

Vergaderjaar 2020–2021

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 992**

**VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING**

Vastgesteld 18 februari 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 4 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 dertien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Diertens, Van Haga, Hijink, Kerstens, Kröger, Kuzu, Lodders, Van Otterloo, Van der Staaij, Veldman en Wassenberg,

alsmede de heer Van Delden en de heer Van Dissel.

Aanvang 9.01 uur.

**De voorzitter:**

Goedemorgen, hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing over de update coronavirus. Hiervoor zijn aangeschoven: de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM, en de heer Jaap van Delden; hij is programmadirecteur vaccinatie COVID-19, ook bij het RIVM. Hartelijk welkom. Uiteraard ook hartelijk welkom aan de leden, fijn dat u er weer bent. En hartelijk welkom aan de mensen die deze briefing, thuis of op een andere plek, volgen. De presentaties van beide heren zijn gepubliceerd op de website van de Tweede Kamer. Aan de leden zijn ze rondgemaild en ze worden op dit moment vermenigvuldigd. Zodra ze klaar zijn, zullen ze uitgedeeld worden. Ik stel voor om wel vast van start te gaan.

Richting de leden wil ik opmerken dat de tijd vandaag enigszins beperkt is, in die zin dat het plenaire debat om 11.00 uur zal starten. Dat betekent dat ik echt uiterlijk om 10.30 uur wil afronden, dus ik kijk even naar de lengte van de beide presentaties om te bepalen of u een of twee vragen mag stellen. Dat zullen dan in ieder geval wel korte vragen zijn. Ik stel voor om van start te gaan. Mag ik als eerste het woord geven aan de heer Van Dissel? Gaat uw gang.

**De heer Van Dissel:**

Dank u wel. Ik wil u een update geven en speciaal ingaan op twee dingen, namelijk de opening van de scholen en de risico's. Ik wil u meenemen in de scenario's voor de toekomstige weken en de risico's die we daarin zien. Tegelijkertijd zal ik natuurlijk een update geven van wat er gaande is met covid.

Ik denk dat de informatie op de eerste dia bekend is, maar er zijn inmiddels meer dan 100 miljoen besmettingen. Ik wil ook wijzen op de verhouding tussen het aantal personen dat ziek wordt en het aantal personen dat het ziekenhuis in gaat en naar de ic moet. Op de dia ziet u nu de schattingen van de percentages. Dat zal de komende tijd wat gaan veranderen, vanwege de gevolgen van de vaccinaties en de afweer die men natuurlijk opbouwt als men covid heeft doorgemaakt. Die verhouding kan de komende tijd wat veranderen, maar dit is ongeveer de verhouding die we momenteel zien.

Allereerst kijken we naar de huidige epidemiologie. Aan de linkerkant ziet u het aantal gemelde besmettingen, die de afgelopen week weer behoorlijk zijn gedaald, met ongeveer 20%. Die daling zet hopelijk nog verder door. We zien daar wel een golfbeweging in. Dus daar zien we nog een redelijke daling. U ziet tegelijkertijd dat het aantal ziekenhuisopnames minder snel daalt. Dat loopt natuurlijk achter, maar die dalen wel minder snel. U ziet ook dat de bedbezetting naar een plateau gaat of een lichte daling vertoont. Als u naar de ic-opnames over de week kijkt, zie je zelfs een hele geringe toename. Dat zijn natuurlijk getallen die nogal wat wisselen, maar die duidelijk achterlopen op de meldingen.

Met betrekking tot de tweede golf en de verspreiding van de gevallen over de afgelopen weken, ziet u hier de kaart van Nederland, met aan de linkerkant weer de meldingen en aan de rechterkant de ziekenhuisop-

names. Dit is een beeld dat later terugkomt bij het reproductiegetal, waarbij we zien dat die gevallen door heel Nederland optreden. Er zijn natuurlijk altijd een paar zogenaamde hotspots die opkomen. Maar eigenlijk is de situatie over heel Nederland redelijk gelijk.

Hier ziet u de getallen met betrekking tot de testen en het percentage positieve testen. We zien een afname van het aantal mensen dat zich laat testen van ongeveer 22% in de afgelopen week ten opzichte van daarvoor. We zien dat het percentage testen ongeveer positief blijft, omdat ook het aantal positieve meldingen met ongeveer hetzelfde getal afnam, zoals ik u net heb laten zien. Dat ligt nog rond de 11,4%. Wat ons betreft is dat percentage nog steeds te hoog. Dat willen we eigenlijk, ook conform de WHO-gedachte daarover, op ongeveer 5% hebben, omdat je dan het idee hebt dat je voldoende sensitief test. Dus dit suggereert natuurlijk toch dat lang niet iedereen met klachten zich laat testen. Dan zou je dat percentage positieve testen een stuk lager verwachten.

Met betrekking tot de verspreiding over de veiligheidsregio's zien we ook het bekende plaatje, denk ik. We zien eigenlijk afnames in alle regio's. In de tabel aan de linkerzijde ziet u, zeker als u hem straks misschien vergelijkt met de getallen van vorige week, dat we veel meer groene blokjes zien. Dat zijn de regio's waar het aantal besmettingen per 100.000 bewoners onder de 150 per week is gekomen. Dat betreft inmiddels ongeveer de helft van de veiligheidsregio's. Er zitten dus nog verschillen, want sommige zitten daar duidelijk boven, maar grofweg de helft zit nu onder die 150. Ook daar zien we dus het doorwerken van de afname van het aantal meldingen. Gemiddeld zaten we de afgelopen week op ongeveer 160 per 100.000. Vorige week zaten we nog, zoals u zich misschien kunt herinneren, tegen de 200 aan.

Dan met betrekking tot het aantal klachten. Dit is een website van het RIVM waar mensen zich kunnen aanmelden; u ziet dat rechtsboven staan. Ongeveer 18.000 personen doen daar inmiddels aan mee. Zij geven een aantal keren per week op of ze klachten hebben die zouden kunnen passen bij covid. We hebben gezien dat dat rond de 3% lag, maar eigenlijk sedert de kerstperiode is afgenomen. Er is misschien nog een klein blipje geweest, maar het is met ongeveer 50% afgenomen. Dat betekent dat ook onder de bevolking klaarblijkelijk het aantal personen met klachten van een bovensteluchtweginfectie afneemt. Dat is ook weer consistent met het beeld dat we zien van de afname van testen en ook de afname van positief geteste personen. Rechtsboven ziet u dan nog de grafiek van de verspreiding over Nederland van dit soort klachten. Rechtsonder ziet u de verspreiding van het aantal personen dat meedoet aan dit systeem. We moedigen iedereen aan om zich hiervoor in te schrijven, want dan neemt de voorspellende kracht natuurlijk ook toe. Het is in ieder geval consistent met het beeld van de afname van testen en afname van klachten.

Dan de spreidingen over de leeftijden; ook een grafiek die elke keer terugkomt. De verschillende weken zijn naast elkaar gezet. De staafdiagrammen geven week 52 tot en met week 4 weer. Ook daar is er een afname. U ziet dat er nog twee groepen net boven die 200 per 100.000 komen. Dat is de groep 18- tot 24-jarigen en de groep 50- tot 60-jarigen. De overige groepen zijn daar inmiddels onder gekomen. U ziet de trend omlaag inmiddels eigenlijk bij alle leeftijdsgroepen.

Dan kom ik bij twee plaatjes waarbij ik ietsje langer wil stilstaan, omdat dit misschien ook een achtergrond geeft met betrekking tot het advies over het openen van het primair onderwijs en de kinderdagverblijven. U ziet hier twee matrices met bollen. Die bollen geven de grootte van de aantallen weer, die zich op de kruispunten bevinden. U kijkt hier naar de periode voor de schoolsluiting en naar de periode na de kerstvakantie. Op de x-as, dus op de onderste as, staat de leeftijd van personen die in bijvoorbeeld een gezin de indexcase waren, dus het eerste geval dat leidde tot secundaire gevallen, ofwel in het gezin, ofwel daarbuiten. De leeftijden van de die secundaire gevallen staat op de y-as. Ik neem u voor

het gemak even mee met de leeftijdsgroep 13 tot 18. Aan de linkerkant ziet u dan eerst een piepklein bolletje en dan een nog iets kleiner. Dan ziet u een wat grotere, geelgekleurde bol. Dan worden ze weer wat kleiner. Dan ziet u weer rode bollen van enige omvang. De interpretatie daarvan ziet u helemaal rechts. Zo'n gele bol duidt qua grootte het aantal paren aan dat we daarop konden matchen. In de kleur duidt het aan waar de besmetting plaatsvond. U ziet bijvoorbeeld dat de 13- tot 18-jarigen – de leeftijdsgenoten staan op de y-as – vooral buiten besmettingen overdragen. Als u dan omhooggaat, ziet u dat dezelfde groep ook hun ouders besmet, maar dat natuurlijk vooral binnen zal doen. Dat zijn de rode bollen.

Tegelijkertijd ziet u, als u naar de hele grafiek kijkt, dat gemiddeld genomen de meeste besmettingen plaatsvinden naar leeftijdsgenoten toe. Dat ziet u, omdat de bollen in de diagonaal eigenlijk het meest prominent zijn. Mensen van 40 zullen dus het meest geneigd zijn naar 40-jarigen over te dragen, 50-jarigen naar 50-jarigen et cetera. Dat is natuurlijk ook begrijpelijk: daar zitten ook de contacten, daar zitten de partners. Dat is dus eigenlijk een vanzelfsprekendheid. Aan de kleur ziet u dat dat dan vooral binnen plaatsvindt.

Bij het kinderdagverblijf en het primair onderwijs gaat het om de twee meest linkse rijen in beide grafieken. Allereerst valt op dat de bollen in die rijen zowel voor als na de schoolsluiting aanzienlijk kleiner zijn dan de overige bollen. Dat wil zeggen dat kinderen van 4 tot en met 12 die besmet zijn een aantal secundaire besmettingen geven, weinig aan leeftijdsgenoten en ook weinig aan ouders, wanneer je het vergelijkt met de oudere kinderen. Dat is een basis voor de algemene conclusie dat de kinderen op de kinderdagverblijven – dat is de meest linkse rij – en de kinderen in het primair onderwijs wel besmet kunnen worden en het ook kunnen doorgeven, maar dat dat, wanneer je het beeld vergelijkt met de bollen bij de andere leeftijdscohorten, minder is dan bij bijvoorbeeld de groep 12- tot 18-jarigen en ook minder dan bij de andere bollen die daarna komen. U ziet bijvoorbeeld ook dat ouders vaker hun kinderen besmetten – dat zijn de horizontale lijnen bij de leeftijd van de ouders – dan kinderen hun ouders. Wel blijkt dat de bollen wat afnemen na de schoolsluiting. Er is dus een effect van de maatregelen geweest. Dat kunt u zien door de twee blauwe gebieden met elkaar te vergelijken in de twee grafieken. Maar feit blijft dat de bollen met betrekking tot kinderen op het kinderdagverblijf en in het primair onderwijs aanzienlijk kleiner zijn dan de overige bollen. Ze dragen dus minder bij aan de overdracht, waar je dat kan koppelen. Je kunt hieruit afleiden dat ze het deels overdragen aan elkaar en deels aan hun ouders.

Nou is dit natuurlijk gemeten in de periode voor de introductie van de Engelse mutant, zult u zeggen. Daar heeft u gelijk in. Maar wat we van de Engelse mutant zien – en niet alleen wij; dat zijn ook gegevens uit bijvoorbeeld Denemarken en Engeland, die soortgelijke analyses doen – is dat de overdracht wat gemakkelijker lijkt plaats te vinden. De mutant is waarschijnlijk besmettelijker. Dat zou zich in de toekomst dan uiten in wat grotere bollen voor die mutant. Tegelijkertijd blijkt uit al die gegevens dat de verhouding tussen kinderen en ouders daar niet wezenlijk door wordt beïnvloed. Dus ook daarvoor geldt dat kinderen besmet kunnen worden en klachten kunnen krijgen, die overigens, voor de duidelijkheid, over het algemeen milder zijn dan bij de ouderen. Dat geldt ook voor de Britse variant. Maar uiteindelijk is dit het beeld dat zich opdringt. Dit even met betrekking tot de achtergrond. U kunt begrijpen dat deze getallen, waarin je een duidelijk verschil ziet tussen die hele jonge leeftijden, het voortgezet onderwijs en de overige leeftijden, een belangrijke reden waren voor het OMT om te zeggen dat we in de kinderdagopvang en in het primair onderwijs meer zouden kunnen toestaan.

De tweede vraag richt zich bijvoorbeeld op de leraren: zijn de leraren speciaal at risk? We kunnen natuurlijk alleen maar laten zien wat we daar tot nu toe over verzameld hebben. Dat ziet u in deze grafieken weerge-

geven, per week, per doelgroep. Doelgroepen zijn bijvoorbeeld begeleiders van het kinderdagverblijf, leraren van de lagere school, leraren van de middelbare school, maar bijvoorbeeld ook, hierboven, zorgverleners in ziekenhuizen en verpleeghuizen en contactberoepen zoals kappers en de overige contactberoepen. U ziet hier voor een aantal doelgroepen een weergave van het aantal testen dat wordt gedaan. De rode lijn geeft het percentage aan dat positief is bevonden. Uit deze grafieken volgt dat de leraren en de begeleiders of medewerkers op de kinderdagverblijven tot nu toe zeker niet hoger scoorden dan andere beroepen. Sterker nog, over het algemeen zitten ze er wat onder, maar dat wordt misschien subtiel. U ziet dat mensen met beroepen als brandweerman, politieman en dergelijke eigenlijk altijd wat hoger scoren. Dat geldt zeker voor de groepen uit de verpleeghuizen en de ziekenhuizen. Het zijn misschien subtiele verschillen, maar ik laat het u toch zien, omdat hieruit in ieder geval volgt dat leraren niet meer dan andere beroepen geraakt lijken te zijn.

Dit even met betrekking tot de kinderen. Ik hoop dat ik heb laten zien dat kinderen ziek kunnen worden en het door kunnen geven. Ze geven het door aan leeftijdsgenootjes en aan hun ouders. Omgekeerd is het ook het geval. Als je de kinderen als groep ziet, met name de groep van de kinderdagopvang en het primair onderwijs, zie je dat die bollen aanmerkelijk kleiner zijn dan bij de overige groepen, wat betekent dat het minder gebeurt. Gelukkig hebben ze ook mildere ziekte. U ziet hier de leraren. Ook die kunnen natuurlijk positief worden. Soms worden zij in het huishouden besmet, maar we weten ook dat zij elkaar soms onderling besmetten en dat zij ook wel door kinderen besmet kunnen worden, maar al met al zijn die percentages zeker niet hoger dan voor een heleboel andere beroepen. Dan neem ik u kort mee naar wat we ook steeds laten terugkomen: welke settings kunnen we identificeren waar besmettingen optreden? Dat doen we via het bron- en contactonderzoek. De eerste grafiek is dan altijd: in welk percentage van de gevallen slaagt de GGD erin om gerelateerde gevallen te vinden? U ziet dat in de rode balk links weergegeven: dat is ongeveer 60%. De settings waarin dat gebeurt, zijn in de afgelopen weken niet veel veranderd. De overdracht gebeurt primair binnen het huishouden. Dan is het daar dus in geïntroduceerd. Waarvandaan wordt het geïntroduceerd? U ziet hier dat dat respectievelijk toch de contacten zijn, in de zin van bezoeken van huishoudens aan elkaar of van vrienden en familie; vervolgens de werksituatie, omdat men toch naar het werk gaat, waar dan bij de koffiecorner of bij besprekingen besmettingen optreden; en ten slotte in de verpleeghuissetting. Dat is meer geïnstitutionaliseerd. U kunt zich voorstellen dat ook daar makkelijker besmettingen worden overgedragen. Dat zijn de drie hoofdgroepen.

Dan kijken we even naar de clusters. Ongeveer een op de drie van deze groep treedt op in een cluster. Een cluster wil alleen maar zeggen dat er ten minste drie besmettingen aan elkaar kunnen worden gekoppeld, terwijl dit deels ook gewoon twee besmettingen zijn. Als u naar de clusters kijkt, op de volgende pagina, ziet u voor de verschillende leeftijdscohorten in kleur weergegeven waar die besmettingen dan optreden. Het leeftijdscohort houdt hier in dat alle besmettingen in dat cluster in dat leeftijdscohort zitten. Wanneer een cluster bestaat uit kinderen in de leeftijd van 13 tot en met 17, vallen ze in deze grafiek in de rij in het midden aan de bovenzijde. Zo geldt dat ook voor de andere clusters. Dit gaat dus om dezelfde leeftijden. Dan komt hetzelfde beeld terug dat ik u eerder heb laten zien. Voor kinderen is dat bezoek – het was school; u ziet ook de periode van de kerstvakantie daarin terugkeren – en vrijetijdsbesteding, waarvan ik eerder heb laten zien dat ongeveer een kwart tijdens het sporten is. U ziet dat het voor de ouderen veel meer bezoek, thuisverspreiding, en gedeeltelijk ook werk is. Dat is hetzelfde beeld als eerder.

Als ik hetzelfde doe met betrekking tot leeftijd en clusters die door alle leeftijden heen gaan – bijvoorbeeld een ouder met kinderen; dan heb je verschillende leeftijdscohorten bij elkaar – dan krijgt u dit beeld. Ik heb geprobeerd het ook nog even in een pictogram te illustreren. Wat natuurlijk vaak gebeurt, is dat men iemand tegenkomt, daarmee in contact komt en de overdracht van het virus plaatsvindt. Als die persoon vervolgens teruggaat naar zijn huishouden, geeft hij de infectie aan meerdere personen binnen het huishouden door. Dat ziet u binnen de huisjes aan de bovenzijde weergegeven. Die overdracht naar zo'n persoon in een huishouden vindt dan plaats door bezoek, door werk, door bijvoorbeeld school en ook deels, maar in mindere mate, door sporten. Het belang daarvan ziet u aan de linkerzijde. Als u deze grafiek vergelijkt met de grafiek op de vorige pagina, ziet u dat de y-as, dus het aantal clusters – want dat ziet u hier weergegeven: het aantal clusters – hier natuurlijk vele malen groter is. Deze grafiek gaat over de 1.500 heen en de grafiek op de vorige pagina kwam niet verder dan ongeveer 500. Van die clusters kan je ten slotte ook de clustergrootte weergegeven. U kunt zich voorstellen dat dat binnen een huishouden altijd beperkt zal zijn tot het huishouden. Dat is meestal een handvol. Overigens ziet u dat het soms ook over de 100 gaat. Dat zijn bijvoorbeeld huishoudens in de zin van een studentenflat; dat komt natuurlijk ook voor. Maar gemiddeld zijn de clustergroottes – u ziet 1 en 2 aangegeven – 3 of meer. Maar er zijn er een aantal die, zoals u op de dia aangegeven ziet, daaruit schieten. In totaal zijn er zo'n 7.000 clusters. De analyse loopt altijd wat achter; dit is tot en met de eerste week van januari. Het gemiddelde, met een minimum en maximum, ziet u linksonder weergegeven. Het gaat dus niet alleen om het percentage in clusters, zoals u zich kunt voorstellen, maar het gaat uiteindelijk ook om het totale aantal personen dat zo'n cluster betreft. We hebben eerder gezien – dat heb ik geïllustreerd – dat voor de horeca gold dat die bijvoorbeeld 5% van de clusters veroorzaakte, maar wanneer je bij het aantal personen keek, zag je dat het altijd beduidend groter was dan de clusters die u op de dia ziet. Vandaar dat zo'n bepaalde groep uiteindelijk toch meer kan bijdragen.

**De voorzitter:**

Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Agema een technische vraag.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ja, over de veertiende dia. U heeft daar het cijfer 2 in gezet. Betekent dit dat, als het gaat om school en kinderopvang, er een cluster is aangetroffen van meer dan 1.000, namelijk 1.114, personen?

**De heer Van Dissel:**

Ik kan het hiervandaan niet lezen en heb het niet voor me. Ik zal het er even bij pakken.

**De heer Wassenberg (PvdD):**

Ik heb ook een technische vraag, bij plaatje 13. Daar staat bij de clusters: 15.000. Ik hoorde de heer Van Dissel zeggen: 1.500. Volgens mij is 1.500 bedoeld, maar staat het met een factor tien te veel in de figuur. Klopt dat?

**De voorzitter:**

Eerst even het antwoord op de vraag van mevrouw Agema over bladzijde 14.

**De heer Van Dissel:**

Ja, over de scholen. U ziet daar 1.114 bij staan. Bedoelde u dat?

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ja. Betekent dat dat er een cluster is aangetroffen van 1.114 personen?

De heer **Van Dissel**:

Nee. Daarom staat dat vinkje erboven. Dat staat links uitgelegd. Het komt omdat clusters soms als ketens worden gezien. Laten we als voorbeeld de analyse nemen van het recente Lansingerlandonderzoek. Dan vind je een cluster op een school, die gelieerd blijkt te zijn aan een andere school, waar een deel is doorgegeven. Dan krijg je daar ook weer een cluster. Dat leidt soms tot zo'n getal. Het is dus niet één locatie; het kunnen meerdere locaties zijn die aan elkaar zijn gekoppeld.

De **voorzitter**:

En dan de vraag van de heer Wassenberg over bladzijde 3.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Nee, over bladzijde 13. Ik vroeg of er een fout is gemaakt en of het niet 1.500 moet zijn in plaats van 15.000.

De heer **Van Dissel**:

O, ja, zeker, daar heeft u gelijk in.

De **voorzitter**:

De heer Van Dissel vervolgt.

De heer **Van Dissel**:

Ik heb een andere bril nodig om het op het scherm te kunnen zien. Dan nog kort de oversterftegetallen. U ziet in de grafiek weergegeven – ik heb het vorige week ook laten zien; dit is even een update – dat de oversterfte vooral plaatsvindt in de hoogste leeftijdsgroepen, zoals we eerder hebben gememoreerd, en dat het tot en met de weken van januari doorging. Dat wilde ik u hiermee laten zien. Aan de rechterzijde ziet u dat weergegeven per dag, maar dan vanuit de gevallen die in Osiris gemeld worden. Die zijn dus zeker niet compleet, maar die komen wel overeen – dat ziet u aan de piekjes – met de completere gegevens aan de linkerzijde.

Ik zal de epidemiologie kort samenvatten. We zien een afname van het aantal meldingen; afgelopen week zelfs met 20%. We zien een afname van klachten, een afname van testen en daardoor een gelijker percentage positieve testen. We zien het in de ziekenhuizen minder enthousiast dalen, zeker als je naar de bedbezetting kijkt, waar met name langdurig opgenomen patiënten het beeld bepalen. Daar zie je meer dat het stabiel is dan dat je echt van een afname kunt spreken. Ik heb wat gezegd en geïllustreerd over besmettingen op scholen, over schoolleeftijd, over leraren ten opzichte van andere beroepen en over de oversterfte. Ik wil u nu meenemen naar de toekomst, naar de voorspellingen en de getallen die we daarvoor gebruiken. Die worden, zoals u zult zien, ernstig door de Britse variant beïnvloed.

Allereerst het reproductiegetal, het getal dat iets zegt over het aantal secundaire besmettingen ten gevolge van een geïnficeerde persoon. Die berekeningen berusten op de eerste ziektedag van de melding in Osiris. Dat is boven weergegeven. U kent, denk ik, de grafieken inmiddels. U ziet dat het reproductiegetal, dat we definitief kunnen maken op 15 januari maar niet op een meer recentere datum, in ieder geval onder de 1 was. Dat was 0,97. In de grafieken daarboven ziet u dat de spreiding over Nederland eigenlijk relatief gelijk was. Er zijn geen gebieden die er, wat dat betreft, uitspringen.

Waarin vertaalt dit reproductiegetal zich onder andere? Dat zijn het aantal besmettelijken, het aantal personen dat op een bepaald moment ziek is. Dat is dus niet een incidentiemaat, zoals dat zo mooi heet, maar een prevalentie maat. U ziet een afname, maar u ziet ook dat die afname weer aan het afbuigen is en dat het altijd nog meer dan zo'n 100.000 personen betreft in Nederland. Als we ons realiseren dat we in feite te maken

hebben met twee uitbraken, namelijk een met de klassieke variant en een met de Britse variant, dan ziet u hier wat er achter die getallen zit. Allereerst ziet u linksboven het aantal nieuwe infecties ten gevolge van de klassieke variant en de Britse variant. Wat u ziet, is dat die elkaar momenteel aan het snijden zijn en dat die elkaar natuurlijk eigenlijk al gesneden hebben, in de zin dat de klassieke variant prachtig afneemt met de huidige maatregelen maar dat tegelijkertijd die Britse variant in rood opkomt. Dat doet die met een verdubbelingstijd van ongeveer een week. We wisten dat het een week terug ongeveer fiftyfifty was. U heeft ook gehoord dat de schattingen van deze week twee derde/een derde is. Dat betekent dat we momenteel, wat betreft de eerste ziektedagen van personen, met name de Britse variant zien.

U ziet aan de onderzijde hoe zich dat vertaalt naar de reproductiegetallen. Voor de klassieke variant zitten we eigenlijk heel mooi: ergens in de buurt van de 0,86. Maar u ziet dat, voor zover we konden terugrekenen – en voor de duidelijkheid dat is altijd nog net voor de aanscherping van de maatregelen van december – dat die toen nog boven de 1 zat, namelijk op ongeveer 1,28. In verdere berekeningen zien we dat voor de Nederlandse situatie geldt dat die bijna 50% hoger ligt dan de klassieke variant. Dat is hoger dan de schattingen die we bijvoorbeeld vorige week nog hier presenteerden. U zult ook zien hoe zich dat vertaalt naar het beeld voor de toekomst.

Met betrekking tot die toename van de Britse variant zien we de voorspellingen en de actuele bevindingen die we krijgen uit onze kiemsurveillance. Er worden een heleboel monsters verzameld. Bij het RIVM en het Erasmus wordt de genetische volgorde bepaald. Dan kan worden nagegaan of het de Britse variant, de klassieke variant of misschien een van de nieuwe varianten betreft. Wat u hier ziet over het verloop vanaf begin december, is de toename van de Britse variant en tevens in het rode gebied de voorspelling hoe die de klassieke variant gaat verdringen. Dat is domweg door het verschil in reproductienummer. U ziet dat die begin maart omhoogschiet, en dat zou best nog wat eerder kunnen gebeuren. U ziet dat die dan die klassieke variant zal hebben verdrongen. Op dat moment is die Britse variant het dominante virus in Nederland.

Hoe vertaalt dit zich weer naar die besmettelijken? Hier is dezelfde grafiek weergegeven, maar nu opgesplitst in de klassieke en de Britse variant. De klassieke variant ziet u prachtig dalen. Dus die reageert heel effectief en wordt sterk geremd door de huidige maatregelen. Maar tegelijkertijd ziet u dat de Britse variant belangrijk toeneemt en inmiddels zullen die lijnen elkaar dus gekruist hebben. U ziet ook de berekende aantallen. Dat gaat natuurlijk wel terug tot 20 januari. Dus inmiddels zullen die waarschijnlijk zo ongeveer omgedraaid zijn.

Hoe vertaalt zich dat dan naar het toekomstbeeld? Ik laat u dat eerst zien met een vraagteken, want ik kom zo terug op de scenario's die berekend zijn met betrekking tot de periode maart-april. Maar we zien hier de nieuwe ic-opnames per dag weergegeven, vanaf het begin van de uitbraak in februari/maart. We hebben de piek gezien en de daling in de zomerperiode, weer een stijging in het najaar en de rimpelingen die daar inmiddels in gekomen zijn. U ziet in rood wat er was gebeurd als er in december en januari geen maatregelen waren genomen. Nou, die zijn er wel en u ziet dat die maatregelen ook effect hebben gehad, want we zijn duidelijk afgebogen ten opzichte van de rode lijn. U ziet dat we nu twee lijnen hebben gedaan, die in de tweede helft van februari uit elkaar beginnen te lopen: de lijn «gaan we door met alle huidige maatregelen?», die ik u straks in meer detail laat zien, en de lijn «brengen we daar een verandering in aan die je zou kunnen karakteriseren als versoepelingen?». Dan moet je eigenlijk verwachten dat het snel weer gaat toenemen. Dat komt domweg door het feit dat de Britse variant meer maatregelen vereist dan de klassieke variant om geremd te worden en de R-waarde onder de 1 te krijgen.



Dat zie je niet alleen met betrekking tot de ic-opnames. U ziet het hier ook met betrekking tot de ic-plaatsen, de bedbezetting. Dat beeld is momenteel wat dalende, maar de vraag is: wat gebeurt er binnenkort? Hetzelfde geldt ook weer – de derde grafiek – met betrekking tot de ziekenhuisbedden.

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

Even een verduidelijkende vraag, want dit is voor meerdere interpretaties vatbaar. De blauwe lijn is eind januari niet strenger, maar ik begrijp dat dat is: het loslaten van een aantal maatregelen per eind januari?

De heer **Van Dissel**:

Ik kom daar zo nog op terug, maar ik snap de verwarring. Het gaat om de aanscherping van eind januari, dat die wordt teruggedraaid. Dat wordt hier bedoeld.

Dan de scenario's. Er zijn scenario's gemodelleerd, waarvan ik u de resultaten wil laten zien in verschillende grafieken. Een aantal grafieken toont het effect van bijvoorbeeld vaccinatie en of dat niet alleen op persoonlijke bescherming, maar ook op transmissie werkt. Het kan ook zijn dat er geen effect is van vaccinatie. Dat zijn straks de kolommen. De rijen geven de verschillende mogelijkheden van bestrijding weer. De eerste rij gaat over: alles van de huidige lockdown voortzetten. De tweede rij – dat was de vorige keer ook een vraag – gaat alleen maar in op de scholen en de kinderdagopvang. De derde rij gaat ook in op het afschaffen van de maatregelen van januari. De vierde rij gaat zelfs nog verder. Dan gaan we terug naar een situatie die «zeer ernstig» is, waarin bijvoorbeeld ook het voortgezet onderwijs, winkels en dergelijke weer opengaan. Ik wil meteen benadrukken dat dit scenario's zijn die grote onzekerheidsmarges kennen, maar ze geven een beeld van waarmee we rekening zouden moeten houden. Het effect van het seizoen speelde ook en dat is inmiddels ook meegenomen in de modellering, net als het effect van de afweeropbouw die je nu eenmaal hebt als je de infectie hebt doorgeemaakt. Dat zit inmiddels allemaal in het model verwerkt.

Met betrekking tot de invloed van het vaccineren maken we gebruik van wat bekend is over de vaccinatiestrategie. Daar zitten natuurlijk altijd subtiele veranderingen in. Ik denk dat collega Van Delden daar straks op in zal gaan. Voor de modellering is nog gebruikgemaakt van wat op dat moment, medio vorige week, speelde. Dat betreft de schema's van de te verwachten vaccinaties.

Dan nog even deze grafiek. U ziet hier een schilderij: dit is geen pijp. Hiermee wil ik even heel duidelijk maken dat het om modelleringen gaat. Modelleringen willen niet zeggen dat we exact die lijn gaan volgen. Het zijn scenario's die je uitwerkt en die je een beeld geven van wat je kan verwachten in bepaalde situaties.

Omwille van de tijd, die naar ik begrijp kostbaar is, ga ik nu meteen door naar de tweede slide. U kunt de andere straks bestuderen. De bedbezetting is geregeld besproken. We hebben daar ook getallen van in ons hoofd, meer dan van alleen maar de opnames. Ik wil u meenemen in de scenario's met betrekking tot de bedbezetting op de ic. Wat u hier ziet, zijn een twaalftal grafiekjes: vier rijen en drie kolommen. Op de grafiek helemaal linksboven ziet u weergegeven de situatie tot nu toe. Verder ziet u de voorspelling met betrekking tot de verwachte bedbezetting in het scenario waarin de vaccinaties verlopen zoals ingepland en vaccinaties niet alleen klachten voorkomen maar ook transmissie, overdracht dus, voorkomen. Zoals u weet is dat een onzekere factor; we weten niet of we daarop kunnen rekenen. Waarschijnlijk zal het ergens tussenin liggen. Waar ligt het dan tussenin? Dat is de tweede kolom. Die laat eigenlijk precies hetzelfde zien, maar dan wanneer de vaccinaties alleen maar leiden tot een persoonlijke bescherming en geen effect hebben op de overdracht binnen de bevolking. De derde kolom betreft de situatie waarin

vaccinatie óf helemaal geen effect heeft óf niet aanwezig zou zijn. Dat is eigenlijk niet meer een erg logische situatie, dus ga ik me even concentreren op de eerste twee kolommen.

Rechts ziet u weergegeven wat we in de modelleringsscenario's verwachten met betrekking tot een afbouw van de maatregelen zoals weergegeven aan de rechterzijde. De bovenste rijen betreffen de situatie waarin alle maatregelen worden voortgezet, dus ook het kinderdagverblijf en het primair onderwijs dichthouden, de avondklok en de eenbezoekersregeling. Dat is domweg wat u kunt verwachten ten gevolge van met name het opkomen van de Britse variant. Als je zou besluiten om alle maatregelen voort te zetten, zie je toch een belangrijke toename van het aantal ic-bedden dat de komende periode bezet zal worden als de vaccinatie de transmissie niet gaat voorkomen, wat we eigenlijk ook niet mogen verwachten. De y-as is behoorlijk gecondenseerd. Dat is al een behoorlijke toename, die in feite hoger is dan de golf die we net gehad hebben.

Dan gaan we naar de volgende situatie. Met een stippellijn in rood heb ik omgeven wat het meest realistische scenario is. Dat is het scenario waarin binnen een week het kinderdagverblijf en het primair onderwijs wel opengaan. Zelfs al zou de vaccinatie ertoe leiden dat er geen transmissie meer is – bij degenen die gevaccineerd zijn, natuurlijk – zie je toch nog een toename van de ic-bezetting. Wanneer die vaccinaties helemaal geen effect zouden hebben op de transmissie, loopt de ic-bezetting behoorlijk op, zelfs als je alleen het primair onderwijs en de kinderopvang opent. U zult zich afvragen: hoe kan dat nou, hoe kan zo'n geringe handeling zo'n effect hebben? Dat komt met name omdat de modellen een grote mate van onzekerheid aangeven. Dat ziet u aan de hand van de geweldige spreiding van dat roze vlak, de 95%-betrouwbaarheidsinterval van de mediane lijnen. Dat is de 50%-lijn van de kansen. De helft ligt er dus onder, maar voor de duidelijkheid: de helft ligt er ook boven. Blijkbaar zijn er nog zo veel onzekerheden, ook met betrekking tot het uiteindelijke gedrag van de Britse variant. Hoe exact gaat dat R-getal daarvan worden? Ik zei al dat het wat naar boven is bijgesteld naar aanleiding van de getallen van de afgelopen week, maar dat zou natuurlijk ook de andere kant op kunnen gaan. Dat zullen we echt per week moeten verbeteren. Maar u ziet dat de onzekerheid zo groot is dat een heel kleine verandering al een heel groot gevolg kan hebben en dat is eigenlijk waar we tegenaan kijken.

Op de derde rij ziet u het scenario waarin je ertoe zou overgaan om de maatregelen van januari, namelijk de avondklok en de eenbezoekersregeling, af te schaffen. Zelfs wanneer vaccinatie effect zou hebben op de overdracht van het virus, kan je een geweldige toename verwachten van de ic-bezetting tot getallen rond of boven 1.500. Daar hebben we op dit moment gewoon niet de ic-bedden voor. In het onderste scenario ga je nog verder, naar «zeer ernstig» op de routekaart, waarbij ook het voortgezet onderwijs open is en bijvoorbeeld de winkels opengaan. Dan neemt niet alleen de onzekerheid toe, ook ziet u dat de verwachting met betrekking tot waar ongeveer de 50%-waarde in de onzekerheid zit, de grafiek ontstijgt.

Dit zijn toch wel sombere scenario's, die tot een aantal reflecties hebben geleid, ook in het OMT. Zelfs al wil je alleen het primair onderwijs opendoen – daarvoor kunnen een heleboel redenen zijn – moet je een toename verwachten die je eigenlijk niet wil. Dat betekent dat je het primair onderwijs een zekere hoeveelheid regels meegeeft die natuurlijk niet welkom zijn, omdat het allemaal beperkende factoren zijn die ook allemaal moeten worden waargemaakt in het onderwijs. Toch zou je ze heel graag zien om uiteindelijk niet op die middelste tweede grafiek uit te komen, waar u een forse toename ziet.

Wat kunnen we hier verder nog over zeggen wat uiteindelijk ook heeft meegespeeld bij het besluit van het OMT? Uit Engelse onderzoeken

menen we op te maken dat de transmissie wel degelijk in een bepaalde hoogte geremd wordt, zeker niet 100%, maar bijvoorbeeld AstraZeneca en het Oxfordvaccin lijken dat toch in de orde grootte van ongeveer 50% te doen. Dat betekent dat je met betrekking tot het meest realistische scenario uit zou komen tussen de twee scenario's die ik hier laat zien met die gestippelde lijnen eromheen. Maar voor de duidelijkheid: dat is nog steeds een heel somber scenario. U ziet dat we nu juist zo geweldig mooi op weg zijn om de klassieke variant helemaal te verdringen en nu worden we helaas weer met een nieuwe variant geconfronteerd die donkere wolken aan de horizon doet ontstaan. Ik kan het allemaal doornemen, maar dat lijkt me niet zo zinvol voor nu. Dit geldt ook voor ziekenhuisopnames en de ziekenhuisbezetting.

Als ik de beelden samenvat: grote onzekerheid; we hebben een risico op een hoge zorgpiek, hoger dan we tot nu toe gehad hebben, ten gevolge van de Britse variant, zeker wanneer we de strenge lockdown niet zouden voortzetten, en dat ondanks het feit dat vaccinatie, zoals u straks zult horen, zo snel mogelijk wordt uitgerold. We verwachten wel dat vaccinatie – dat kunt u ook in de grafieken zien – een flink effect heeft. Maar dat effect hangt in belangrijke mate af of vaccinatie niet alleen de personen zelf die gevaccineerd zijn beschermt, maar ook ervoor zorgt dat het virus minder wordt doorgegeven. Als dat laatste het geval is, is alles er natuurlijk op gericht om de vaccinatie zo snel mogelijk en zo breed mogelijk te doen uitrollen, al naar gelang aanlevering mogelijk is. Dat kwam ook in het OMT-advies terug. U heeft kunnen zien dat we voor primair onderwijs en kinderopvang gaan, net als dat click-and-collectsysteem, waarvan vanwege een heleboel regels eromheen ook niet een groot negatief effect wordt verwacht. Tegelijkertijd suggereren we die dingen wel met de doorrekening tot nu toe dat de avondklok en de regeling van één bezoeker per huishouden voortgaan. Zoals u weet, zal dat de komende week weer onderwerp zijn van OMT-beoordeling. Ook belangrijk: er is gewoon veel onzekerheid. Dit zijn scenario's. We gaan niet zonder meer de scenario's volgen, maar het geeft wel een beeld van wat je kunt verwachten. Dat ziet u toch een behoorlijk aantal donkere wolken aan de horizon waarmee we rekening moeten houden.

Ik wil u nog twee dia's laten zien om het even in internationaal perspectief te plaatsen. Allereerst de ontwikkelingen in aantallen die u natuurlijk ook heeft kunnen lezen in de krant, bijvoorbeeld Ierland, recent Portugal en ook het Verenigd Koninkrijk. U heeft waarschijnlijk ook kunnen zien dat Ierland met de jaarwisseling globaal ongeveer het hoogst zat en dat het weer is teruggedaan naar aantallen die eigenlijk zeer gelijk zijn aan de aantallen nieuwe meldingen die we nu in Nederland hebben. Dan is natuurlijk de vraag: speelt in Ierland de Britse variant ook een hoofdrol? Ja, dat speelt hier wel degelijk. Wat doet men dan in Ierland – ik geef het alleen maar ter vergelijking – om het te laten dalen? U ziet dat dat redelijk draconische maatregelen zijn: huishoudens blijven binnen en ontvangen in wezen geen bezoek. Eengezinshuishoudens mogen één bubbelbezoeker hebben, die verder niet wisselt. Verder is eigenlijk alles gesloten, inclusief een heleboel dingen die we in Nederland nog wat meer open hebben. Het is goede nieuws is dat de Britse variant dus wel degelijk te onderdrukken is, maar het slechte nieuws is dat je wel heel ernstige maatregelen moet nemen om dat voor elkaar te krijgen. Hetzelfde geldt eigenlijk voor de situatie in het Verenigd Koninkrijk.

Ten slotte wilde ik u laten zien dat de doorrekeningen die wij maken, niet iets is wat alleen Nederland, het RIVM of de modelleurs doen en dat dit internationaal niet gevolgd wordt, integendeel. U ziet hier het Deense rapport, dat u online kunt terugvinden. Dat is sinds een of twee dagen online. U ziet de analyse van het aandeel van de Britse variant in de toename. Dat valt bijna over onze Nederlandse grafiek heen die ik er even in heb gezet. Wat ze aan de rechterzijde, rechtsonder, modelleren is eigenlijk precies hetzelfde als wat wij modelleren voor het openen van de

kinderopvang en het primair onderwijs. Zij doen het alleen voor de 0- tot 4-jarigen. Ook zij zien die toename die je kunt verwachten ten gevolge van de Britse variant. Eigenlijk is die in grote mate gelijk aan de toename zoals wij die zien. U ziet aan de getallen welke aannames ze daarvoor hebben. Heel kort samenvattend. Het beeld nu is natuurlijk gunstig, omdat we een afname zien. Maar dat is eigenlijk een beetje een schijnbeeld vanwege de onderliggende toename van de Britse variant die rond deze tijd het percentage nieuwe besmettingen heeft overgenomen. Omdat de maatregelen daarvoor tot voor kort tekort hebben geschoten – anders hadden we die toename niet gezien – gaat zich dat gewoon vertalen in een derde golf. Hoe groot die derde golf wordt – ik heb u de scenario's laten zien – is zeer afhankelijk van wat er aan maatregelen intact blijft. Helaas is de conclusie voorsnog dat het hele maatregelenpakket, met uitzondering van die paar dingen die gaan veranderen, in de doorrekeningen belangrijk is om de Britse variant eronder te houden. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan wil ik graag het woord geven aan de heer Van Delden. Eerst wordt de afstandsbediening even schoongemaakt. Het woord is aan de heer Van Delden.

**De heer Van Delden:**

Dank u wel. Ik neem u graag mee in de stand van zaken met betrekking tot de vaccinatie. De presentatie heeft dezelfde opbouw als de vorige keer. Gezien de tijd zal ik proberen om er in redelijk tempo doorheen te gaan, zodat er nog tijd is voor vragen.

De eerste drie punten op deze slide kent u, want die zijn in brieven en ook in de vorige presentatie vermeld. Het laatste punt is wel belangrijk. Er zijn veel nieuwe ontwikkelingen in de vaccinatiestrategie. Het vaccin van AstraZeneca is goedgekeurd en dat is heel goed nieuws. Vandaag verwachten we het advies van de Gezondheidsraad over de inzet ervan. Dat is heel belangrijk voor de uitrol van de strategie.

Ik heb het eerder gehad over de beschikbaarheid, de logistieke eigenschappen en de toepassing van de vaccins en ook de actualiteit. Over de beschikbaarheid heb ik vermeld dat AstraZeneca is goedgekeurd. Dat had ook bij de actualiteit kunnen staan; zo gaat het soms. Wat ik verder bij actualiteit heb staan, is het vaccineren met Moderna van de huisartsen die aan de spoedzorg verbonden zijn. Daar kom ik later nog op terug. Verder vraagt, zoals net is toegelicht door mijn collega, de heer Van Dissel, het epidemiologisch beeld om een versnelling van de vaccinatie en dus ook om een ander voorraadbeheer. Ook daarop kom ik later terug.

Goed, het vaccin. Deze tabel kent u wellicht uit de brief aan de Kamer. Vooral belangrijk is, denk ik, het totaal per kwartaal. Duidelijk is te zien dat het volgende kwartaal een veel hoger aantal vaccins beschikbaar zal zijn. Daarop wordt nu voorbereid.

Ik kom op de beschikbare vaccins. Ik denk dat ik u al voldoende informatie heb gegeven over de Pfizer vaccins, net als over die van Moderna. De vervoersbewegingen daarvan zijn beperkt, maar iets minder beperkt dan ik zei op grond van mijn informatie bij de vorige briefing. Dat is dus heel goed nieuws. Er zijn dus meerdere vervoersbewegingen mogelijk bij ontdooide staat. Dat is heel handig.

Van AstraZeneca weten we op dit moment wat ik hier heb vermeld. Twee dingen zijn daarbij belangrijk. Eerst gingen we uit van tien doses uit één flacon, maar dat blijken er nu zeker elf en misschien wel twaalf te zijn. Dat is natuurlijk heel goed nieuws. Verder is wat betreft dit vaccin ook belangrijk voor de uitvoering en voor bijvoorbeeld de inzet van huisartsen dat ook bij AstraZeneca een observatietijd na vaccinatie van vijftien minuten wordt bevolen om te kijken of er een allergische of een ernstig

allergische reactie optreedt na vaccinatie. Dat is heel belangrijk, want dat betekent dat er na de vaccinatie plek, ruimte en tijd moet zijn om even te blijven.

Ik ga in een aantal blokken verder met de verschillende vaccinaties. Ik start met de vaccinatie bij de GGD. Op 6 januari is deze gestart; u kent het beeld misschien nog. Daarna is er hard doorgewerkt. Op dit moment zijn daar ruim 200.000 vaccinaties gezet. Deze presentatie zou ik eigenlijk elke dag moeten vernieuwen, want het gaat nu in een hoger tempo, zeker ook deze week. Ik kom daar straks op terug. De vaccinatie bij de GGD loopt dus goed. De inspectie heeft ook onderzoek gedaan naar het proces van vaccineren. Hoe loopt dat? Hoe is het proces van het mengen en bereiden van de vaccins? Als ik hen citeer, dan kan ik zeggen dat ze zeer onder de indruk zijn van de uitvoering van het vaccinatieproces daar.

De GGD is begonnen met het vaccineren van zorgmedewerkers. Dat is ook de foto die ik net liet zien. Maar zij zijn ook de partij die de meeste mobiele ouderen aan het vaccineren is. Daarbij komt een term voor die u misschien nog niet kent: matdatum. Dat is de datum waarop een brief op de mat valt. De brieven worden geprint en verzonden naar de doelgroepen. Belangrijk is dat afgelopen vrijdag de eerste brieven op de mat zijn gevallen voor de groep 85-plussers. En op 5 februari vallen de eerste uitnodigingen op de mat voor de 80-plussers. Dat is heel goed nieuws. Mijn oproep is ook: als je een brief hebt gekregen en je wilt laten vaccineren, wacht dan niet met bellen, maar bel, en dan kunnen we zo efficiënt mogelijk de capaciteit die deze week bij de GGD beschikbaar is, benutten om te vaccineren. De capaciteit kan bij de GGD wel klaar zijn, maar als niemand belt voor een afspraak, dan vul je je capaciteit niet goed genoeg. We hebben deze week dus een forse capaciteit om te vaccineren. Dus als je de brief hebt ontvangen en je wilt laten vaccineren, wacht dan niet met bellen, maar bel, en dan kunnen we zo goed mogelijk die capaciteit inplannen en benutten. Er is dus een forse versnelling van het vaccineren van ouderen bij de GGD.

U kunt hier zien wat de huidige locaties zijn. Het aantal locaties wordt uitgebreid, evenals de soorten locaties. We hebben het dan over vier maten, vier omvang van vaccinatielocaties. Het is misschien een beetje moeilijk te zien, maar rechtsonder kunt u de opbouw van het aantal locaties zien. In een «small» vaccinatielocatie hebben we twee prikstraten. Dat zijn eigenlijk echt twee straatjes. Daar wordt je eerst gevraagd naar je gegevens. Dan loop je door en word je gevaccineerd. En dan loop je daarna door naar de observatieruimte. Daar zijn dus twee van die straten. In een «medium» locatie zijn er vier van die straten. De gemiddelde snelheid per straat is ongeveer achttien prikken in één uur. We zien wel dat het bij de oudere doelgroep iets minder snel gaat dan bij de zorgmedewerkers. Dat is niet onverwacht. Telkens kijken we hoe we het zo goed mogelijk kunnen doen, om wachttijden te voorkomen en om een zo efficiënt mogelijk proces te hebben. In een «large» prikstraat zijn er acht straten naast elkaar. En in een «extra large» prikstraat zijn er twaalf prikstraten naast elkaar. De meeste zijn «medium». We vergroten dus het aantal locaties, waarmee er een fijnmaziger netwerk komt en de gemiddelde afstand tot een vaccinatielocatie kleiner wordt, wat natuurlijk heel belangrijk is voor de laagdrempeligheid.

Dan wil ik door naar de vaccinatie van de zorgmedewerkers in de acute zorg. Zoals u ongetwijfeld heeft meegekregen zijn bijna 40.000 medewerkers uit de acute zorg gevaccineerd. Ook de tweede vaccinaties zijn nu gestart. Dat is gebeurd in goede samenwerking met het LNAZ, het Landelijk Netwerk Acute Zorg, en ook daarvan heeft de IGJ gezegd dat het vaccinatieproces op professionele wijze verloopt. Kort daarna is besloten om ook de acute huisartsenzorg, dus de ongeveer 15.000 huisartsen die aan de spoedzorg verbonden zijn, te vaccineren. De eerste groep daarvan is gevaccineerd met Moderna. De leveringen van Moderna in februari lopen op in omvang. Vanavond start de tweede vaccinatie van deze groep.

De eerste groep van 6.500 huisartsen is een eerste keer gevaccineerd en vanavond start dus de tweede vaccinatie voor een deel van hen. Dat is vanavond nog relatief beperkt, maar vooral in dit weekend zal een groot deel van deze huisartsen ook de tweede vaccinatie krijgen.

Daarnaast is er nog een andere groep, die van de huisartsmedewerkers. Dat is een groep van 23.000 en daarvan is de vaccinatie voorzien op het moment dat ze zelf ook gaan vaccineren, met bijvoorbeeld AstraZeneca. Dat geldt eigenlijk voor alle vaccinerende professionals. Als zij zelf gaan vaccineren, kunnen zij, waar mogelijk uit de spillage of anderszins zo efficiënt mogelijk, ook zichzelf vaccineren met het vaccin dat ze gebruiken om hun doelgroep te vaccineren.

Dan wil ik graag door naar de vaccinatie van bewoners van verpleeghuizen en instellingen. Er is daar gestart met de vaccinatie door instellingsartsen met BioNTech/Pfizer, met een prikinterval van vier weken. Dat is dus ruim binnen de zes weken. Daarvan is al een heel groot deel gevaccineerd. We zagen daar echter het volgende. Om het heel simpel te zeggen, zagen we daar bijvoorbeeld aan één koffietafel drie mannen zitten, waarvan de een onder de medische verantwoordelijkheid viel van een instellingsarts, de ander onder de medische verantwoordelijkheid viel van een huisarts maar wel een WOZ-indicatie had, en de derde in een aanleunwoning woonde en ook gewoon onder de huisarts viel maar geen WOZ-indicatie had. Die zaten dus aan diezelfde koffietafel. Het ongemakkelijke daarbij was dat er een faseverschil kon zijn in wanneer wie werd gevaccineerd. En dat wil je niet; dat is niet de bedoeling. De idee was dat men zou doorprikken, zoals we dat bedoelden. Als de instellingsarts dus met BioNTech/Pfizer vaccineert en er nog iemand anders aanwezig is die niet onder zijn medische verantwoordelijkheid valt, moet hij die zo veel mogelijk ook vaccineren. Dat gaat heel vaak goed, maar niet vaak genoeg, dus we zijn nu aan het kijken of we niet versneld, in samenwerking met de huisartsenposten, zo snel mogelijk die hele koffietafel kunnen vaccineren, zodat het tijdsverschil tussen de momenten van vaccinatie zo klein mogelijk is. Want het is gewoon heel onprettig als daar een groot tijdsverschil tussen zit. Vaccineren bij de GGD kan natuurlijk altijd maar dat is niet voor iedereen even makkelijk, dus we willen zo veel mogelijk voorkomen dat er veel tijdsverschil tussen zit.

Dat is eigenlijk ook het verhaal dat op deze slide staat. Ik noemde al even de haps, de huisartsenspoedposten. Die hebben overdag over het algemeen wat meer capaciteit en ruimte om dit op te pakken, dus meer dan de huisartsen, die natuurlijk ook gewoon een forse belasting hebben op de reguliere zorg. We hebben dus een hele goede samenwerking met de haps en met InEen, de koepel, om te kijken op welke manier zij zowel met Moderna kunnen gaan vaccineren als met Pfizer, want dat is wat er gevraagd is. Ik verwacht daar deze week wel definitieve besluitvorming over.

Dan wil ik even door naar de groepen die in voorbereiding zijn. Eerst de BES- en de CAS-eilanden. Afgelopen weken is er een bezoek gebracht aan alle eilanden om te kijken hoe het daar staat: wat is al geregeld en wat vraagt nog aandacht? Er is in korte tijd echt heel veel opgezet; dat is echt wel heel erg knap. We verwachten dus twee zendingen. Er komt een relatief kleine zending van Moderna naar Sint-Eustatius en Saba. Als de opkomst daar hoger is dan dit aantal vaccins toelaat, sturen we nog een zending na, maar dit leek de meest goede inschatting, waarmee we ook kunnen voorkomen dat er spillage ontstaat. Voor Bonaire, Curaçao, Aruba en Sint-Maarten wordt een eerste zending al heel snel verzonden. Dat is genoeg voor de helft van het totale aantal mensen die daar binnen de doelgroep vallen, maar dat heeft er gewoon mee te maken dat we niet genoeg vaccins hebben om die hele zending in één keer te doen. Wij spreiden dat dus over twee leveringen, zodat de vaccinatie daar snel kan starten. We verwachten ook dat ze daar klaar voor zijn. Een officiële go

voor elk eiland dat het er klaar voor is, moet nog gegeven worden, maar het ziet er nu in ieder geval gunstig uit en daar ben ik echt heel blij mee. Dan de huisarts. We zijn dus in afwachting van het Gezondheidsraadadvies voor welke doelgroep AstraZeneca ingezet kan worden. Dat is heel belangrijk. De Gezondheidsraad heeft duidelijk gezegd: vaccineer van oud naar jong, of van boven naar beneden zoals het ook weleens wordt gezegd. Alleen, als je dat alleen doet met mRNA-vaccins, dan duurt het langer voordat je bij de groep 60 bent aangekomen, dan wanneer je bijvoorbeeld ook voor de groep 60–65 AstraZeneca in kunt zetten. Dan kun je die groep namelijk naar voren trekken. Dus afhankelijk van dat advies en natuurlijk ook van het besluit van de Minister daarover zijn we ons wel aan het voorbereiden om de vaccinatie van deze doelgroep met AstraZeneca bij de huisartsen voor te bereiden. Maar nogmaals, dat is onder voorbehoud van eerst het Gezondheidsraadadvies en daarna het besluit van de Minister.

Voor de bewoners en zorgmedewerkers van de intramurale ggz geldt ook dat zij, als zij onder de 60 of misschien wel 65 zijn, gevaccineerd kunnen worden met AstraZeneca. Ook dat bereiden we voor. U kent misschien nog de flowchart, die ik nu even niet heb opgenomen in mijn presentatie. Op de flowchart van 12 januari waren al die balken afgebeeld. Daarop staan ze ook vermeld.

De registratie. Dat is natuurlijk altijd toch een relatief taai onderwerp, maar vooralsnog loopt dit goed. Een belangrijk aspect is de koppeling tussen systemen. Nu wordt soms het belang van een koppeling ietwat overschat, want een koppeling betekent eigenlijk dat je relatief automatisch vanuit het ene systeem data kunt overdragen naar een ander systeem. Is zo'n koppeling er niet, dan zijn er wel mogelijkheden om aan de ene kant een bestand te exporteren, het op een veilige manier te verzenden naar het andere systeem en het daar te importeren. Zo'n koppeling is dus belangrijk, maar niet onmisbaar. Maar het goede nieuws is dat ook aan die koppeling heel hard wordt gewerkt. Er zijn best veel bronsystemen. Omdat we met best veel vaccinerende partijen werken, zijn er ook best veel bronsystemen. Voor elk bronsysteem moet dan zo'n koppeling worden gemaakt. De manier waarop zo'n bronsysteem de data overdraagt naar het ontvangende systeem moet wel overal gelijk zijn, want anders krijg je een format binnen dat niet past bij de structuur die je hebt staan in het ontvangende systeem. Maar dit gaat heel goed. Bijna elke week is er een nieuw bronsysteem klaar voor deze koppeling. Hier wordt dus hard aan gewerkt. Heel belangrijk is ook dat onze gegevens bij de GGD nu zo zijn dat ongeveer 95% van de mensen toestemming geeft om hun gegevens ook door te leveren naar de centrale registratie van het RIVM. Dat is weer heel belangrijk om meer inzicht te krijgen in bijvoorbeeld datgene waar de heer Van Dissel het over had: in hoeverre voorkomt of vermindert een vaccin nou besmettelijkheid en wat is de duur van de bescherming? Dus dat is echt heel erg belangrijk. Wij zijn er heel blij mee dat zo veel mensen hier toestemming voor geven.

Voorraad. Ik noemde dat punt al even; het is ook veel in het nieuws geweest. Gezien de grafieken die de heer Van Dissel heeft laten zien en ook de grafieken waarin die lijn toch behoorlijk naar boven beweegt, heeft de Minister besloten om het voorraadbeheer strakker bij te stellen en dus «hoger aan de wind te varen», zoals dat wel wordt genoemd. Als zeiler spreekt die term mij wel aan. Dat betekent een paar dingen. Een eerste besluit dat is genomen, is het verlengen van het vaccinatie-interval van Pfizer. Dat betekent dat er tussen de eerste en de tweede vaccinatie meer tijd is om voldoende vaccin binnen te krijgen. Je hebt dus iets meer buffer. Als je voor twee weken boodschappen doet, heb je meer ruimte om de volgende boodschappen te doen, dan als je dat voor twee dagen doet, want dan heb je een kleinere marge. Je vergroot daarmee dus eigenlijk je marge. Dat betekent ook dat wij de hoeveelheid voorraad die wij in de vriezer houden naar beneden bijstellen. We versnellen nu flink op

de vaccinatie. Deze week staan er bijvoorbeeld voor de ouderen 120.000 slots open om gevaccineerd te worden. Daarom is ook mijn oproep: heb je de brief gekregen, bel dan, want dan gaan we die capaciteit maximaal benutten. Ik heb er straks ook een plaatje van. Waar we nu op koersen – daar zijn we vandaag nog niet, maar daar gaan we wel heen – is dat we ongeveer voor vijf dagen vaccinatie het vaccin in voorraad hebben. Dat betekent dus dat je een ietwat tegenvallende levering van een farmaceut enigszins kunt opvangen.

Stel dat er een tegenvallende levering is, dan zijn er eigenlijk drie knoppen waar je aan kunt draaien. De eerste is dat je mensen die nog een eerste vaccinatie moeten halen, afbelt en zegt: «Helaas hebben we een tegenvallende levering. Wij willen uw afspraak verzetten. U bent iets later aan de beurt.» Een tweede is – maar dat doe je liever niet – dat je mensen die een afspraak hebben staan voor de tweede vaccinatie opbelt en zegt: «U heeft dan een afspraak voor de tweede vaccinatie. We hebben nu niet voldoende voorraad. We willen die afspraak verplaatsen naar achteren.» Een derde – die kan eigenlijk altijd, ook gecombineerd met één of twee – is dat je het aantal afspraken dat je hebt staan voor de toekomst bij het callcenter naar beneden brengt. Wij kunnen de afspraakslots die we hebben staan, waar het callcenter dus afspraken op kan inboeken, meteen dichtzetten. Dan kan er niet meer op worden ingepland. We hebben dus knoppen waar we aan kunnen draaien, in de vertraging maar ook in de versnelling. De versnelling zou zijn dat je eerder brieven uitstuurt, dat je mensen oproept om eerder te gaan bellen, dat je meer afspraakslots opent en meer locaties opent, en misschien dat je het aantal vaccinaties dat je per uur in een straat kunt doen verhoogt. Er zijn dus knoppen om zowel te versnellen als te vertragen.

In het voorraadbeheer kiezen we nu dus voor aanpassingen, zodat we meer vaccin beschikbaar hebben om te vaccineren, waardoor we meer afspraakslots kunnen openzetten en waardoor we ook meer en eerder brieven versturen. Dit is dus wat we nu aan het doen zijn. Ook bij het bepalen hoeveel vaccin we nodig hebben, gaan we niet meer uit van 10% reserve, maar 5% reserve. Dat betekent ook dat er in je planning meer vaccin beschikbaar komt. Om te voorkomen dat we te optimistisch zijn wanneer een volgende groep aan de beurt is, hebben we de verwachte vaccinatiegraad aangepast van 75% naar 85%. Zeker bij de doelgroepen die we nu aan het vaccineren zijn, lijkt dat een beter inschatting. Daar zal ik straks ook een korte grafiek van laten zien.

Hier ziet u links in de blauwe kolommen de verwachte vaccinaties per week. De gele lijn – daar gaat het mij eigenlijk even over – is het aantal dagen dat we aan vaccins in voorraad hebben om de komende tijd mee vooruit te kunnen. Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen twee soorten voorraad. Je hebt de fysieke voorraad, zoals ik die noem. Er komt een vrachtwagen aanrijden, die rijdt door de slagboom bij Movianto en het vaccin wordt in de vriezer gezet. Dat noem ik de fysieke voorraad; die is fysiek aanwezig. Er is ook een andere voorraad: de beschikbare voorraad. Dat is de voorraad die ook daadwerkelijk naar een GGD gereden kan worden om daarmee te gaan vaccineren. Daar zit verschil in. Op het moment dat er een voorraad vaccins wordt binnengereden, moet die namelijk nog wel gecontroleerd worden. Het vervoer moet gecontroleerd worden. Is het vaccin bij de goede temperatuur vervoerd? Voldoet het aan alle eisen? Klopt datgene wat je hebt binnengekregen met de documenten die je hebt gekregen? Als alle documentatie helemaal klopt, kan het heel snel. Maar soms klopt de bijgeleverde informatie niet. Soms is die onvolledig of sluit die niet aan bij de geleverde vaccins. Dat is echt belangrijk, want je wilt echt een waterdicht systeem hebben waarbij je weet welk vaccin wanneer is geproduceerd en onder welke omstandigheden het is vervoerd tot het moment van vaccinatie. Dus dat vrijgeven van het vaccin, dus van fysieke voorraad naar beschikbare voorraad, kan ook drie of vier dagen duren als de bijgeleverde informatie niet goed is.



Dan moet je daar achteraan. Er moeten foto's gemaakt worden van wat je binnen hebt gekregen. Er moet ook gecontroleerd worden of datgene wat op het flesje of op de doos staat, klopt met wat er in de documenten staat. Er is dus een verschil tussen beschikbare voorraad en fysieke voorraad. Wat ik hier toon, is het aantal dagen dat we in voorraad hebben qua beschikbare voorraad. De grafiek rechts toont het cumulatieve verloop van de vaccinatie. De lijn die daarboven loopt, is de voorraad. Jullie zien dus enige marge tussen de voorraad die er is en het aantal vaccinaties dat gezet wordt. Nog even één stap terug naar links: die gele lijn is dus van de beschikbare voorraad. Stel dat ik de lijn van de fysieke voorraad zou weergeven, dan zou die iets hoger liggen. Als de beschikbare voorraad op enig moment vijf dagen is, dan kun je daar vijf dagen mee vooruit. Dan zou die van de fysieke voorraad ongeveer acht dagen zijn, omdat dat proces van vrijgeven soms drie dagen duurt. De vaccinatiebereidheid. Ik noemde dat punt net al even. Niet onverwacht, denk ik, is de vaccinatiebereidheid bij de oudere groepen hoger dan bij jongere groepen. Ook bij zorgmedewerkers zien wij een zeer hoge vaccinatiebereidheid. Dat maakt dat wij nu uitgaan van een vaccinatiebereidheid van 85%. Dat is belangrijk, want dat geeft ons een beeld van wanneer we toe zijn aan de volgende groep. Als de vaccinatiebereidheid heel laag is, heb je namelijk minder vaccin nodig in een bepaalde doelgroep, dan als de vaccinatiebereidheid in die groep heel hoog is. Nog even een laatste punt. Ik heb het al eerder gezegd, maar we werken met heel veel partijen samen, die we allemaal inzetten op hun expertise. We hebben een klassieke programmastructuur, waarin ik leiding geef aan een aantal programmamanagers, samen met mijn adjunct-directeur. Al deze partijen worden aangestuurd vanuit de programmalijn. Ze hebben allemaal een functie op de onderwerpen die u hier ziet. De lijst is overigens helemaal niet compleet, maar ik moest een te klein lettertype gebruiken als ik hem volledig wilde maken. Ook dit ontwikkelt zich bijna elke week. Maar de thema's logistiek, beveiliging, uitvoering, registratie en ondersteuning – hier zit ook heel veel zeer specialistische ondersteuning met echt zeer specialistische kennis – worden allemaal aangeschakeld. Dat rapporteert aan het programma en aan de programmalijn, dus uiteindelijk aan mij. Dus vanuit het programma geef ik als directeur leiding aan de samenwerking met al deze partijen. Die verloopt zeer, zeer goed. Bijna wekelijks maak ik kort kennis met meer dan tien mensen. Dat gaat zeer goed. Die worden aangestuurd door een aantal programmamanagers, die binnen het managementteam van het programma vallen. Als ik mij niet vergis, was dit mijn laatste slide.

**De voorzitter:**

Ook in de richting van de heer Van Delden hartelijk dank. Ik kijk naar de klok en zou willen voorstellen om één korte vraag te stellen, zodat iedereen nog in de gelegenheid is om een vraag te stellen voordat het plenaire debat aanvangt. Ik begin bij mevrouw Agema namens de PVV. Gaat uw gang.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Dank u wel, voorzitter. Gister heeft het RIVM in de krant, onder andere in het Algemeen Dagblad, een zeer angstaanjagende tabel laten publiceren die echt gaat over het scenario dat we half maart te maken zouden hebben met een code zwart. Er zouden dan 2.000 mensen op de ic kunnen liggen, wat boven op het normale aantal mensen is, zoals mensen met openhartoperaties en mensen die ongelukken krijgen. Dit zou betekenen dat er voor zo'n 700 mensen helemaal geen plek zou zijn. Dit was een scenario voor de situatie over vijf weken. Ik vraag me in eerste instantie af waarom die tabel gisteren in de krant stond, terwijl deze nu niet in de presentatie zit, maar ik vraag me vooral af hoe hard dit soort tabellen nu eigenlijk zijn. Als de heer Van Dissel zegt dat twee derde van de besmet-

tingen nu de Britse variant is, kan hij dan uitleggen of dat modelmatig is of dat dit echt hard is omdat dit blijkt uit de kiemsurveillance? Is de R daadwerkelijk 1,28 of zijn dat modellen? Bijvoorbeeld in het onderzoek in Lansingerland, dat wij nog niet hebben gehad, bleek dat er geen sprake was van grootschalige verspreiding. Mijn vraag is dus de volgende. In zo'n tabel als die van gisteren in het AD wordt gesteld dat er half maart 2.000 coronapatiënten op de ic liggen en er een keiharde code zwart is als we bijvoorbeeld alleen maar de winkels zouden openen. Hoe hard zijn dat soort angstaanjagende modellen? Zou de heer Van Dissel van een aantal belangrijke variabelen kunnen uitleggen hoe hard die zijn?

De heer **Van Dissel**:

Ik ken die tabel van het AD niet, dus ik kan u daar weinig over zeggen. Ik ben niet de drukker van het AD, hè.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Hier staat echt gewoon «RIVM» boven, hè?

De heer **Van Dissel**:

Ik ben niet verantwoordelijk voor wat het AD brengt. De aantallen heb ik u ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nou, maar serieus ...

De heer **Van Dissel**:

De aantallen heb ik u laten zien. Die ziet u in de roze gekleurde weergaves. Het kan best dat dit een uitvergroting daarvan is, maar ik toon wat het RIVM naar buiten brengt. Maar het gaat er in wezen om wat we zeker weten en wat niet. Dat wilt u weten. Dat is een uiterst terechte vraag. We weten dat die twee derde bijvoorbeeld speelt. Dat wordt bepaald in de kiemsurveillance. Dat is gewoon een hard getal. Dat is een hard getal dat leidt tot een percentage, wil ik daar even bij zeggen. Dat begrijpt u ook. Het is twee derde uit die kiemsurveillance.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter, ik wil heel even iets ophelderen. In dit stuk staat dat deze tabel komt uit de Catshuispresentatie die u afgelopen zondag heeft gehouden. Het is echt uw eigen tabel, die u zelf heeft besproken afgelopen zondag in het Catshuis, maar die nu niet vandaag hier gepresenteerd wordt. Ik verzin dit niet! Hier staat: Jaap van Dissel ...

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, uw punt is duidelijk. Ik zou willen vragen aan de heer Van Dissel om antwoord te geven op uw vraag. Misschien is het goed om dit ook eventjes buiten deze technische briefing nog even op te helderen.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat er weinig op te helderen valt. De Catshuispresentaties zijn allemaal openbaar, dus die krijgt u ook. Daar is verder geen discussie over. Alles wat ik in het Catshuis heb laten zien, heeft u vandaag ook gezien. Laat me nou even uitspreken; ik heb die presentatie zelf gemaakt, dus ik weet echt wel wat erin staat. In het Catshuis heb ik bepaalde grafieken uit de hele matrix van grafieken uitvergroot. Dat zijn precies dezelfde grafieken als de grafieken die ik net heb laten zien. U vraagt wat wij zeker weten. Nou, wat wij zeker weten is het aantal isolaten dat wij bepalen. Daar heb ik u de toename van laten zien. Die isolaten bepalen we door enkele honderden monsters uit Nederland te halen en die helemaal te sequencen. Dat geeft dus een percentage weer. Maar u moet zich realiseren dat, als je van twee dingen een percentage ziet oplopen, dit een

aantal dingen kan betekenen. Het kan onder andere betekenen dat de ene echt toeneemt, maar dat die toename als percentage gepresenteerd, wordt beïnvloed door de snelheid waarmee de ander afneemt. Nou, dat betekent dat je daarop moet berekenen. De berekening die we maken, maken we op basis van reële getallen. De toename van het reproductiegetal komt dus voort uit de best mogelijke berekening die men nu kan maken ter voorspelling van het reproductiegetal van de Britse variant. U doet alsof daar veel onzekerheid over is. Er is altijd over een hele boel dingen onzekerheid, maar hier, denk ik, is die er niet of nauwelijks. Nederland en het RIVM staan niet alleen. Wij hebben wekelijks overleg met onze partners in Europa. Ik laat u aan het eind niet voor niks ook het Deense stuk zien. De analyses die daarbij zijn verricht, zijn precies dezelfde als de analyses die wij doen, maar Denemarken heeft het voordeel dat men daar momenteel vele malen meer monsters kan sequencen, doordat dit daar om andere redenen al eerder speelde. Hun getallen zijn dus als het ware nog nauwkeuriger dan de onze. Zij voorspellen zelfs nog een grotere R-waarde dan blijkt uit degene die ik u presenteer. Het is dus niet zo dat wij dat geïsoleerd berekenen. Dat is gewoon een getal dat uit Engeland, uit Ierland, uit Denemarken, uit Duitsland en noem maar op komt en dat ik u hier laat zien. De doorrekening – dat heb ik u ook duidelijk aangegeven – betreft scenario's. Scenario's zijn niet reallife, maar zouden zich kunnen voordoen. Dat zijn doorrekeningen met, natuurlijk, een heleboel aannames: gaan de vaccinaties lukken, hebben de vaccinaties altijd effect, komt iedereen voor de vaccinatie, en ga zo maar door. En dat levert deze getallen op. De grafiek die u toont, is niks anders dan een uitvergroting – die moet u dan zo maar in detail bekijken – van één van de twaalf op de kaart die ik u heb laten zien.

**De voorzitter:**

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

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

Dank u wel, voorzitter. Dank voor de beide presentaties. Ik heb een vraag aan meneer Van Delden. Op sheet 9 staat dat nu 5,95 vaccins uit één flacon gehaald kunnen worden. Aanvankelijk waren er dat vijf. We zijn allemaal blij dat het er meer zijn. Vanmorgen hoorde ik dat met name de ziekenhuizen, die natuurlijk veel ervaring hebben, er zelfs een zevende uit kunnen persen. Kunt u daarover wat meer aangeven? U zei dat u ook met apothekersassistenten die training elders kunt doen, zodat er overall meer uit die flacons gehaald kunnen worden.

**De heer Van Delden:**

Jazeker, dat klopt. Het is de ziekenhuizen gelukt om er meer uit een flacon te halen. Daarvoor zijn eigenlijk twee dingen nodig. Een, een speciale spuit. En liefst ook een speciale naald, maar in ieder geval een speciale spuit. Die wordt een lowvolumespuit genoemd. In deze spuit blijft na het spuiten heel weinig van het vaccin achter. De ziekenhuizen hadden die. Die spuiten worden bijvoorbeeld ook gebruikt bij intraoculaire toepassingen. Dat zijn heel speciale spuiten. Nederland heeft die niet op voorhand ingekocht. Daar zijn er ook weinig van beschikbaar. Ik heb contact gehad met Ernst Kuipers en hem gevraagd of zij nog van die spuiten hebben, maar het antwoord was «nauwelijks meer». Wij zijn er ook mee bezig om die internationaal aan te schaffen. Daar zijn we mee bezig, maar dan moeten ze nog wel goed genoeg zijn. Daarnaast is er een training met apothekers, het RIVM en de GGD om te kijken hoe we zo goed mogelijk zo veel mogelijk van het vaccin dat in de flacon zit, kunnen benutten. Dat gebeurde onder andere afgelopen dinsdag. Aan de ene kant gaat het dan om de spuit en de naald die je gebruikt, maar aan de andere

kant gaat het erom of je het restje uit het ene flesje mag aanvullen met het begin van het volgende flesje. Je mag nooit van meer dan twee flesjes gebruiken. Maar de ene aanvullen met de andere mag onder strikte voorwaarden. Ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kijkt daarbij mee. Dus we zijn hard aan het werk. Het vraagt ook echt training van mensen. We zijn aan het kijken hoe we op een goede manier zo veel mogelijk van het beschikbare vaccin kunnen gebruiken en we benaderen ook de GGD hiervoor, voor zover het kan zonder de speciale naalden en spuiten.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Hijink, SP.

**De heer Hijink (SP):**

Dank, voorzitter. Als we bijvoorbeeld naar de getallen van gisteren kijken, dan zien we 4.000 nieuwe besmettingen. Als ik ervan uitga dat het bij twee derde daarvan om de Britse variant gaat, zit je dus zo'n beetje op 2.700. Als het zich iedere week verdubbelt, gaat dat angstaanjagend hard omhoog. Ik wil de heer Van Dissel vragen of die berekening zo klopt. Klopt het dat het verschil tussen het openen van de scholen of juist het dichthouden daarvan is dat het openen van de scholen volgende week al een piek van 300 tot 400 extra ic-opnames tot gevolg heeft en een piek van circa 1.000 extra ziekenhuisopnames in de loop van april? Is dat de prijs die we daarvoor betalen? Ik wil de heer Van Dissel vragen of die berekening zo'n beetje klopt. Heeft het OMT ook om die reden overwogen om het openen van de scholen uit te stellen tot na de vakantie? Dan zouden die begin maart opengaan. Dan heb je wellicht meer tijd om te vaccineren en die effecten te dempen. Is dat een optie geweest?

**De heer Van Dissel:**

Ik begrijp hoe u het doet, maar uw berekening is helaas niet helemaal correct. Maar dat heeft een heel andere reden. Wij zeggen dat het nu het geval is bij ongeveer twee derde van de eerste ziektedagen van de nieuwe gevallen. Maar dat is wat anders dan besmetting en ook wat anders dan naar de GGD gaan. Er zitten natuurlijk weer allemaal perioden tussen. Vandaar dat dat niet helemaal klopt, maar in principe heeft u natuurlijk gelijk. Want wat u in wezen zegt – en dat heb ik hopelijk ook laten zien – is dat er een uitbraak gaande is die eigenlijk uit twee componenten is samengesteld. Een component gaat duidelijk omlaag en die zal ook verder omlaaggaan. De ander gaat omhoog. Op een gegeven moment kruisen die elkaar en dan verwacht je inderdaad – dat suggereerde u – dat je het ziet stijgen. Dat is natuurlijk ook wat we uiteindelijk verwachten. Het punt is nu – opnieuw verwijs ik maar naar die roze grafieken; daar kunt u het namelijk duidelijk aan zien – dat het niet zo veel oplevert om nu te zeggen: we doen helemaal niks, we kijken bijvoorbeeld twee weken aan wat er gebeurt en dan nemen we pas een besluit. U ziet namelijk dat die grafieken de komende periode eigenlijk heel erg over elkaar liggen. Dat is ook wat dat Deense rapport heel mooi schetst. Want zij geven aan wat er gebeurt als je die extra periode pakt en de opening van de scholen twee tot drie weken opschuift, wat u eigenlijk suggereert. Misschien moet u het rapport lezen. Google Translate maakt dat tegenwoordig heel erg makkelijk. Dan zie je dat de toename die je normaal krijgt, eigenlijk maar een verkorting van ongeveer een week kent en opnieuw op dezelfde manier oploopt. Dus uw gedachte is op zich helemaal juist, maar het uiteindelijke effect is helaas beperkt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Veldman, VVD. Gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

Voorzitter. Hier nog even op doorgaand: na de persconferentie van dinsdag heb ik weer veel mailtjes gekregen van mensen die zich afvragen hoe het nou werkt. Ze zien dat het aantal besmettingen omlaaggaat, wat de doelstelling was, en ze zien dat de ziekenhuisbezetting ook voorzichtig daalt. En toch moeten de maatregelen van kracht blijven. Veel mensen begrijpen dat niet helemaal, wellicht omdat er toch nog best wel goed naar die technische briefings gekeken wordt. Kan de heer Van Dissel nog eens uitleggen hoe dat nou precies werkt? Hoe kan het dat die R-waarde in zijn totaliteit nu onder die 1 ligt, maar het dan toch verstandig is om de maatregelen nog door te zetten?

De heer **Van Dissel**:

Ik kan me dat helemaal voorstellen, want het is natuurlijk ook wel complex. De belangrijkste reden dat we dat zien gebeuren en dat we het in de ziekenhuizen – wel wat minder, maar ook wat – zien afnemen, is natuurlijk dat alles asynchroon gebeurt. We hebben een periode waarin iemand wordt besmet. Een week later wordt hij ziek. Dan komt hij naar de GGD. Daar zit ook weer een bepaalde periode tussen. Dan wordt hij misschien ziek en wordt hij opgenomen in het ziekenhuis. Ook daar zit weer een fase tussen. En vervolgens liggen mensen in het ziekenhuis en gaat een bepaald percentage door naar de ic. Met andere woorden: waar wij hier als het ware een fotografische opname maken van de situatie op dit moment, gaat het in wezen om allemaal roltrappen met verschillende snelheden die niet alles op hetzelfde moment vertegenwoordigen. Wij zien dat bij de eerste ziektegevallen van de nieuwe besmettingen nu twee derde door de Britse variant wordt veroorzaakt. Dat vertaalt zich natuurlijk pas later naar het ziek worden en het vervolgens naar het ziekenhuis en naar de ic gaan. Omdat de klassieke variant nog de meeste gevallen heeft, zoals ik heb laten zien, en afneemt terwijl de andere variant toeneemt, kan je natuurlijk cumulatief gezien momenteel nog steeds een afname hebben. Maar als die Britse variant blijft toenemen – we weten natuurlijk nog niet hoe die al of niet geremd wordt door de aangescherpte maatregelen; je hoopt natuurlijk dat die daarmee ook onder de 1 komt – verwacht je dus eigenlijk dat daar een keerpunt komt. Dat is in wezen wat ik in die grafieken probeer duidelijk te maken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Haga, Forum voor Democratie.

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

Dank u wel. Ik heb nog een vraag over de Britse variant en diens R-waarde, besmettelijkheid en virulentie. In de Oxfordpublicatie van Walker van 13 januari wordt beschreven dat de Britse variant in het gebied rond Londen tot december 2020 toeneemt van 15% naar 81%. Hoe verklaart u dan dat de Londense ziekenhuisdirecteur Marcel Levi op 11 januari 2021 tegenover De Telegraaf verklaart dat er veel meer mensen met de oude variant in de ziekenhuizen zijn opgenomen en daar ook de grootste toename in zat? Is de enige conclusie die dan mogelijk is dat de Britse variant minder virulent moet zijn en dat wij die angstscenario's eigenlijk overboord kunnen gooien?

De heer **Van Dissel**:

Een paar opmerkingen. Ik kan niet in de geest van Marcel Levi kijken, dus voor een verklaring voor zijn opmerkingen zult u echt bij hem moeten zijn. Uit Engeland en van Public Health England – dat zijn onze counterparts, die natuurlijk ook alles weten van de NHS en het ziekenhuiswezen daar; hetzelfde geldt voor Ierland en Portugal – horen wij dat die aantallen gewoon toenemen. De totale druk neemt toe door het opkomen van de Britse variant. Ik denk, kijkende naar de ziekenhuizen: als die al niet

daarmee gevuld werden, worden die zeker in de fase daarna gevuld met dezelfde vertraging als ik net heb uitgelegd, die daar natuurlijk noodzakelijkerwijs tussen zit.

De vraag met betrekking tot virulentie is natuurlijk een hele belangrijke. U meent te kunnen concluderen dat het misschien minder is. Ik denk dat je daar minder optimistisch over kan zijn. Wat in Engeland is gedaan, is in de setting van een soort casecontrolonderzoek. Dat wil zeggen: men zoekt een hele groep met de Britse variant en een controlegroep uit, en gaat dan vergelijken of de klachten bijvoorbeeld anders zijn, of er meer mensen naar het ziekenhuis gaan en dergelijke. Dat onderzoek toonde aan dat daar vooralsnog geen verschillen in waren. Als wij naar onze eigen resultaten in Lansingerland kijken – het rapport is overigens gisteren door de GGD besproken en beschikbaar gesteld – dan zien wij dat kinderen met de Britse variant milde klachten vertonen, zeker ten opzichte van ouderen. Maar als je de klachten individueel bekijkt, dan is, althans uit het Lansingerlandonderzoek, de indruk dat die wel wat heftiger zijn dan de klachten door de klassieke variant. Maar dat zijn beperkte getallen, wil ik benadrukken. Daaruit komt een beeld dat erop wijst dat kinderen misschien net ietsje meer klachten van de Britse variant krijgen dan van de klassieke variant. Voor de duidelijkheid: nog steeds mild, nog steeds geen aanleiding tot ziekenhuisopnames. In Engeland vindt men überhaupt geen verschil.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Kerstens, Partij van de Arbeid.

**De heer Kerstens (PvdA):**

Dank u wel, voorzitter. De heer Van Dissel heeft ons laten zien dat het meest waarschijnlijke scenario na het openen van het primair onderwijs en de kinderopvang ertoe leidt dat het aantal covidpatiënten op ic-bedden fors gaat toenemen tot zo'n 950 à 1.450. Dat is de bandbreedte. Als ik dan kijk naar de «bewijsvoering» die eraan ten grondslag ligt dat het verantwoord zou zijn om die sectoren te openen, dan is een belangrijk element daarvan dat het aantal besmettingen van docenten en begeleiders in de kinderopvang lager zou liggen dan de besmettingen bij beroepsgroepen waarmee men vergeleken wordt. Als ik dan kijk welke beroepsgroepen dat zijn, namelijk de zorg en het openbaar vervoer, dan denk ik: ja, logisch dat de besmettingen bij docenten lager liggen, want de zorg en het openbaar vervoer zijn niet op slot.

**De voorzitter:**

En uw vraag?

**De heer Kerstens (PvdA):**

Als ik nu kijk naar de vergelijking met horecapersoneel, denk ik: wel op slot, maar precies in de leeftijdscategorie die erg vatbaar is voor het virus. Hoe hard is nu de wetenschappelijke onderbouwing van dat besluit, dat sowieso gaat leiden tot een fors aantal meer covidpatiënten op ic-bedden?

**De heer Van Dissel:**

U noemde een paar elementen in uw vraag. Ik zal ze kort doorlopen. Allereerst zien wij in de scenarioberekeningen een toename. Dat is duidelijk. Ik heb u hopelijk ook gezegd hoe onzeker dat is. Een scenario hoeft niet te betekenen dat we precies die lijn gaan volgen. We verwachten dus een toename van de druk op de ic. Hoe groot die exact wordt, kunnen wij natuurlijk ook niet voorspellen. Daarbij speelt ook de factor of dat nu wel of geen effect heeft op transmissie. Dat is misschien gunstiger dan zeggen dat het helemaal geen effect heeft. Dat brengt het dan ook weer iets terug.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Ik haakte overigens aan bij uw woorden dat dit de meest waarschijnlijke scenario's zouden zijn uit alle scenario's die op de sheet stonden.

De **voorzitter**:

De heer Van Dissel heeft het woord.

De heer **Van Dissel**:

Ja, tussen die twee in, heb ik gezegd. Ten slotte is het belangrijk dat we ook hebben gekeken naar de vraag hoe we het primair onderwijs nog veiliger kunnen maken dan het was. Ik denk dat dat belangrijk is, want voor de duidelijkheid, we kunnen die doorrekeningen alleen maar doen met wat we al wisten met betrekking tot het primair onderwijs uit het verleden. De doorrekeningen die u hier ziet, hebben niet het toegevoegde effect waarvan we denken dat dat de besmettingen in het primair onderwijs weer terugbrengt. Dat is dus belangrijk. Vandaar dat er ook zo veel aandacht is gegeven aan dat generieke kader.

Dan met betrekking tot de leraren. Het enige wat ik heb willen laten zien, is niet zozeer dat ze lager zitten, maar dat die groep er niet uit springt in vergelijking met andere groepen. Dat is altijd een relatieve maat. Voor de duidelijkheid: we zeggen dus niet dat daar geen besmettingen optreden, maar in alle cijfers die we tot nu toe hebben, is het niet een groep die daarboven uitstijgt. Het is geen groep die uitstijgt boven wat we daarvan als beeld kennen. Dat is misschien ook belangrijk in de discussie.

De **voorzitter**:

Dan ga ik naar mevrouw Diertens van D66.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Dank u wel voor de presentaties. Modelleren is altijd interessant om te kijken hoe het in de toekomst kan gaan lopen, vooral als het gaat om de ziekenhuisopnames. Minister De Jonge zegt: op de drempel van de lente hebben we de meest kwetsbare mensen gevaccineerd. Als we nu gericht vaccineren om ic-opnames te voorkomen, kunnen we dat dan ook terugzien in de modellen? De doelgroep waar ik dan op doel, zijn mannen van een bepaalde leeftijd en een bepaalde omvang, zoals ook gesuggereerd wordt. Ik vind dat een interessant punt. Dat zien we nu niet terug in de modellen. Kunt u daar iets over zeggen?

De heer **Van Dissel**:

Is dat een vraag voor mij?

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ja, dat is een vraag voor de heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

U vraagt naar een verdere verandering en aanpassing van de modellen. Natuurlijk proberen we dat te doen, maar op een gegeven moment moeten we ook zeggen «dit is de situatie die we nu gaan doorrekenen», want het is niet iets wat je intikt, zo van «toektoek», en dan kijk je naar je scherm en dan is het er. Dit is echt veel werk waar een hele groep een week mee bezig is. Daarom heb ik ook duidelijk gezegd dat het scenario's zijn. Denk nu niet dat we precies die lijn volgen. Het zijn scenario's waarin je de grootte van orde moet afleiden. Die scenario's hebben we natuurlijk zo gekozen dat ze ik wil niet zeggen «extreem zijn», maar dat ze in ieder geval wel het plus-mineffect van maatregelen aangeven. Als er voor een totaal andere vaccinatiestrategie gekozen was, had je misschien een andere modellering gekregen. Maar ik denk toch dat het belangrijk is dat de Gezondheidsraad daar dan eerst een oordeel over geeft, want het is feitelijk niet mogelijk om elk model door te rekenen. We rekenen graag

met realistische modellen. We gaan daarbij uit van wat er op dat moment bekend is. Dus ook: wat is er bekend over de leveringen en wat zegt de Gezondheidsraad over de groepen? Dat schema zit in het model dat ik u toon. Als daar veranderingen in komen, passen we dat natuurlijk aan.

**De voorzitter:**

Dan de heer Van der Staaij van de SGP.

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

Ik heb ook een vraag aan de heer Van Dissel. Door die nieuwe variant zijn de plaatjes van vandaag begrijpelijkerwijs heel anders dan de plaatjes van pakweg vier maanden geleden. Moeten we er, gelet op de geschiedenis van virussen, naar de toekomst toe geen rekening mee houden dat er wel meer varianten kunnen opduiken waarvoor de bestaande aanpak onvoldoende zal blijken te zijn? Moet je dan ook niet nadenken over scenario's waarin je meer op een andere manier gaat leven of waarin je je op een andere manier tot het virus gaat verhouden? Ik vraag dat omdat je contactbeperkende maatregelen toch niet eindeloos kan blijven volhouden.

**De heer Van Dissel:**

Ik zit te denken welk aspect van uw vraag ik kan beantwoorden. U heeft zonder meer gelijk dat we natuurlijk rekening moeten houden met het ontstaan van volgende varianten. Daar kun je natuurlijk hele noodscenario's bij bedenken. Een heel slecht scenario zou natuurlijk zijn als we een variant krijgen die bijvoorbeeld, in de woorden van de heer Van Haga, «nog virulenter» is, dus nog meer mensen ernstig ziek maakt, en zich bijvoorbeeld minder laat redigeren door vaccinatie. Dat zijn natuurlijk scenario's waar je in principe mee zou kunnen rekenen. Aan de andere kant denk ik: we hebben het nu al druk genoeg met wat we nu zelf zien. En tegelijkertijd is er natuurlijk veel meer aandacht gekomen voor al die varianten; daar heeft u wel gelijk in. Ik wil bijvoorbeeld ook nog in herinnering roepen dat een belangrijke reden om ook in Nederland over te gaan tot toch ingrijpende maatregelen met betrekking tot de nertsen, was dat we daar bepaalde varianten zagen ontstaan. En we maakten ons er zorgen over dat dat soort varianten zou kunnen overgaan op de bevolking. U hebt dus gelijk: eigenlijk waren dat al maatregelen die er juist op gericht waren om het ontstaan van die varianten in grote populaties dieren zo goed mogelijk tegen te gaan, populaties waarvan je weet dat zoiets dan kan optreden.

Het punt is natuurlijk dat we voor die varianten wel heel erg afhankelijk zijn gebleken van wat er in het buitenland gebeurt. Nederland is over het algemeen een hub van Europa en een open land. Dat maakt ons natuurlijk ook wel kwetsbaar voor introducties. Er is momenteel natuurlijk veel aandacht voor dat men varianten meer oppikt. De kiemsurveillance daarvoor is in eigenlijk alle landen belangrijk opgeplust. Hopelijk komen we er dus eerder van op de hoogte als dergelijke varianten ontstaan, en kunnen we dan ook eerder proactief maatregelen nemen ter afscherming. Want kijk even naar de Britse variant. Die speelde natuurlijk al vanaf november in Engeland een rol. Het moment dat wij er van hoorden en daar getallen van zagen, was eigenlijk het moment van de toespraak van premier Johnson, zo ongeveer tegen de kerst, op kerstavond. Er is overigens een goede uitwisseling, wil ik benadrukken. Maar men zal er meer op gespist zijn. We willen kijken of we dat niet eerder kunnen oppakken en daarop kunnen acteren.

**De voorzitter:**

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



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

Dank u wel, voorzitter. Ik probeer even de bedbezettingen in de ziekenhuizen en het aantal ziektegevallen te combineren met de vaccinatiestrategie. Ik zie overigens in de vaccinatiestrategie nog geen aanpassing aan andere leveringsschema's. Is dat juist? En betekent dat dan dat er ergens tussen het «wel transmissie voorkomen» en «geen transmissie voorkomen» we altijd nog een stuk boven de 1.000 bezette ic-bedden komen? En als de leveringsschema's tegenvallen, betekent dat dat juist de kwetsbare mensen ... Ik geloof dat De Jonge denkt dat de lente op 21 juni begint, en niet op 21 maart, want op 21 maart hebben wij nog niet alle kwetsbare mensen gevaccineerd, als ik kijk naar het schema.

De heer **Van Delden**:

De leveringsschema's houden helaas altijd een zekere mate van onvoorspelbaarheid. Maar de strategie die de Gezondheidsraad heeft aanbevolen en die wij nu uitvoeren, komt neer op: vaccineren van oud naar jong. Als je kijkt naar de sterfte zie je ook die oploop met de leeftijd. Met het beschikbaar komen van vaccins versnellen wij zo veel mogelijk de vaccinatie van deze groep. De vaccinatie van thuiswonende ouderen versnellen wij nu bijvoorbeeld voor zover wij daar vaccins voor beschikbaar hebben.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Wassenberg van de Partij voor de Dieren.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Dank, voorzitter. Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel. We hadden het net over het mogelijk ontstaan van nieuwe varianten. Maar we hebben natuurlijk al verschillende varianten. Het is raar dat we bij een virus dat we nu sinds een jaar kennen, al spreken van de «klassieke» variant. De focus ligt op die klassieke variant en op de Britse variant, maar we hebben natuurlijk ook de Braziliaanse variant en de Zuid-Afrikaanse variant. In hoeverre zijn die in beeld als het gaat om de reproductiefactor en als het gaat om de ontvankelijkheid voor de vaccinatie? Weten we hoe die verspreiding is? En zouden we bijvoorbeeld al maatregelen moeten nemen, bijvoorbeeld een vliegverbod op Portugal? In dat land waart die Braziliaanse variant echt rond.

De heer **Van Dissel**:

Wat u zegt klopt deels. Ik heb het niet apart aangewezen op de slide, maar waar u de Britse variant ziet, ziet u rechtsboven ook de andere varianten staan. Voor de duidelijkheid, die zijn allemaal al in Nederland aanwezig. Ze zijn dus allemaal opgepikt in de kiemsurveillance. De tweede manier om hiernaar te zoeken is gericht zoeken in bijvoorbeeld een cluster. Er is een cluster in Brabant geweest waarvan bekend is dat het indexgeval terugkwam uit Brazilië. Dat is een willekeurig voorbeeld, maar u kunt zich voorstellen dat je dan meteen gericht begint te zoeken naar zo'n Braziliaanse variant. Dan vind je 'm ook, maar dat heeft een ander gewicht in de berekeningen, dan wanneer je 'm uit de kiemsurveillance haalt. Die is namelijk keurig netjes en daardoor ook representatief. We vinden ze dus beide.

De maatregelen die we nemen om de introductie te voorkomen. Zoals u weet – we hebben dat twee OMT-brieven terug al beschreven – moeten die maatregelen eruit bestaan dat mensen gecheckt worden voor vertrek en bij binnenkomst, in quarantaine gaan en op dag vijf nog een keer gecheckt worden. Als dat gebeurt, zijn wij er voldoende van overtuigd dat ze een dergelijke variant niet bij zich dragen. Je hebt natuurlijk ook personen die aanvankelijk negatief zijn en later klachten krijgen. Daar hebben we voorbeelden van gezien. Die mensen melden zich en laten zich testen. Dat is natuurlijk ook het goede systeem, want je kan natuurlijk

nooit alle mogelijkheden van introductie tegengaan. We weten bijvoorbeeld ook niet wie er over de weg hierheen komen. Er zijn acties genomen op de bekende routes en zeker op de snelle routes via luchtverkeer. Ik wil nogmaals benadrukken dat natuurlijk het allerbelangrijkste is en blijft dat iemand zich zonder meer laat testen als hij in z'n achterhoofd heeft dat ie uit Portugal of een ander land komt en klachten krijgt. Totdat de uitslag daarvan bekend is, zal hij zichzelf moeten isoleren om te voorkomen dat er verspreiding optreedt. Dat is toch de primaire bronmaatregel en die moeten we niet vergeten, omdat die eigenlijk het allerbelangrijkst is. Wees eerlijk naar je klachten toe en als je klachten hebt, laat je dan testen, blijf in isolatie zolang je geen uitslag hebt en als je een positieve uitslag krijgt, blijf dan in isolatie. Neem dan geen deel aan het maatschappelijk leven met de kans dat je het verder verspreidt. Dat is in wezen een simpele regel en we zouden willen dat iedereen die echt opvolgt, want dat zou gewoon een boel verspreidingen tegengaan.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Kuzu, DENK.

**De heer Kuzu (DENK):**

Voorzitter. Ik luister naar de heer Van Dissel en ik hoor vandaag weer een vrij somber en pessimistisch verhaal. Heel veel mensen in het land proberen ook te begrijpen wat de logica is achter de maatregelen die we nemen. We weten dat clustervorming een belangrijke indicator is. Hygiënische maatregelen zijn een belangrijke indicator. Om even in te zoomen op één specifieke sector: de sportscholen zijn scholen die heel veel hebben geïnvesteerd in het tegengaan van die clustervorming. Ze hebben heel veel geïnvesteerd in systemen waardoor een beperkt aantal mensen toegang hebben. Je zou dan kunnen veronderstellen dat sporten op een sportschool, waar de maatregelen worden nageleefd, veiliger is dan op een centraal station instappen op de tram of boodschappen doen bij een supermarkt.

**De voorzitter:**

Uw vraag?

**De heer Kuzu (DENK):**

Kan de heer Van Dissel nog eens uitleggen wat de logica is achter de maatregelen die worden genomen en daarbij specifiek inzoomen op het voorbeeld van de sportscholen?

**De heer Van Dissel:**

U zoomt in op een heel specifiek voorbeeld en ik wil toch even terug naar waar het uiteindelijk om gaat. Het gaat om het aantal contacten dat iemand heeft, de duur van het contact en de intensiteit van het contact. Dat zijn de drie grootheden die het bepalen. En iedereen heeft contacten, want we gaan allemaal naar de supermarkt. We zitten hier ook samen en je kan die contacten dus nooit helemaal naar nul brengen. Dat betekent dat voor de maatregelen altijd geldt dat het contact er altijd is wanneer je naar de sportschool gaat, zelfs al breng je de intensiteit of de duur terug. Uiteraard neemt de kans op overdracht dan af, maar die gaat dus niet naar nul.

Als je verschillende dingen met elkaar gaat vergelijken, kom je dus al snel in heel moeilijke scenario's terecht. U noemt het voorbeeld van een sportschool die zich goed voorbereidt. Ik ben ervan overtuigd dat men dat doet en dat ook daadwerkelijk wil, maar datzelfde geldt natuurlijk voor de horeca, die ook maatregelen neemt, dat geldt voor restaurants. En uiteindelijk komt het er natuurlijk toch op neer dat die contacten opgeteld blijkbaar te hoog zijn om de epidemie te laten krimpen. We hebben tenslotte toenames gezien. In alle landen waarin men de contacten

terugbrengt, waar sportscholen dan ook vaak onder vallen – neem Ierland als voorbeeld; daarom liet ik het u ook zien – zie je dat je natuurlijk uiteindelijk zo'n virus onder controle krijgt, omdat het zich alleen maar kan verspreiden als er contacten optreden. Dus als jij de maatschappij terugbrengt – wat wij niet willen, hoor – naar huishoudens en men zich daartoe beperkt, dan dooft zo'n virus natuurlijk uit in die huishoudens. Dat is wat we zien in Engeland, wat we waarschijnlijk beginnen te zien in Portugal en wat we in Ierland hebben gezien. Maar dat is een fase verder dan de fase waar wij nu in Nederland in zitten. Dus het zijn altijd trade-offs die – zo kan ik me goed voorstellen – onrechtvaardig zijn in de ogen van de personen die al die maatregelen treffen, omdat ze hen treffen. Maar uiteindelijk is het toch de optelling van al die contacten die nog mogelijk zijn, die maakt dat we ook in Nederland hebben gezien dat het gewoon toenam, totdat we uiteindelijk toch al die strenge maatregelen namen, waardoor we nu weer zien dat het afneemt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Tot slot, mevrouw Kröger van GroenLinks, gaat uw gang.

**Mevrouw Kröger (GroenLinks):**

Dank u wel, voorzitter. Mijn vraag is aan de heer Van Delden. Er wordt gezegd dat het tempo van het vaccineren wordt gedicteerd door leveringen, en de leveringen zijn vergelijkbaar met die in andere Europese landen, hoe het uitgeleverd wordt. Waarom bungelen we dan toch zo onderaan, met Bulgarije? Voor heel veel mensen blijft dat een zeer frustrerende grafiek, nu we al een maand bezig zijn. Waar zit 'm dat nou in?

**De heer Van Delden:**

Ik denk dat er twee of drie dingen spelen. We zijn iets later gestart met de eerste vaccinatie. We zijn begonnen met een relatief zeker voorraadbeheer, waarbij je altijd zeker weet dat je het tweede vaccin op voorraad hebt voor een tijdige toediening van de tweede vaccinatie. Dat is nu teruggebracht tot echt een minimum, denk ik. Normaal gesproken zou je nooit naar zulke kleine voorraden gaan. Dat doen we nu echt om te kunnen versnellen, maar normaal gesproken zouden we nooit het risico accepteren dat we nu accepteren. En wat we nu zien, is dat de grafiek door het versnellen van de vaccinatie wel behoorlijk aan het bijdraaien is. Wat ook meespeelde, is dat wij de digitaal teruggemelde vaccinaties meenamen in onze cijfers. Die liepen bij sommige partijen wel wat achter op wat er daadwerkelijk werd gevaccineerd. Dus daar hebben wij een correctie op doorgevoerd. Als wij dus ergens honderd vaccins heen rijden, die binnen vier dagen moeten worden gezet, en je rekent op ongeveer 5% spillage, dan weet je dat er daar binnen een week wel heel veel van gezet moeten zijn. Die telden we eerst niet allemaal mee, omdat die nog niet waren teruggemeld via het systeem. Dat hebben we aangepast. Dus als je nu op het coronadashboard kijkt, dan zie je de teruggemelde vaccinaties en een onderbouwde schatting van het aantal daadwerkelijke vaccinaties. Ik meen dat er gisteravond in de Volkskrant ook een kort artikel stond met de bijgewerkte grafiek. Dan zie je dat de afstand tot Bulgarije in de grafiek inmiddels zeer groot is, en dat we ook niet meer op de een-na-laatste plek staan. Ik hoop dat we met de versnelling die we nu ingezet hebben op deze manier snel nog verder zullen stijgen. Is dat een antwoord op uw vraag?

**De voorzitter:**

Dank u wel. We moeten het ermee doen. Ik denk dat er nog heel veel vragen te stellen zijn, maar we zitten krap in onze tijd. We zijn hiermee aan het einde gekomen van deze technische briefing. Ik wil de heer Van Dissel en de heer Van Delden hartelijk danken voor hun aanwezigheid en

presentatie en het beantwoorden van de vragen. Ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid en inbreng en ik dank de mensen thuis voor de belangstelling om deze technische briefing te volgen. Het plenaire debat staat voor 11.00 uur gepland, zo dadelijk in de plenaire zaal. Daarmee sluit ik, met nogmaals dank, deze bijeenkomst.

Sluiting 10.47 uur.