenaire debat begint om 11.30 uur.

**Mevrouw Van Kooten-Arissen (vKA):**

Dat is goed. Die gaat over de A-status van de infectieziekte. Is er binnen het OMT over gesproken of die status er op een gegeven moment af gaat als de vaccinaties effectief zijn? En wat adviseert het OMT het kabinet hierin?

**De heer Van Dissel:**

Wat het laatste betreft: zolang sprake is van de huidige crisis, denk ik niet dat we de meldingsplicht en de bijbehorende dingen moeten veranderen. Daar zullen we zeker naar kijken als we verder weg zijn.

De eerste vraag gaat echt over de curatieve zorg. Als u daar interesse in heeft, moet u hier echt een behandelaar vragen die de hele dag niks anders doet dan patiënten behandelen, want ik ga dan alleen maar citeren uit andermans werk. Dat lijkt mij niet zo gewenst. We kennen natuurlijk het beeld van chronische covid. We weten dat mensen verschillen in de mate waarin er restschade is. Dat heeft alles te maken met de reden waarom de infectie ernstig is verlopen. Dat verloop kan namelijk verschillende routes en redenen hebben. Als dat een apart onderwerp is, moet er iemand komen die de patiëntenbehandeling en -begeleiding doet.

**De voorzitter:**

Dank u wel. We zijn aan het einde gekomen van deze technische briefing. Ik wil de heer Van Dissel nogmaals dankzeggen voor zijn aanwezigheid, zijn presentatie en het beantwoorden van de vragen. Dat geldt ook in de richting van de heer Van Delden.

Ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid en de mensen thuis voor hun belangstelling. Om 11.30 uur begint het plenaire debat over de ontwikkelingen rond het coronavirus. Ik dank onze ondersteuners die vandaag met hun aanwezigheid hebben bijgedragen aan deze briefing. Hartelijk dank. Ik wens u een fijne dag.

Sluiting 11.08 uur.