

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1171

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 4 mei 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 15 april 2021 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Agema
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn vijftien leden der Kamer, te weten: Agema, Van Baarle, Dassen, Van Esch, Den Haan, Van Haga, Pieter Heerma, Hijink, Kuiken, Paternotte, Van der Plas, Pouw-Verweij, Stoffer, Aukje de Vries en Westerveld,

alsmede de heer Bloemberg, de heer Van Delden, de heer Van Dissel en de heer Kullberg.

Aanvang 9.30 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Ik open deze technische briefing, waarin we een update krijgen over het coronavirus. Het is de dertigste technische briefing die de vaste Kamercommissie van VWS organiseert, maar wel de eerste na de verkiezingen. Ik zie dan ook een aantal nieuwe gezichten: mevrouw Pouw-Verweij van JA21, de heer Dassen van Volt en de heer Van Baarle van DENK. Ik introduceer meteen ook even mijn collega's die ik hier al vaker heb gezien: mevrouw Kuiken van de PvdA, de heer Stoffer van de SGP, de heer Hijink van de SP, de heer Paternotte, ook een nieuwe woordvoerder, van D66, mevrouw Westerveld van GroenLinks, mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren, de heer Heerma van het CDA, mevrouw De Vries van de VVD en de heer Van Haga van Forum voor Democratie. Mijn naam is Fleur Agema. Ik ben de fungerend voorzitter van de commissie VWS. Dat zal ik zijn totdat de commissie een nieuwe voorzitter kiest. Ik zie mevrouw Van der Plas van de BoerBurgerBeweging ook nog aanschuiven. Ik heet u allen van harte welkom.

Blok 1:

Gesprek met:

- de heer Bloemberg, programmadirecteur testen en vaccineren GGD GHOR Nederland
- de heer Van Delden, programmadirecteur vaccinatie COVID-19 RIVM

De voorzitter:

We hebben vandaag de technische briefing in twee blokken. In het eerste blok zullen de heer Bloemberg en de heer Van Delden beiden hun presentatie geven. Die gaat vooral over de uitvoering, onder andere van de vaccinatiestrategie. In het tweede blok ontvangen wij de heer Van Dissel en de heer Kullberg, die wat gaan vertellen over het beleid. Deze sprekers zijn uitgekozen door het Ministerie van VWS, dus wij zijn heel benieuwd wat het Ministerie van VWS hier voor het voetlicht wil brengen. Wat betreft de procedurele afspraken: we kunnen drie vragen stellen. Er zijn vier sprekers, aan wie de leden dus in totaal drie vragen kunt stellen. Omdat ik ook lid ben van deze commissie, zal ik in eerste aanleg geen vraag stellen, tenzij er aan het einde van de technische briefing nog tijd over is en de vragen die ik had willen stellen niet beantwoord zijn. Ik zal dan van de gelegenheid gebruikmaken om alsnog een vraag te stellen. Dat was het volgens mij wat betreft de introductie en de inleiding. Dan geef ik als eerst het woord aan de heer Bloemberg, programmadirecteur testen en vaccineren van de GGD GHOR. Aan u het woord.

De heer Bloemberg:

Dank je wel en goedemorgen allemaal. Fijn om hier te zijn. Fijn om de GGD en de regio's te vertegenwoordigen. We werken inmiddels met tienduizenden mensen aan het testen en het vaccineren. Het is fijn om hier het verhaal te kunnen vertellen over de opschaling van vaccineren.

Dat is een gigantische operatie, waar we op dit moment middenin zitten. Ik loop graag met u door de presentatie heen. Ik wil toch even beginnen met iets uit te leggen over het proces van vaccineren, want het begrijpen van de stappen in het proces van vaccineren waarin we nu zitten, is denk ik ondersteunend voor de rest van de presentatie. Het proces begint bij de toewijzing van vaccins van het RIVM aan de GGD'en op basis van de vaccinatiestrategie. Op basis van die toegewezen vaccins, alloceren wij die landelijk aan de verschillende regio's. Dat kunnen wij heel exact doen, omdat we precies weten hoeveel brieven er in elke regio verstuurd worden. We zetten dan die slots per regio open. De regio's hebben vaak meerdere locaties. Zij weten heel goed hoe binnen hun regio die slots weer opengezet moeten worden. Dat zijn eigenlijk roosterslots die in het CoronIT-systeem worden opgezet. Vervolgens nodigt het RIVM de leeftijdsgroepen uit, de 65-plusser op dit moment, of worden de werknemers in de zorg uitgenodigd door de werkgevers. Zij kunnen vervolgens een afspraak maken en zij plannen ook die roosterslots in. Zo zorgen we ervoor dat alle slots die worden toegewezen ook altijd vol komen te zitten. De levering vindt dan plaats op basis van de geopende roosterslots. We sturen die dus altijd naar het RIVM en delen ze ook met hen, zodat zij de goede hoeveelheden kunnen afsturen. Uiteindelijk gaan we vaccineren. We monitoren ondertussen voortdurend of de slots volraken. We houden ook een deel van de vaccins achter. We alloceren dus niet alles in één keer. Als we zien dat bepaalde regio's sneller vollopen dan andere regio's, dan kunnen we namelijk wat meer alloceren aan die regio's, zodat er uiteindelijk een landelijk beeld ontstaat en iedereen landelijk voortdurend op hetzelfde moment aan de beurt kan zijn.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Voorzitter, mag ik een kleine technische vraag stellen?

De **voorzitter**:

Heeft u een verduidelijkende vraag, mevrouw Kuiken?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ja, excuus. Het zou mij helpen als u ook even tijdsindicaties geeft bij uw schema.

De heer **Bloemberg**:

Ja. We kijken altijd naar het optimistische leverschema en ongeveer vier weken vooruit stellen we het vast. We kunnen dan, met alle informatie die het RIVM heeft van de leveranciers, vaststellen hoeveel roosterslots we openzetten. We vragen ongeveer vier weken vooruit aan de regio's om die roosterslots open te zetten, zodat wanneer een burger belt, er altijd een plek is. Het zou namelijk heel vervelend zijn als dat niet het geval is. Als een burger belt, dan is het nu over het algemeen zo dat hij over twee weken een afspraak kan maken. Dat is op dit moment ook het geval. Daar zal ik zo meteen iets meer over vertellen.

Wat de opschaling betreft het volgende. Op dit moment zijn we bezig om per mei 1,5 miljoen vaccins per week te kunnen prikken als GGD. De eerdere roadmap, die met de Kamer is gedeeld, ging uit van 700.000 vaccins. Dat deden we nu opgehoogd naar 1,5 miljoen vaccins per week. Dat deden we oorspronkelijk met 120 locaties en nu met 140. Met andere woorden, dat betekent niet dat we veel meer locaties openen, maar vooral dat we de locaties die we openen nog meer opschalen en groter maken en dat we efficiëntere priklijnen hebben kunnen inrichten. We prikken dus uiteindelijk simpelweg meer prikken per uur op een priklijn, waardoor we uiteindelijk 1,5 miljoen prikken kunnen zetten. Daarbij praten we over een infrastructuurcapaciteit. We zetten alle locaties klaar. Ook het systeem is er klaar voor om 1,5 miljoen prikken aan te kunnen, de afspraken te maken

en de prikken te verwerken in het systeem. Ik maak dan een vergelijking, want ik denk dat het goed is om een beetje naar de verhouding te kijken. Vorige week hadden wij 325.000 prikken gezet. Deze week zetten we 450.000 prikken. Volgende week zetten we er 500.000. Dat komt dus nog niet in de buurt van de capaciteit die we op dit moment hebben. De belangrijkste aandachtspunten die we daarbij hebben zijn als volgt. Allereerst – het is een open deur – noem ik de leveringen van vaccins. Wij kunnen namelijk zo hard prikken als er vaccins aan ons geleverd worden. Op dit moment is dat de beperkende factor van de snelheid. Het tweede aandachtspunt is uiteraard het personeel. We hebben het over enorme aantallen aan personeel. Er werken op dit moment meer dan 10.000 mensen op de vaccinatie locaties en dat schalen we almaar op. Daarbij is het belangrijk dat we op dit moment niet voor 1,5 miljoen prikken personeel hebben, want op dit moment prikken we er 500.000 en in de aankomende weken verwachten we ook geen 1,5 miljoen vaccins. Wij schalen dus op naar het optimistische leverschema. Er zijn drie scenario's in het leverschema. We schalen op naar het optimistische leverschema plus 25%. Dus als er een meevaller is, kunnen we daar altijd op reageren. Dan noem ik de locaties. Naarmate we steeds meer prikken, is de belangrijkste uitdaging daar eigenlijk dat al de mensen die we meer prikken ook vijftien minuten op locatie wachten. Dat geldt op dit moment voor al die vaccins. U kunt zich voorstellen hoeveel mensen er dan uiteindelijk allemaal vijftien minuten moeten wachten. Die inrichting is dus erg belangrijk. Tot slot moet het systeem die aantallen ook aankunnen. Daar wordt voortdurend opgeschaald samen met de leverancier van het systeem, om uiteindelijk een piekcapaciteit aan te kunnen. We weten namelijk ook dat men gemiddeld genomen niet verspreid over de dag heen belt. In de ochtend bellen veel meer mensen. Uiteindelijk moet het systeem voorbereid zijn op de piek die gaat komen.

De heer **Dassen** (Volt):

Voorzitter, mag ik een verduidelijkende vraag stellen?

De **voorzitter**:

Ja.

De heer **Dassen** (Volt):

Een aandachtspunt is het medisch personeel. Dat zijn nu 10.000 mensen. Bij een optimale capaciteit zouden dat er meer moeten zijn. Betekent dat dat daar nog een probleem zou kunnen ontstaan, omdat er niet voldoende mensen zijn die kunnen ondersteunen?

De heer **Bloemberg**:

We zien geen probleem aankomen, maar we hebben wel een aantal aandachtspunten. Medisch personeel, dus de toeziend arts, is iets waar we heel veel aandacht aan besteden en waarvoor we een landelijke campagne gaan starten. We werken ook nauw samen met de ziekenhuizen en huisartsen om dat voor elkaar te krijgen. We werken met veel partners samen. Alle uitzendbureaus zijn betrokken bij deze operatie in de verschillende regio's. Het ministerie heeft een afspraak gemaakt met Defensie. Daar zijn wij ook bij betrokken. Defensie is afroepbaar tot en met in ieder geval 1 augustus. Daar hoeven we op dit moment geen gebruik van te maken, maar als dat nodig zou zijn, kunnen we dat doen. Er zijn ook andere voorbeelden, bijvoorbeeld een samenwerking met Transavia, waarbij de stewardessen bereid zijn om op de locaties te gaan werken, of het Rode Kruis, dat enorm betrokken is. Voorlopig verwachten we dus in de regio's dat we het aankunnen. Gedurende de opschaling moeten we

dat natuurlijk voortdurend monitoren, ook in samenhang met het testlandschap, waar ook ontzettend veel mensen werken.

Ik kom op de vaccinatielocaties. Ik noemde het al even: er zijn 140 locaties die we uiteindelijk in mei willen openen. Op dit moment hebben we 104 locaties geopend. We willen eigenlijk naar grootschalige locaties. Ik vertelde net al dat de artsen een uitdaging zijn. We willen grote locaties met een goede spreiding over Nederland, zodat het ook voor de vaccinatiebereidheid de goede balans heeft. Van die 140 locaties zijn er 42 XL-locaties. Dat kent u misschien nog van het testen. De XL-locaties hebben minstens acht prikstraten en daar kunnen dus duizenden prikken per dag worden gezet.

Dan het ingewikkeldste grafiekje in de presentatie. Die ga ik dus even rustig, stap voor stap uitleggen. Wat u hier ziet zijn, voor de aankomende weken, het aantal roosters dat we open hebben gezet en het aantal afspraken dat daar nu op in is gepland. Dus het gele balkje dat bovenaan de grafiek staat, is het aantal opengezette roosterslots voor die dag, en de balkjes die daaronder staan, zijn de gemaakte afspraken op die dag. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen afspraken die gemaakt zijn voor het eerste vaccin en afspraken die gemaakt zijn voor het tweede vaccin. Wat u ziet is dat in de eerste dagen, in de aankomende 4, 5, ik bedoel 7 dagen, alle slots gevuld zijn. Dat is ook nog nooit niét zo geweest. Dus de GGD heeft vanaf het begin van de vaccinatiestrategie elke week, altijd, alles geprikt wat aan de GGD toegewezen is, met één uitzondering: de tijdelijke stop van AstraZeneca. Daarbij konden we uiteindelijk niet de getallen realiseren, maar dat heeft uiteraard een andere reden gehad.

Het volkrijgen van die slots is de uitdaging die we voortdurend met elkaar hebben. Om een voorbeeld te geven: afgelopen donderdag zagen we dat de slots voor deze week nog niet helemaal volliepen, en hebben we met elkaar bekeken hoe we dat op de beste manier konden gaan doen. We hebben toen aangekondigd dat de leeftijdsgroepen 1949, 1950 en 1951 zich ook konden aanmelden voor een vaccinatieafpraak, met het verzoek om dat ook vooral online te doen, want dat ontlast het callcenter enorm. Inmiddels werken er 9.500 mensen in het callcenter. Dat zijn enorme aantallen. Als we in één keer een half miljoen mensen uitnodigen die tegelijkertijd beginnen te bellen, dan is het logischerwijs druk op het callcenter. Dus die activatie heeft ontzettend goed gewerkt. We hebben dat vorige week vrijdag gedaan en op vrijdag, zaterdag en zondag hebben in totaal 360.000 burgers twee afspraken gemaakt. Er wordt namelijk altijd meteen een eerste en een tweede afspraak gemaakt. In totaal zijn er dus 720.000 afspraken gemaakt. Wij stonden bij de GGD te stuiteren dat dat gelukt was en dat het systeem het hield met alle monitoring die we daar op dat moment op hadden.

De voorzitter:

De heer Stoffer wenst even een verduidelijkende vraag stellen.

De heer **Stoffer** (SGP):

Ja. Het is een goede uitleg. Dank daarvoor. Eén vraag triggert mij: waarom is die gele lijn voor opengestelde slots niet gewoon constant?

De heer **Bloemberg**:

Ja. Ik maak het even nog even af. Je ziet dat er een gat is tussen de afspraken. Ik zei net dat er over twee weken nog plekken vrij zijn. Die zijn we op dit moment nog aan het vullen, dus als u nu belt, dan krijgt u dan de afspraak. De lijn is eerst relatief constant; dat zijn de aantallen die ik net noemde: deze week 450.000 vaccins en volgende week 500.000 vaccins die we verwachten te zetten. De reden dat het lijntje vervolgens omlaaggaat is omdat we simpelweg de roosterslots voor de weken daarna nog niet open hebben gezet. Dus we gaan deze week weer aan de

regio's vragen om de volgende slots open te zetten. Hopelijk, en dat is de verwachting, kunnen we week na week na week meer slots openzetten, omdat de leveringen gedurende het tweede kwartaal alsnog toe zullen nemen richting die 1,5 miljoen. De gele lijntjes in week 18 of week 19 worden dus zo meteen nog opgehoogd om bovenop die tweede afspraken die daar nu al staan – dat zijn de donkere balkjes – ook nog de eerste afspraken te zetten.

Als je alle donkerblauwe balkjes bij elkaar optelt, zijn dat 1,5 miljoen tweede afspraken die op dit moment in het systeem staan. Dat is van belang voor het gesprek over de mogelijke verlenging van een interval van Pfizer. Op dit moment plannen wij een interval in van zes weken. Op het moment dat je die zou veranderen, dan zou dat mogelijk de consequentie kunnen hebben dat je 1,4 miljoen afspraken moet verzetten. Dat is een operatie die natuurlijk gigantisch zou zijn, en het treft ook de 70-plusser, die we eigenlijk als eerste willen beschermen. Dat gaan doen, is iets wat enorm spannend zou zijn, want tegelijkertijd moeten al die slots dan opnieuw gevuld worden met nieuwe afspraken. Ik hoop dus niet dat we dat gaan doen. Dat over de afspraken en de roosters. Wat ook nog wel aardig is, tot slot ...

De voorzitter:

Meneer Dassen, u mag best een verduidelijkende vraag stellen, maar dit is al de tweede keer. Meneer Bloemberg moet ook de presentatie afmaken.

De heer Dassen (Volt):

Oké, dan maak ik alleen deze nog. U zei: het is moeilijk om die slots te vullen. Wat is dan het percentage dat niet komt opdagen?

De heer Bloemberg:

Het is niet moeilijk om de slots te vullen, want de vaccinatiebereidheid is groot onder de groep die we op dit moment uitnodigen. 500.000 mensen stonden op het punt uitgenodigd te worden; daarvan hadden binnen drie dagen 320.000 in een keer contact opgenomen, nog voordat ze de uitnodiging hadden gekregen van het RIVM. Waar het om gaat is dat het callcenter, op het moment dat het bezig is om allemaal afspraken te verzetten, niet bereikbaar is om nieuwe afspraken te maken. Dus dat is eigenlijk het spannende.

Tot slot toch even wat over het surplus. Het is vanochtend ook uitgebreid in de media aan de orde gekomen. Het heeft allerlei verschillende namen: spillage, surplus, wat we overhouden aan het eind van de dag. Ik vind het wel belangrijk om daar nog een toelichting op te geven en te beginnen bij de definitie van surplus. Uit een file, waar de vaccins van Pfizer in zitten, kunnen uiteindelijk vijf vaccins getrokken worden in een spuit. Aan het eind van de dag blijven er dus gemiddeld twee of drie vaccins per locatie over, en niet meer. Het is niet zo dat we aan het eind van de dag heel veel vaccin overhouden dat op moet of niet meer houdbaar is. Dat is niet het geval.

Natuurlijk zou het zonde zijn als je wat aan het eind van de dag overblijft, omdat de laatste persoon binnen komt lopen en er dan misschien nog net een nieuwe file aangebroken moet worden, niet meer kunt zetten omdat je dat niet meer kunt bewaren. Er is beleid gedefinieerd om dat te voorkomen, dus om er altijd voor te zorgen dat die laatste prikken ook nog gezet worden. Dat gebeurt bij mensen die op dat moment beschikbaar zijn of moeten zijn, want het is dus onzeker of er die dag op die locatie een surplus is. We hebben nu in samenwerking tussen het RIVM en VWS afgestemd dat we dat surplus altijd proberen te zetten in de doelgroepen die op dat moment aan de beurt zijn of zo dicht mogelijk aan zitten tegen de doelgroep die op dat moment aan de beurt is. Dat zijn bijvoorbeeld de mensen die op de vaccinatiestraten werken. Die zijn dus sowieso vaccinatiegerechtigd vanuit de richtlijn, maar we hebben ervoor gekozen

om die juist in te zetten om het surplus aan het eind van de dag op te maken. Er is dus altijd een lijstje van medewerkers die aan het eind van de dag zo'n surplus kunnen krijgen. Zo is er in regio's ook samenwerking met ziekenhuizen om ziekenhuispersoneel, dat nog niet gevaccineerd is, op te kunnen roepen aan het eind van de dag en te zeggen: nou, we hebben nog twee of drie vaccins over. Maar het gaat hierbij dus niet over grote aantallen vaccins. Tegelijkertijd is het doel wel om elk vaccin dat getrokken wordt, ook te zetten.

Dat was de toelichting die ik wilde geven.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Bloemberg. Dan gaan we nu luisteren naar de heer Van Delden, programmadirecteur vaccinatie COVID-19 van het RIVM. We moeten heel even wachten op het schoonmaken van de afstandsbediening.

Meneer Van Delden, aan u het woord.

De heer Van Delden:

Goedemorgen. Fijn om het verhaal vanuit de GGD aan te vullen met een nog iets bredere kijk. Ik ben gevraagd om binnen tien minuten vrij veel onderwerpen langs te gaan. Ik zal proberen dat in een voldoende hoog, maar niet te hoog tempo te doen. Waar ik in ieder geval in mijn presentatie even aandacht aan wil besteden zijn de gevolgen van het niet-inzetten van AstraZeneca onder de 60. U ziet aan het eind van de presentatie drie slides die echt over de voorraad in detail gaan. Die wil ik eigenlijk niet in mijn presentatie behandelen, tenzij ik daar nog tijd voor heb. Maar als daar eventueel detailvragen over zijn, zal ik die tonen. Ik begin met een korte update. Er zijn recent een paar belangrijke ontwikkelingen waarbij de Gezondheidsraadadviezen van belang zijn. Het eerste is dat de Gezondheidsraad heeft geadviseerd om AstraZeneca alleen in te zetten bij 60-plus. Dat is heel belangrijk, want we hadden ook het plan om er mensen onder de 60 mee te vaccineren, dus daar moet iets voor verzonnen worden. Ik kom daar straks uitgebreid op terug.

Daarnaast heeft de Gezondheidsraad geadviseerd om de groep 16-, 17- en 18-jarigen met een zeer hoog medisch risico ook te vaccineren, in eerste instantie met Pfizer, maar het kan ook met Moderna. Het zijn relatief vergelijkbare vaccins.

Daarnaast heeft de Gezondheidsraad geadviseerd om in overweging te nemen om het prikinterval van ook Pfizer en Moderna te verlengen naar twaalf weken. Ze hebben daarvan het potentiële nut berekend. Dat gaat uit van het annuleren van alle tweede afspraken per direct. De afspraken voor de tweede vaccinatie voor vandaag en morgen zouden dan geannuleerd moeten worden. Dat zijn die 1,4 miljoen die de heer Bloemberg noemde. Verder heeft de Gezondheidsraad geadviseerd om, als mensen in de afgelopen zes maanden een covidinfectie hebben doorgemaakt, niet twee maar slechts één vaccinatie toe te dienen. Daarmee wordt onnodig medisch handelen voorkomen. Ik kan daar, zo u wilt, straks verder op ingaan. Ook mijn collega's Van Dissel en Kullberg kunnen dat in het volgende blok doen.

Zoals u weet, hebben wij maandag de eerste levering van Janssen ontvangen. De eerste vaccinaties daarmee zouden vandaag plaatsvinden, maar goed, u heeft ongetwijfeld meegekregen dat daar ook een pauze in is gekomen.

Dan de voortgang van de vaccinatie. Ondanks allerlei wisselingen, uitdagingen en ingewikkeldheden gebeurt er ondertussen heel erg veel. Dat is gebleken uit de presentatie van zojuist, maar ook bij de huisartsen en de instellingen wordt natuurlijk heel veel gevaccineerd. Tussen 8.00 uur en 20.00 uur wordt er elke halve seconde één prik gezet. Dat betekent dat we in de komende tijd een behoorlijk volume gaan maken. De afgelopen week zijn er 900.000 vaccins uitgereden. Op alleen al 8 april konden we

250.000 vaccins uitrijden naar de uitvoerders. Dat is waar wij heen willen. Dit werd gesteund door een hele grote levering van AstraZeneca. Als je naar de komende tijd kijkt, zie je de leveringen gestaag toenemen, dus ook de vaccinaties. Dat is echt bemoedigend.

Ik heb hier de tussenstand in de vaccinatiegraad. Het gaat hier om de leeftijdsgroepen en de vaccinaties bij de GGD, dus exclusief de vaccinaties in instellingen. Die laatste data hebben wij nog onvoldoende compleet binnen. De percentages gaan over volledige vaccinatie. Het gaat om mensen in die leeftijdsgroep die hun eerste en tweede vaccinatie hebben gekregen bij de GGD. Het aantal zou dus hoger zijn als wij de instellingen zouden meenemen. Het getal dat u ziet bij de groep 60- tot 64-jarigen, betreft natuurlijk alleen de eerste prikken, want AstraZeneca heeft dat lange prikinterval of vaccinatie-interval van twaalf weken. De huisartsen in Zeeland zijn begonnen, dus daar zullen als eerste de tweede prikken worden toegediend. Dat zal starten in week 18.

Ik wil nu verder ingaan op wat het betekent dat we AstraZeneca nu niet meer kunnen inzetten voor de groep van 60-minners. Het betekent niet meteen dat er nu heel veel AstraZeneca is waar we niks mee kunnen. Integendeel, tot eind mei hebben we alle AstraZeneca die we krijgen, in ieder geval nodig voor de eerste en tweede prik van 60-plussers. We zitten dus niet met AstraZeneca waar we niks mee kunnen. Tot eind mei heb ik alle AstraZeneca die ik geleverd krijg, nodig voor de groep boven de 60 jaar.

De **voorzitter**:

Meneer Van Delden, de heer Paternotte zou graag een verduidelijkende vraag stellen.

De heer **Paternotte** (D66):

Ja, een verduidelijkende vraag. Klopt het dat die berekening dat u tot eind mei alle AstraZeneca nodig hebt, uitgaat van een vaccinatiebereidheid van 80%?

De heer **Van Delden**:

Dat is een hele goede vraag. Die berekening gaat daar niet helemaal van uit. We hebben de afspraak dat, als de huisartsen in de groep 60–64 daarna vaccin overhouden, zij doorprikken naar boven toe. Het is jargon, maar daarmee bedoelen we dat zij oudere mensen uit hun populatie uitnodigen voor een vaccinatie met AstraZeneca. We zien dat nu ook gebeuren. Het gaat dan vooral om mensen van 65, 66 jaar. Het is dus niet zo dat zij heel veel vaccin overhouden binnen die groep van 60 tot 64. Ik zei al dat we AstraZeneca voorlopig echt nog wel even nodig hebben. Dat gebruiken we ook vrij maximaal. Afgelopen maandag was de voorraad AstraZeneca die we nog op voorraad hadden, 23.000. Dat is relatief weinig als je bedenkt dat de levering 400.000 was. Ook die aantallen worden uitgereden. Die leveringen gaan natuurlijk gewoon door. Dan sta ik nu even stil bij drie verschillende doelgroepen die anders met AstraZeneca gevaccineerd zouden worden. Waar staan we nu? Een belangrijke groep zijn de mensen die thuis wonen en die niet mobiel zijn. Zij kunnen niet makkelijk naar de GGD voor een vaccinatie en zouden door de huisarts met AstraZeneca worden gevaccineerd. AstraZeneca is een vaccin waarmee je relatief makkelijk op stap kan en waarmee je relatief makkelijk mensen thuis kan vaccineren. Het idee was dat de huisartsen deze groep mensen met een medisch hoog risico, thuis zouden vaccineren met AstraZeneca. Maar voor de mensen die daaronder vallen en die jonger dan 60 zijn, kan dat dus niet meer. De medisch specialisten leveren de data van deze mensen aan Thuisvaccinatie. Die krijgen van ons de opdracht om deze mensen te benaderen voor een afspraak. Zij zullen volgende week de eerste vaccinatie in deze groep zetten en de meeste andere in de week daarna. Op die manier zullen deze mensen thuis met

Moderna, en misschien ook een beetje met Pfizer, worden gevaccineerd door Thuisvaccinatie. Dat is in ieder geval een goed vaccin voor deze groep. Het is een relatief kleine groep. De eerste vaccinatie start volgende week.

De tweede groep is groter. Dat zijn de mensen met het downsyndroom die nog niet gevaccineerd zijn in een instelling en de mensen met morbide obesitas, dus met een BMI boven de 40, die thuis wonen en mobiel zijn. Zij worden vandaag en morgen – misschien is het bij een enkeling gisteren al gebeurd – door de huisarts uitgenodigd om de GGD te bellen om een afspraak te plannen voor vaccinatie. U kunt zich misschien nog wel die relatief ingewikkelde grafiek van de heer Bloomberg herinneren over de slots die nog open zijn. Wij verwachten dat deze mensen voor volgende week of de week daarna een afspraak kunnen maken voor de eerste vaccinatie. Een deel van hen is al gevaccineerd in sommige regio's in Nederland, toen de huisartsen nog vaccineerden met AstraZeneca. Dat mocht toen nog onder de 60. Een deel van de mensen in Nederland viel onder deze groep. Zij kunnen hierdoor misschien een week later aan de beurt zijn dan ze anders waren geweest, maar het voordeel is wel dat hun tweede vaccinatie veel eerder zal plaatsvinden. Stel dat ze met AstraZeneca waren gevaccineerd. Dan was hun eerste prik een week eerder geweest, maar hun tweede prik was door het prikinterval pas over twaalf weken geweest. Nu krijgen ze hun eerste prik misschien een week later, maar hun tweede prik krijgen ze twee maanden of anderhalve maand eerder. Dat is de tweede groep die wordt geraakt door het wegvallen van de inzet van AstraZeneca onder 60-jarigen.

Dan heb ik nog drie groepen. Allereerst de intramuraal ggz. Zowel de bewoners als de medewerkers zouden worden gevaccineerd met AstraZeneca. Dat zou deze week starten. Ons plan B was: dan gaan we deze mensen nu vaccineren met Janssen. We hebben een lastige week achter de rug met een pauze van vaccinaties met Janssen. Die is ingezet voordat we er überhaupt mee gestart waren. Wij wachten nu de besluitvorming over Janssen af. Als dat lang gaat duren, moeten we een andere route bedenken om deze groep mensen te vaccineren.

Hetzelfde geldt voor een deel voor de ziekenhuismedewerkers. Ook daar hebben we al een eerste levering van AstraZeneca heen gebracht voor de vaccinatie van ziekenhuismedewerkers die directe zorg verlenen. De ziekenhuizen gaan deze levering van AstraZeneca inzetten voor ziekenhuismedewerkers boven de 60, want dat kan gewoon. We hadden bedacht dat we voor de groep onder de 60 jaar ook goed Janssen zouden kunnen inzetten. De eerste levering daarvan hebben we afgelopen maandag gekregen. Ook dat kan nu natuurlijk niet. Dus ook voor die groep geldt dat we de besluitvorming over de inzet van Janssen onder de 60 jaar afwachten. Als die besluitvorming lang gaat duren of als die negatief is, moeten we een plan B bedenken.

Dan de laatste groep. Een groep medewerkers uit de langdurige zorg had bij de GGD een afspraak staan voor vaccinatie met AstraZeneca. Die afspraken zijn afgezegd. Zij hebben van de GGD het bericht gekregen dat hun afspraak niet door kan gaan. Zij worden vanaf zondag opnieuw uitgenodigd. Ze moeten de GGD niet eerder bellen, want eerst moet de groep mensen met morbide obesitas of met het downsyndroom bellen voor een afspraak. Deze mensen kunnen vanaf zondag, als ze daarover een melding krijgen vanuit de GGD, bellen voor een nieuwe afspraak. Ze kunnen dan worden gevaccineerd met Pfizer. De groep medewerkers boven de 60 kan nog steeds bij de GGD worden gevaccineerd met AstraZeneca. Dit zijn eigenlijk alle groepen die worden geraakt door het niet inzetten van AstraZeneca onder de 60 jaar. Dit zijn de plannen zoals die er nu liggen en de timing daarvan.

Het laatste waar ik bij stil wil staan, is de uitvoering van de vaccinatie met AstraZeneca door de huisartsen. Daar werd net al een vraag over gesteld, ook over de vaccinatiebereidheid. We hebben daar intensief contact over

met de LHV, de Landelijke Huisartsen Vereniging. Zij zeggen: we hebben eigenlijk een wisselend beeld. In sommige huisartsenpraktijken zien zij een lagere opkomst, in andere ook wel een hogere. Ik kreeg gisteravond nog een bericht van een huisarts in Groningen die zei «hier is het goed», maar de berichten zijn echt wisselend. Als zij dus vaccins overhouden in de groep van 60 jaar tot 64 jaar, dan prikken ze dat door naar boven, dus dan zetten ze dat in voor de vaccinatie van mensen van boven de 64.

De laatste provincie die de vaccins geleverd gaat krijgen voor deze doelgroep is de provincie Drenthe. We hebben dus van Zuid naar Noord gewerkt. We kijken daarbij ook telkens hoeveel we krijgen, hoe groot een provincie is en hoe we dat goed kunnen afstemmen. De provincie Drenthe krijgt volgende week geleverd. Zij bestellen vandaag en morgen en krijgen vanaf maandag geleverd. Daarna gaan we natuurlijk weer de zuidelijke provincies leveren, die in eerste instantie alleen hadden besteld voor de groep van 63 tot 64 jaar. Die gaan daarna geleverd krijgen voor de groep van 60, 61 en 62 jaar en voor de tweede prikken. Dat is hoe dat met de huisartsen loopt. Dus dat loopt over de regio, volgend op de hoeveelheid AstraZeneca die we beschikbaar hebben.

Dit was eigenlijk mijn presentatie. Elf minuten.

De voorzitter:

Nou, volgens mij kort en bondig. Ik dank u beiden voor uw presentaties. Dan gaan we nu naar de vragenronde van de Tweede Kamerleden. Kamerleden kunnen drie keer een vraag stellen, in dit blok opgeteld met het andere blok. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Kuiken, mocht zij een vraag willen stellen aan een van deze twee sprekers.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Voorzitter, hartelijk dank. Er zijn wel duizend vragen te stellen, maar ik zal mij beperken. Mijn eerste vraag is aan de heer Van Delden en gaat toch nog even over AstraZeneca. Huisartsen zijn in grote mate wél ongerust. Zij balen ervan dat ze zelf niet mogen beslissen, in overleg met hun patiënten, om toch AstraZeneca toe te dienen, ook voor 60-minners. Dat gaat dan niet alleen over de kleine groep die u als «hoog risico» bestempelt, maar ook over mensen met een kwetsbare gezondheid. Dat zijn 1 miljoen Nederlanders die niet tot die hoogrisicogroep behoren. Mijn vraag blijft dan toch: waarom is er niet voor gekozen om in overleg met de huisarts toch voor die doelgroep ook toe te staan, op basis van eigen keuze, om AstraZeneca toe te dienen? Een ander advies van de Gezondheidsraad, namelijk «alle vaccins naar twaalf weken verlengen», heeft u wel naast u neergelegd, dus ook hier had u een andere afweging kunnen maken.

De heer Van Delden:

Ik leg geen adviezen naast me neer. Dat zijn adviezen van de Gezondheidsraad aan de Minister. Ik ben van het RIVM en ik voer de besluiten van de Minister uit. Over de inzet van AstraZeneca voor de groep onder de 60 jaar heb ik geprobeerd uit te leggen dat wij tot en met eind mei alle AstraZeneca-vaccins nodig hebben voor de groep boven de 60. Die is in prioriteit gesteld boven de mensen uit de groep die u net noemde. Wij houden ons dus gewoon aan de vaccinatiestrategie zoals die is bepaald. Dat betekent dat wij tot eind mei geen AstraZeneca overhebben om in te zetten in een groep die minder prioriteit heeft gekregen, op basis van het advies van de Gezondheidsraad, dan de groep 60-plus. Dat volgt dus die volgorde. Dus tot eind mei zie ik zelf ... Als we meer AstraZeneca hadden gehad dan we nodig hadden, was het misschien best een idee geweest. Dat kan ik nu niet beoordelen. Maar de vraag ligt volgens mij niet heel erg op tafel zodra ik voor een groep die een hogere prioriteit heeft al die vaccins nog nodig heb. Tot die tijd ligt die vraag volgens mij, zoals ik het begrijp, niet op tafel.

De voorzitter:

Uw tweede vraag, mevrouw Kuiken.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Toch nog even doorgaand op dit onderwerp. Het is maar de vraag of er zo veel overblijven, want de uitval van mensen die zich aanmelden is toch behoorlijk. Je kunt niet oneindig naar boven doorprikken. Het advies was immers ook: boven de 65 jaar een ander vaccin, vanwege de verbeterde werking voor ouderen. AstraZeneca was nadrukkelijk bedoeld voor 65-min. Huisartsen geven ook aan: we zien soms een uitval tot 30%. Kortom, zijn uw schattingen van wat er overblijft niet te rooskleurig? Ik maak me daar ernstig zorgen over, niet omdat ik me daar zorgen over maak, maar omdat huisartsen zich daar zorgen over maken en omdat mensen met een kwetsbare gezondheid nu niet voor niets heel bang en teleurgesteld zijn, omdat zij al anderhalf jaar in isolatie zitten.

De heer Van Delden:

Ik ben het helemaal met u eens dat het heel belangrijk is om goed in de gaten te houden hoe dit loopt. Als het inderdaad zo is dat ... Kijk, nu is mijn beeld dat wij tot eind mei deze vaccins nodig hebben. Dus nu is mijn beeld uit de informatie die ik nu krijg dat de vraag nog niet op tafel ligt. Maar ik ben het met u eens dat, op het moment dat die wel op tafel ligt, die vraag beantwoord moet worden. Dat zal aan de Minister zijn. De groep 60-plus heeft prioriteit, los van de medische hoogrisicogroepen onder de 60, dus mensen met bijvoorbeeld ernstig nierfalen. Los van die groep heeft de groep 60-plus prioriteit. AstraZeneca is daarvoor een goed vaccin. Alle vaccins die we hebben, zetten we daarom in om volgens die prioriteit de groep 60-plus zo snel mogelijk te vaccineren. Maar ik ben het met u eens dat, op het moment dat er in die groep geen AstraZeneca meer nodig is, de vraag op tafel ligt of we AstraZeneca gaan gebruiken voor mensen met een verhoogd risico onder de 60. Op dit moment ligt die nog niet op tafel, maar ik ben het, nogmaals, met u eens dat we dat heel goed in de gaten moeten houden en, zodra zich dat lijkt voor te doen, daar een antwoord op geven.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Van Baarle van DENK.

De heer Van Baarle (DENK):

Dank u wel, voorzitter. Er is in de samenleving op dit moment natuurlijk zorg ontstaan vanwege mogelijke bijwerkingen van vaccins in verschillende leeftijdscategorieën. We lezen dat 42% van de 60-plussers aangeeft: wij willen misschien dat AstraZenecavaccin niet meer. Er is een oproep gekomen van onder andere huisartsen, de Trombosetichting en meer organisaties om mensen een vrije keuze te geven, dus dat ze zelf mogen kiezen welk vaccin ze nemen. Hoe kijkt u naar de mogelijkheden om die vrije keuze te geven en wanneer zouden we, als we naar de uitvoerbaarheid kijken, dat op z'n vroegst kunnen invoeren? Licht er al een scenario voor? En wanneer zouden de IT-systemen geschikt kunnen worden gemaakt om die vrije keuze te bieden aan mensen?

De voorzitter:

Dat is een vraag voor de heer Van Delden?

De heer Van Delden:

Ja. Vrije keuze is voorlopig niet aan de orde. We zitten in de situatie van het bestrijden van een crisis, waarin we zo snel mogelijk, met vaccins die geschikt zijn voor doelgroepen, de meest prioritaire doelgroepen in een volgorde moeten afwerken. Dat betekent dat we boven de 60 alle vaccins kunnen inzetten, ook op basis van het advies van de Gezondheidsraad, dat

ook AstraZeneca boven de 65 goed inzetbaar vindt. Dat is hoe we werken. Een vrije keuze zou alleen vertragend kunnen werken. Dat is het laatste waar ik in de uitvoering behoefte aan heb.

De voorzitter:

Meneer Van Baarle, wilt u uw tweede vraag stellen?

De heer Van Baarle (DENK):

Ja graag, voorzitter, dank u wel. Dank voor het antwoord. Ik begrijp inderdaad dat het op dit moment niet aan de orde is. Maar mijn vraag ging erover wat de mogelijkheden zouden zijn, hoe u aankijkt tegen de mogelijke uitvoerbaarheid en wanneer de systemen ingeregeld zouden kunnen worden. Dus als u specifiek daarop zou kunnen ingaan, helpt dat enorm.

De heer Van Delden:

Het geven van een vrije keuze in welk vaccin je wilt, is in ieder geval vertragend in de periode dat er nog schaarste is aan vaccin. Die schaarste hebben we in ieder geval tot juni/juli, dus voor die periode zie ik er in ieder geval geen mogelijkheden voor. Daarna kan het mogelijk een plek krijgen in de uitvoering, maar tot juni/juli zie ik geen ruimte om voor mensen aan te geven welk vaccin zij wel of niet willen. Hoe snel het daarna zou kunnen, weet ik nog niet, maar het gaat er wat mij betreft hier ook niet zozeer om hoe snel je de IT-systemen erop ingericht hebt. Het gaat mij erom dat ik de snelheid van vaccineren niet wil belemmeren door het ingewikkelder maken van een keuzepakket aan een burger over welk vaccin hij wel of niet wil. Dat is bij de griepvaccinatie ook niet zo. Dan krijg je ook gewoon het vaccin wat er is. Dat is bij het RVP ook niet zo. De overheid bepaalt op basis van een advies van de Gezondheidsraad welk vaccin voor wie geschikt is. Daarmee wordt gevaccineerd. Snelheid is hierbij heel belangrijk. Het verder ingewikkeld maken van de operatie zal deze vertragen, in ieder geval zolang er sprake is van schaarste.

De voorzitter:

Dank u wel. U wilt uw derde vraag ook bij Van Delden inzetten? Want we krijgen zo direct nog twee sprekers. U moet het zelf bepalen. U spaart uw vraag even op? Dan de heer Stoffer van de SGP.

De heer Stoffer (SGP):

Dan beperk ik mij tot één vraag, aan de heer Bloemberg. In de brief van de Minister staat, in de laatste zin op de eerste pagina: uiteindelijk zijn vaccins de weg uit de crisis. Laten we ervan uitgaan dat dit zo is. Dan is opschaling, waarover u ons in uw tweede sheet wat vertelde, essentieel. Daar staan een aantal aandachtspunten die iets zeggen over de planning. U heeft vast een risico-inschatting. Waar zit uw grootste risico als u kijkt naar de aandachtspunten? En wat voor scenario's heeft u dan voor de planning staan? Stel nou eens dat het grootste risico werkelijkheid wordt. Wat betekent dat voor de planning die hier staat?

De heer Bloemberg:

Ik zag altijd twee risico's: het systeem en het opleiden en inzetten van personeel. Voor afgelopen weekend hebben we 720.000 afspraken gemaakt, met op zaterdag 400.000. Als we dat keer zeven doen, kon het systeem op dat moment dus 3 miljoen vaccinaties aan. De grootste belasting van het systeem is het maken van afspraken. Het zetten van een vaccinatie of registratie vraagt uiteindelijk niet zo veel capaciteit van het systeem als de afspraak maken. Die zorg is daarmee weggenomen. De grootste uitdaging zit dus in het organiseren van het personeel. Daarnaast is het zo dat de GGD niet de enige partij is die vaccineert. Ook de ziekenhuizen en huisartsen kunnen prikken. Samen kunnen we op die

manier 2,5 miljoen prikken per week zetten. Daarbij zijn er op dit moment volgens het optimistische leverschema 1,8 miljoen vaccins. Voorlopig kunnen wij dat dus heel goed opvangen.

De **voorzitter**:

De heer Hijink van de SP.

De heer **Stoffer** (SGP):

Voorzitter ...

De **voorzitter**:

Sorry, meneer Stoffer. U had van tevoren aangegeven één vraag te willen stellen.

De heer **Stoffer** (SGP):

Dat klopt, maar ik heb eigenlijk maar een half antwoord gekregen, hoewel het wel een mooi antwoord was. Ik heb op de echte vraag het antwoord niet gekregen.

De **voorzitter**:

Herhaalt u de vraag.

De heer **Stoffer** (SGP):

Als dat risico toch werkelijkheid wordt, wat is dan het scenario van de planning?

De heer **Bloemberg**:

Als het over het personeel van de GGD-straten gaat, hebben we Defensie achter de hand. Dat is dus wat we in principe niet plannen om te gebruiken. In totaal hebben zij 1.000 medewerkers per direct beschikbaar, afroepbaar. Natuurlijk komt dat niet van de ene op de andere dag, dus zijn we nu al in gesprek over hoe we die mensen op de goede manier moeten opleiden. En we zijn in gesprek met de huisartsen, met name als het gaat over het artsentoezicht op locatie, om ze te vragen wat de mogelijkheden zijn en hoe we die beschikbaar kunnen stellen. Dat zijn dus de twee functies die belangrijk zijn.

De **voorzitter**:

De heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Dank, voorzitter. Ik denk dat het voor veel mensen frustrerend is dat het al maanden gaat over het verdelen van de schaarste. Dat kan natuurlijk ook niet anders in deze fase. Maar ik ben wel benieuwd welke mogelijkheden u, meneer Van Delden, ziet als het bijvoorbeeld gaat om de extra inkoop van Pfizervaccins, ook buiten de kanalen via Brussel om, maar ook van het Spoetnikvaccin. Ik had vooraf gevraagd om daarop in te gaan, omdat verschillende Europese landen dat vaccin nu aan het inkopen zijn. Het is nog niet door het EMA goedgekeurd, maar ik ben wel heel benieuwd wat wij als Nederland zelf kunnen doen om ook naar dat vaccin te kijken. Het is immers ook behoorlijk betaalbaar, als ik dat mag geloven. Dan zou je toch met een betrekkelijk laag bedrag heel veel extra vaccins kunnen binnenhalen. Ik ben dus benieuwd of daarop wordt ingezet.

De **voorzitter**:

We wachten heel even op de bel.

De heer **Van Delden**:

Als ik uw vraag goed begrijp, zijn het eigenlijk twee vragen. De algemene vraag is: kopen we wel maximaal extra vaccins in? Mijn beeld is dat bij

bijna alle opties die zijn langsgekomen om – ik zeg het even simpel – extra je vinger op te steken binnen de mogelijkheden die daar binnen de EU voor zijn, Nederland daarvoor heeft geopteerd. Daar zitten we dus wel strak op de bal en gaan we voor wat er maximaal geleverd kan worden. De vraag over Spoetnik is wel een beetje een vraag voor het ministerie zelf, maar wat ik daar wel van weet, is dat wij zeer openstaan voor de aanschaf van Spoetnik, maar dat het wel eerst door het EMA moet. Als ik zie welke verstoringen er ook kunnen zijn met door het EMA goedgekeurde vaccins, lijkt me dat wel een minimale drempel om een vaccin aan te schaffen. Maar zodra het EMA hierover positief adviseert, is er geen enkele reden om daar niet ... En als het ook versnellend werkt, hè, want als ik nu een vaccin extra kan aankopen dat ik pas eind van het vierde kwartaal geleverd krijg, is het eigenlijk niet zo heel interessant. Ik wil vooral meer volume in het tweede kwartaal en misschien een beetje in het derde kwartaal. Dat soort overwegingen spelen dus wel mee. Het moet wel helpen. Je koopt niet iets om het te kopen. Je wilt iets wat helpt.

De voorzitter:

Meneer Hijink, uw tweede vraag.

De heer Hijink (SP):

Mijn zorg is: wat als we pas zouden inkopen op het moment dat het helemaal door het EMA-traject is gegaan? Andere landen doen dat klaarblijkelijk niet. Duitsland, Oostenrijk en Hongarije kopen al in. In Italië gaan ze zelfs produceren, als ik het goed heb begrepen. Als het eenmaal door die hele molen is gegaan, dan loop je natuurlijk wel de kans dat we al veel te laat zijn en achterin de rij staan. Het vaccin is al beschikbaar vanaf augustus vorig jaar, dus ik vraag mij dan af waarom dat zo verschrikkelijk lang duurt. Kunnen we daar dan niet meer druk op zetten?

De heer Van Delden:

Dat is echt een vraag die heel erg gaat over het inkoopproces van de vaccins. Dat gebeurt op EU-niveau en daar is het ministerie bij betrokken. Het RIVM zelf heeft meer met de resultaten daarvan te maken, dus ik heb gewoon zelf de kennis niet om uw vraag beter te beantwoorden, tot mijn spijt. Dat is dus echt een vraag voor het ministerie zelf. Excuus.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan ga ik door naar de heer Pieter Heerma van het CDA.

De heer Pieter Heerma (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Dank ook aan de beide heren voor de verhelderende presentaties. Mijn vraag gaat over de presentatie van de heer Bloemberg en de uitleg die is gegeven over de spillage en het surplus. Die was duidelijk en verhelderend. Het gaat dus om enkele vaccins per dag per locatie, maar dat kan dus in een week tijd al behoorlijk oplopen als je alle 104 locaties in Nederland neemt. Dat is dan enkele honderden per dag. Vanochtend stond in onder andere de Volkskrant het verhaal over de GGD in Limburg; daar werd ook in de presentatie naar verwezen. Als ik het verhaal goed begrijp, als het gaat over dat surplus, mogen huisartsen naar boven doorprikken – dat was volgens mij de term die gebruikt werd – bij ouderen, juist vanwege de kwetsbaarheid. Dat staat ook in de brief. Maar hoe zit het dan precies met wat de GGD Limburg deed en wat nu niet meer mag? Het leek erop dat deze ging doorprikken voor die kwetsbare doelgroep, maar dat schijnt nu weer niet te mogen. Kan daar een nadere toelichting op komen?

De heer Bloemberg:

We hebben daarover gisteravond weer bestuurlijk overleg gehad tussen VWS, het RIVM en de GGD en gezamenlijk een nieuwe richtlijn vastge-

steld. Er is niks verkeerd gegaan in Noord-Limburg. Tot nu toe was het beleid om zo dicht mogelijk bij de doelgroepenstrategie te prikken. Alleen, we hebben overleg gehad met de huisartsen en de Federatie Medisch Specialisten over of we die groep medisch kwetsbaren goed kunnen definiëren – wie zijn dat dan? – zodat we daadwerkelijk landelijk beleid hebben en niet beleid dat per regio verschilt. Dat blijkt te moeilijk te definiëren. Daarom heeft VWS er uiteindelijk voor gekozen om de groepen te definiëren die ik net noemde: de mensen die op de vaccinatielocaties of de testlocaties werken, in direct cliëntencontact, en de mensen uit de ziekenhuizen en zorgmedewerkers.

De voorzitter:

Uw tweede vraag, meneer Heerma?

De heer Pieter Heerma (CDA):

Ja, mijn tweede vraag. Dank voor de toelichting, maar de GGD Limburg was hier wel mee bezig. Kennelijk was die te moeilijk definieerbare groep daar wel te definiëren, want er is ook gezegd dat zij niks verkeerd deden. Is het dan niet mogelijk om, als mensen echt kwetsbaar zijn vanwege hun leeftijd, zoals bij de huisarts bekend is, dat het in theorie op GGD-locaties ook te doen, gegeven het feit dat er wel mee gewerkt werd?

De heer Bloemberg:

Ik ben ook geen medisch expert, maar om die reden is gesproken met de huisartsen en met de Federatie Medisch Specialisten, om te kijken of we die groep kunnen definiëren, zodat die ook geïdentificeerd kan worden. Deze kan niet geïdentificeerd worden door de GGD, dat kan alleen door de artsen zelf. Daarvan is gezegd dat het landelijk ontzettend lastig is om te implementeren, ook omdat het over een beperkt aantal vaccins gaat, namelijk enkele honderden, dat klopt. Er is dus voor deze oplossing gekozen, zodat het echt landelijk uitvoerbaar beleid blijft.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Misschien heb ik het gemist, dan excuus daarvoor. Ik heb een vraag voor de heer Van Delden. Ik ben benieuwd wat we doen met de groep zorgmedewerkers die al een eerste prik met AstraZeneca heeft gehad. Krijgt die alsnog een tweede prik met AstraZeneca? Of kan er dan toch op een ander vaccin worden overgegaan?

De heer Van Delden:

Ja, die kunnen hun tweede prik gewoon met AstraZeneca ontvangen, daar is de Gezondheidsraad heel duidelijk over. Er is wereldwijd geen enkel geval bekend van die nare bijwerking van AstraZeneca na de tweede vaccinatie. Er wordt dus ingezet op de tweede prik ook met AstraZeneca.

De voorzitter:

Mevrouw Van Esch, wilt u uw tweede vraag ook stellen?

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Een vervolgvraag hierop. Er zijn natuurlijk heel veel mensen alsnog heel erg bezorgd daarover, dus mensen onder de 60 gaan misschien afhaken voor hun tweede prik met AstraZeneca, ondanks dat de Gezondheidsraad zegt dat dat niet zo is. Daardoor zou de vaccinatiegraad omlaaggaan. Wordt er wel gekeken wat de mogelijkheden zijn, als je de eerste prik met AstraZeneca hebt gehad? Wat is het effect als je de tweede prik met Pfizer

of Moderna krijgt? Kan dat überhaupt? Is dat onderzocht? Daar ben ik benieuwd naar.

De heer **Van Delden**:

Er loopt een breed onderzoek naar het effect van een combinatie van verschillende vaccins, een soort cocktail, bij wijze van spreken. Daar loopt onderzoek naar, maar nogmaals, er is geen enkele reden om als je het eerste vaccin van AstraZeneca hebt gehad en daarbij geen ernstige bijwerkingen had, niet ook een tweede vaccin van AstraZeneca te doen. Ook hier geldt dat we niet de luxe hebben van andere vaccins waarvan we denken: wat zouden we hier nou eens mee moeten doen? Alle vaccins die we hebben, zetten we maximaal in voor de mensen met prioriteit. Los van dat het niet nodig is en dat er geen ondersteunend onderzoek ligt dat de effectiviteit aangeeft, hebben we ook niet de luxe om überhaupt een ander vaccin aan te bieden, ten koste van andere groepen met een hoge prioriteit.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Westerveld van GroenLinks.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Voorzitter. Ik heb een vraag aan de heer Bloemberg. Er zijn verschillende landen die een reservelijst hebben om spillage tegen te gaan. We hebben het dan over België, het Verenigd Koninkrijk en Italië. In Nederland wachten we al een maand op richtlijnen om ook zo'n reservelijst aan te kunnen maken. Mijn vraag is waarom dat zo lang duurt.

De heer **Bloemberg**:

Van het begin af aan is die reservelijst eigenlijk bekend. Ik gaf eerder aan dat het vaccinerend personeel volgens de richtlijnen gerechtigd is om gevaccineerd te worden, maar we hebben dat niet meteen gevaccineerd, omdat wij gezegd hebben dat we dat vanuit het surplus doen. Eigenlijk is dat altijd de wachtlijst op locatie geweest. Op veel locaties zien we nu dat die groep voor een groot deel de eerste prik of de tweede prik gehad heeft, in de juiste frequentie. We breiden de wachtlijst nu uit naar de groepen die door het ministerie gedefinieerd zijn. Er is dus contact, omdat het belangrijk is dat die personen flexibel beschikbaar zijn. De lijst van wie er gebeld gaan worden, als er die dag vaccin over is, is als het ware elke dag bekend.

De **voorzitter**:

Dan ga ik naar de heer Paternotte van D66.

De heer **Paternotte** (D66):

Ik zou mijn tweede en derde vraag zo meteen aan de Gezondheidsraad willen stellen, over AstraZeneca, dus ik beperk mij nu tot één vraag aan de heer Van Delden. Die gaat over inzicht in de voorraad. Je hoort vaak mensen zeggen dat zij het idee hebben dat er 1,3 miljoen vaccins op de plank liggen. Ik weet dat supermarkten altijd met één druk op de knop weten waar een product op welk moment in de keten is. We hebben in Nederland de vrije voorraad, de beschikbare voorraad, de niet-beschikbare voorraad, de veiligheidsvoorraad. Er is veel onduidelijkheid over. Mijn vraag is wat u nodig heeft om ervoor te zorgen dat we op elk moment kunnen zien hoeveel prikken er gezet zijn en waar welke voorraden liggen, zodat daarover niet die onduidelijkheid bestaat.

De heer **Van Delden**:

Ik denk dat we behoorlijk goed zicht hebben op de voorraad. Ik weet precies hoeveel wij op voorraad hebben en hoeveel daarvan nog in kwaliteitscontrole is. Ik weet precies hoeveel voorraad er ligt bij de GGD

en hoeveel daar geprikt is. Daar heb ik niet alleen actuele, maar ook zeer accurate gegevens over. Ik weet ook precies hoeveel vaccin ik heb uitgegeven aan welke huisarts. Met een druk op de knop weet ik dat allemaal precies. Ik heb alleen vertraging in de registratie van de vaccinatie bij huisartsen en bij kleinere instellingen. Een deel daarvan levert de data heel snel en accuraat aan, maar bij een deel verloopt dat trager, dus daar moet ik gebruikmaken van een rekenregel. Bij de huisartsen van wie ik de data niet krijg, ga ik ervan uit dat als ik vandaag vaccins lever, die binnen 14 dagen allemaal zijn gevaccineerd. Dat is een relatief voorzichtige schatting, want meestal gaat het veel sneller. We rekenen ons daarmee niet rijk in de getallen die we rapporteren. Maar ik heb tot nu toe niet een day to day, superaccurate, volledige registratie van de huisartsen en de instellingen, dus daar moet ik dat aanvullen. Dat zijn natuurlijk wel de kleinere volumes op het totaal, want de grootste volumes zitten tot nu toe echt bij de GGD.

Ik krijg per dag een dashboard aangeleverd met wat er is gevaccineerd en ik weet precies wat erheen is gereden en wanneer. U ziet het op de slides verderop aangegeven. Als het goed is, staan er nog drie reserveslides achter. Die vind ik tamelijk accuraat. Die zijn natuurlijk altijd een beetje afhankelijk van storingen zoals een pauzestop of een code rood in het weer en dergelijke, maar verder denk ik dat de data tamelijk accuraat zijn. Op de timesheets ziet u een tamelijk concreet en precies beeld van de voorraadniveaus in de komende weken.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we naar mevrouw De Vries van de VVD.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

Dank u wel, voorzitter. We zien dat de situatie rond de vaccins bijna dagelijks verandert. Ik heb een vraag over de flexibiliteit en de wendbaarheid. Ik hoor de GGD nu zeggen over een besluit over de tijd tussen de prikken: doe ons dat niet aan, want dan moeten we 1,4 miljoen afspraken verzetten. Het RIVM geeft aan: als Janssen niet meer gebruikt mag worden in alle groepen, dan moeten we een plan B bedenken. Ik hoop toch echt dat we vooruitdenken en nu al bezig zijn met dat plan B. Ik ben wel benieuwd of dat klopt, want ik zou het goed vinden als er verschillende scenario's klaarliggen en dat daar ook aan gewerkt wordt.

De heer Van Delden:

Jazeker. Er zijn eigenlijk twee vragen, als ik het goed begrijp. Met betrekking tot Janssen is het heel simpel: er is geen plan B, het blijft gewoon plan A. We blijven vaccineren met de vaccins die we hebben, volgens de prioriteiten die de Gezondheidsraad heeft aangegeven. Het enige wat er dan te doen is, is berekenen wat voor vertraging dit betekent. Zo ver zijn we echt nog niet, dus het is een wat prematuur idee, maar stel je nou voor dat Janssen niet meer ingezet zou kunnen worden. Dat lijkt me nogal dramatisch en dat verwacht ik ook echt niet. Maar in dat geval blijven we gewoon bij plan A. Dat is om alle vaccins die we hebben, zo snel mogelijk in te zetten, om volgens de prioriteit die de Gezondheidsraad heeft geadviseerd, iedereen te vaccineren.

Het andere punt is het afzeggen van 1,4 miljoen afspraken. Dat kan wel, alleen, dan moet je per vandaag bellen en zeggen: beste meneer, mevrouw, u had voor vandaag een afspraak, dat kan niet, belt u over een tijdje maar weer om een nieuwe afspraak te maken. Dat moet je dan doen voor 1,4 miljoen 70-plussers. Dan is de vraag of de winst daarvan opweegt tegen de onrust. Ik denk dat we zeker flexibel en robuust genoeg zijn. Het blijft wel een uitdaging, begrijp me goed. Bij zo'n pauze op Janssen baal ik ook verschrikkelijk, want je wil gewoon door en juist die volumes omhoog. Maar ik denk wel dat we het kunnen opvangen.

Een plan B voor Janssen? Nee, we blijven bij plan A. Alle vaccins die we hebben, zetten we in, zo snel mogelijk, volgens de prioriteiten die er zijn.

De voorzitter:

Nog een aanvulling van de heer Bloemberg.

De heer Bloemberg:

Ik denk dat het goed is om aan te geven dat we nu al altijd voorbereid zijn op alle verschillende vaccins die er komen. Janssen is bijvoorbeeld op dit moment nog niet toegewezen aan de GGD, maar onze systemen zijn erop voorbereid dat we dat kunnen, zodat we altijd kunnen reageren. Ik had gisteravond een webinar voor alle medewerkers van test- en vaccinatiestraten. Er waren ook een aantal mensen van vaccinatiestraten bij die vragen mochten stellen. De vraag was vooral of er niet meer vaccins konden komen, omdat men niks te doen heeft. Ze hebben verloop omdat het eigenlijk minder leuk is als er zo weinig vaccins zijn. Mijn antwoord daarop was dat we voorbereid zijn voor als er zo meteen meer vaccins komen. Dat vind ik wel van belang. We kiezen er dus heel bewust voor om meer capaciteit te hebben, waarvan we weten dat het nu gaat komen, precies omdat we daarmee flexibel en wendbaar zijn in de verschillende scenario's die zich kunnen afspelen.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

Mijn tweede vraag is vooral aan de GGD gericht. Er zijn nu 9.500 medewerkers actief in de callcentra, begrijp ik. Toch krijgen wij heel veel klachten van mensen die zeggen dat zij bijna drie uur aan de lijn hangen om een afspraak te maken en dat zij er ook digitaal niet doorheen komen. Hoe wordt gewerkt aan het oplossen van dat probleem? Daar komt heel veel frustratie van mensen vandaan.

De heer Bloemberg:

Ja, en dat willen we uiteraard vermijden. Er zijn drie dagen geweest – dat is inmiddels tweeënhalve week geleden – waarop het echt te druk was en we het niet goed voor elkaar hadden. Dat kwam door een samenloop van omstandigheden. De brieven waren al verstuurd. Er vielen dus 120.000 brieven op de mat. Over AstraZeneca werd besloten dat het weer hervat werd, dus iedereen begon weer te bellen. Dat konden we natuurlijk op dat moment niet voorspellen. Die samenloop van omstandigheden leidde tot een te hoge drukte op het callcenter. We proberen nu om iedereen op te roepen om zo veel mogelijk online de afspraken te maken. Het is makkelijker, het is supersnel en je hoeft niet in de wachtrij te staan. Als het druk is in het callcenter zullen we ook eerder een bandje opzetten met «belt u later terug», zodat mensen niet zo lang in de wacht staan. In dat bandje wordt nogmaals verwezen naar het portaal. We zijn er eerlijk gezegd ook iets beter in geworden. We hebben in het verleden ook wel leeftijdscohorten van vijf jaar in één keer aangekondigd, maar we gaan u steeds per leeftijdjaar omlaag, dus we zullen binnenkort weer het volgende leeftijdjaar aankondigen, om te zorgen dat we niet onze eigen pieken creëren.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we nu naar meneer Dassen van Volt.

De heer Dassen (Volt):

Dank u wel. In navolging van mevrouw Van Esch heb ik een vraag over mensen die nu al een eerste vaccinatie met AstraZeneca hebben gehad, die nu al deze berichten horen en niet meer de bereidheid hebben tot een tweede vaccin. Ik begrijp dat er niet de luxe is om daar anders mee om te gaan en dat nog niet bekend is of dat op een andere manier kan. Wat wordt er nu gedaan aan informatievoorziening om te zorgen dat die

mensen wel de bereidheid hebben om dat tweede vaccin te krijgen? U schetst dat er eigenlijk geen risico, geen gevaar is. Dat weten wij hier nu, maar dat wil natuurlijk niet zeggen dat die mensen dat ook allemaal weten. Sterker nog, als je de nieuwsberichten hoort, kan ik me voorstellen dat ze daar toch anders over denken.

De heer Van Delden:

Het gaat er niet zozeer om dat we die luxe niet hebben, ook al is dat wel zo, maar primair is er geen enkele aanleiding voor. Nogmaals, wereldwijd is er geen enkel geval bekend van die specifieke vorm van trombose na de tweede vaccinatie. Tegelijkertijd heeft u gelijk dat het wel extra aandacht vraagt bij de publiekscommunicatie en die zal het ook krijgen.

De voorzitter:

Dank u wel. Wilt u uw tweede vraag stellen of die bewaren tot de volgende ronde? Mevrouw Pouw-Verweij van JA21.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Dank u, voorzitter. Ik heb een vraag aan de heer Van Delden over de doelgroep van niet-mobiele mensen met een medisch hoog risico, onder 60 jaar. U zei dat de selectie via huisartsen en medisch-specialisten verloopt, maar dit is volgens mij bij uitstek een groep waar vaak sprake is van multiproblematiek, waar meerdere medisch-specialisten behandelen. Hoe is afgesproken wie dat regelt en hoe voorkom je dat de huisarts naar de neuroloog kijkt en de neuroloog naar de huisarts, zodat er uiteindelijk niets gebeurt?

De heer Van Delden:

Dat was inderdaad ook precies de puzzel. Dat is af en toe echt ingewikkeld. In dit geval hebben we met al die partijen overlegd – zo gaat dat – over hoe we dit snel kunnen regelen. Dan kijk je heel snel naar de systemen. Dat klinkt naar, maar dat is wel hoe het werkt. Als het gaat om mensen met een neurologische aandoening waardoor hun ademhaling bemoeilijkt is, zoals ALS en Duchenne, hebben we ook contact met de patiëntenverenigingen. Die denken ook heel actief mee over hoe we dit zo goed mogelijk kunnen doen. Die zijn daar echt zeer behulpzaam in. Voor die groep neurologische aandoeningen waardoor de ademhaling bemoeilijkt is, kunnen de specialisten goed uit de systemen halen om wie het gaat en hebben zij het mobiele deel daarvan ook uitgenodigd. Dit zijn geen enorm grote groepen en het zijn mensen die goed in beeld zijn bij de specialisten. De specialisten geven de data van die groep door aan Thuisvaccinatie, die die mensen benadert voor een afspraak.

De huisarts heeft het beste zicht op mensen met morbide obesitas. Niet extreem goed, zeg ik in alle eerlijkheid, want we hebben geen registratie van mensen met morbide obesitas. Dat zou bij wijze van spreken elke dag kunnen wisselen, want het is anders dan een aangeboren aandoening, dat kunt u zich voorstellen. Je gewicht is aan verandering onderhevig, in ieder geval in potentie. Dat zit echt bij de huisarts. Als iemand van zichzelf weet dat zijn BMI boven de 40 is en niets hoort van de huisarts, in de komende twee weken, kan hij ook zelf initiatief nemen. Volgens ons hebben wij deze groep goed in beeld, en dat hebben we ook met de Landelijke Huisartsen Vereniging afgestemd. We zullen hen dus vandaag en morgen uitnodigen om snel, op korte termijn de GGD te bellen om een afspraak te maken.

De voorzitter:

Dank u wel. Wilt u een tweede vraag stellen of wacht u tot het volgende blokje? Dan gaan we naar de heer Van Haga van Forum voor Democratie.

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

Dank u wel, voorzitter. Wij blijven van mening dat het eigenlijk onzinnig is om gezonde mensen te vaccineren tegen een virus dat betrekkelijk weinig risico oplevert en bovendien continu muteert. Bij mensen die al corona hebben gehad, is dat volgens veel wetenschappers ook onzinnig. Maar goed, als je het vaccineren toch als een heilige graal ziet, dan kunnen we dit hele vaccinatieproject vrij kritisch benaderen. Wij staan vrij onderaan in de lijstjes in de wereld. Je ziet dat Israël en Groot-Brittannië al veel verder zijn. Nu geeft u aan dat de capaciteit het probleem niet is. U heeft net geantwoord dat we het leger kunnen inzetten, of de huisartsen, dus personeelscapaciteit is geen probleem. Maar de levering van de vaccins is dus continu een probleem. Nou vraag ik mij af, maar ik weet niet of een van u dat kan beantwoorden: wat is de reden dat wij het als Nederland zo slecht doen?

De heer **Van Delden**:

Ik heb misschien goed nieuws voor u: we doen het helemaal niet slecht als Nederland. Als je kijkt naar waar we internationaal staan, dan zitten we op z'n minst in de middenmoot. Natuurlijk kan je de vaccinatiecampagne altijd heel kritisch blijven benaderen, dat is waar, maar voor het idee dat wij het heel slecht doen moet ik misschien even verwijzen naar de meest recente data. Het wisselt altijd een beetje. De verschillen zijn klein. Soms zit je net iets hoger, soms net iets lager. Maar we doen het niet heel erg slecht. Dat neemt niet weg dat je de campagne heel kritisch kan benaderen, maar we doen het internationaal gezien zeker niet slecht.

De **voorzitter**:

Meneer Van Haga, wilt u uw tweede vraag stellen of wilt u die vraag bewaren tot het volgende blok?

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

Ik bewaar die voor de heer Van Dissel.

De **voorzitter**:

Helemaal goed. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van der Plas van de BoerBurgerBeweging.

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

Dank u wel, voorzitter. Misschien heb ik het niet goed begrepen, maar er werd erover gesproken dat Defensie afroepbaar is tot en met augustus. Worden zij dan nog opgeleid om te gaan prikken of op wat voor manier dan ook te helpen? Gebeurt dat nu al of gebeurt dat pas als ze nodig zijn?

De heer **Bloemberg**:

We hebben daarover afgesproken dat ze binnen vijf dagen inzetbaar zijn. Dit zijn medewerkers van Defensie die eerder, in oktober, ook al hebben geholpen bij het opzetten van de testlocaties. Daar zijn ze toen dus ook al getraind. We moeten kijken waar de behoefte op dat moment ligt: bij het administratieve proces of bij het prikken. Tegen die tijd moeten we de juiste opleiding verzorgen. Dat kunnen we dan in enkele dagen doen. Ze zijn binnen enkele dagen inzetbaar. Omdat het dan uiteraard om de vaccinleveringen gaat, zien we dat ook wel aankomen. We zijn voortdurend in gesprek om op het moment dat we het nodig zouden hebben die training te kunnen starten.

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

Dit is geen tweede vraag, maar ik vat het even voor mezelf samen. Ze zijn dus afroepbaar, maar moeten dan nog wel een soort opleiding of zoiets hebben? Want dan snap ik niet zo goed waarom dat niet nu al gebeurt.

Het leger moet je volgens mij à la minute kunnen inzetten. Die moeten gelijk in actie kunnen komen.

De heer **Bloemberg**:

We verwachten in het administratieve proces of het prikproces dat we ze binnen enkele dagen goed inzetbaar en opgeleid hebben. We zullen niet zo verrast worden. We kunnen dan de tijd nemen om ze op dat moment goed op te leiden.

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

Maar dat kan toch ook nu? Baat het niet, dan schaadt het niet, zou ik zeggen.

De heer **Bloemberg**:

Op dit moment hebben we de afspraak gemaakt met Defensie dat we voortdurend in contact blijven. Als we zien dat dat gaat spelen en we in die situatie terecht zouden kunnen komen, zullen we dat uiteraard gaan doen. Dat is op dit moment dus niet het geval. Ik gaf het net voorbeeld van mensen die eigenlijk niks te doen hebben.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan draag ik even kort het voorzitterschap over aan mevrouw Kuiken, zodat ik nog een vraag kan stellen.

Voorzitter: Kuiken

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, u mag een vraag stellen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. De vraag die bij mij nog ligt, gaat erover dat de gemiddelde leeftijd van patiënten op de ic's ongeveer 64 jaar is en dat ze daar liggen met een onderliggende aandoening zoals hartfalen, overgewicht en dat soort aandoeningen. Ik ben nou nog steeds heel erg benieuwd, los van die groep en dat vaccin en de hele complexiteit van de vaccinatiestrategie, wanneer u klaar bent met die vrijwillige vaccinatie van de mensen tussen de 60 en de 70 jaar. Het is de allergrootste groep. Het wordt mij maar niet duidelijk wanneer dat afgerond is. Op dit moment lopen de ic's nog vol. Willen wij onze vrijheid terug kunnen krijgen, dan is het van het allergrootste belang dat de mensen die het meeste risico lopen om op de ic's terecht te komen, die vrijwillige vaccinatie zo spoedig mogelijk krijgen. Ik zie meneer Van Delden heel hard knikken. O, sorry, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dat geef niks. De heer Van Delden.

De heer **Van Delden**:

Dank u, voorzitter. Ik ben het natuurlijk helemaal met u eens. Je wil zo snel mogelijk die groep vaccineren. Ik denk dat het wel belangrijk is – ik kom zo op uw vraag – om nog even het onderscheid te maken tussen belastingen van de ic's en sterfte aan covid. Je vaccineert van de meeste kwetsbaren naar beneden, dus van oud naar jong, even los van groepen met een hoog medisch risico. De Gezondheidsraad heeft geadviseerd: vaccineer van oud naar jong. In het begin heeft dat niet het grootste effect op de ic-opnames, maar wel het grootste effect op de sterfte. Dat zien we nu ook in de verpleeghuizen. De sterfte en de ziekenhuisopnames dalen daar ernstig. Dat is heel gunstig. Op dit moment wordt er dus vol ingezet op de vaccinatie van de groep 60- tot 64-jarigen, en overigens ook op de groep met zwaar overgewicht onder de 60 jaar. Die groep is expres als extra

risicogroep toegevoegd. Vanaf half mei zal iedereen boven de 60 zijn eerste vaccinatie moeten kunnen hebben ontvangen.

De **voorzitter**:

Heeft u nog een vraag, of was dat het?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat was het, dank u wel.

De **voorzitter**:

Dan mag u hem weer terug.

Voorzitter: Agema

De **voorzitter**:

We gaan kort schorsen voor een changement van sprekers. Pardon, meneer Stoffer.

De heer **Stoffer** (SGP):

Voorzitter, mag ik dan toch een tweede vraag eraan wagen?

De **voorzitter**:

U mag van mij nog een tweede vraag stellen, meneer Stoffer.

De heer **Stoffer** (SGP):

Die vraag is in het verlengde van de vraag die u stelde. Het is een vraag aan meneer Van Delden. Er viel mij iets op aan de vierde sheet. Daar zie ik zo'n aflopend lijstje met leeftijden. Ik mis daar de groep 65- tot 69-jarigen. Dat is nou juist de groep waarvan ik denk: je bent 65, 66, je zit in het arbeidsproces – ik ken mensen die in het onderwijs zitten, enzovoorts – je bent uitermate kwetsbaar en heel bang. Is die groep vergeten of is het een foutje op de sheet?

De **voorzitter**:

Scherp van u, meneer Stoffer.

De heer **Van Delden**:

Deze groep is natuurlijk niet vergeten. Dit geeft weer wat de vaccinatiegraad is in deze groepen. De vaccinatie in deze groep is nog niet gestart. Zij volgen dus. We werken van oud naar jong. Deze mensen komen in de weken hierna. Omdat van deze groep nog niemand is uitgenodigd en dus ook nog niemand is gevaccineerd, zijn ze niet opgenomen in deze lijst. Dat geldt ook voor de groep van 70 tot 74. Daarvoor starten de uitnodigingen nu. Maar voor de groep die u noemt, zijn de uitnodigingen nog niet gestart.

De heer **Stoffer** (SGP):

Maar toch even. Alles loopt van boven naar beneden. Aan de groep van 60 tot 64 is wel begonnen, maar aan de groep ertussen niet. Is dat dan een vergeten groep of lopen zij minder risico?

De **voorzitter**:

Tot slot, meneer Van Delden.

De heer **Van Delden**:

Ja, u heeft gelijk. Die vraag had ik nog niet beantwoord. Toen we startten met de AstraZenecavaccinatie door de huisartsen was AstraZeneca nog inzetbaar tot 65. Daarom is dat op die manier gestart, maar er werd al gerefereerd aan de schuivende panelen tijdens de operatie. Op dit moment wordt er wel degelijk geprikt met vaccins die over zijn van de

eerste groep. Ik sprak gisteren nog een huisarts die al mensen van 68 aan het prikken was. Ze zijn dus niet vergeten, maar dit komt uit de periode waarin het plafond, zoals wij dat noemen, van de inzetbaarheid van AstraZeneca op 65 lag. Daarom is er zo'n soort hink-stap-sprong, zoals ik dat weleens noem. Je begint met een groep waaraan je anders nog niet zou zijn begonnen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik dank u beiden voor uw inbreng en uw presentaties. Dan gaan we even kort schorsen voor het tweede blok. Er zal even gedesinfecteerd worden voordat we verder gaan.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Ik wil de leden en onze sprekers vragen om straks iets meer in de microfoon te praten, want we hebben dat verzoek gekregen van de techniek. We zijn anders niet goed hoorbaar.

Blok 2:

Gesprek met:

- de heer Kullberg, voorzitter van de Gezondheidsraad
- de heer Van Dissel, directeur van het Centrum voor Infectieziektebestrijding RIVM.

De voorzitter:

We zijn aangekomen bij het tweede blok. We krijgen twee presentaties: de eerste van de heer Kullberg, de tweede van de heer Van Dissel. Ik heet mevrouw Den Haan van 50PLUS van harte welkom. Ik geef de heer Kullberg het woord.

De heer Kullberg:

Dank u wel. Dank voor de gelegenheid om u te mogen bijpraten over de taak en de rol van de Gezondheidsraad. Ik zou graag eerst met u bespreken wat precies de positie en de rol van de Gezondheidsraad is in de advisering rond deze vaccinering.

De Gezondheidsraad is een onafhankelijk wetenschappelijk adviescollege dat op basis van de stand van de wetenschap in de breedte adviseert over volksgezondheid en gezondheidszorg aan de regering en het parlement. De Gezondheidsraad is geen kantoor met een aantal theoretici, maar bestaat uit 110 raadsleden. Dat zijn mensen die dagelijks werkzaam zijn in de praktijk, meest aan universiteiten, in ziekenhuizen, in umc's of als huisarts. Zij zijn benoemd vanwege hun wetenschappelijke expertise, maar ook vanwege hun ervaringsdeskundigheid. Het is dus een multidisciplinaire verzameling. De Raad adviseert en vergadert niet plenair maar in commissies. Naast zo'n multidisciplinaire commissie worden de adviezen ook getoetst en soms bediscussieerd en bekritiseerd door een beraadgroep van nog zo'n 25 leden van de Gezondheidsraad, ook weer met een hele brede achtergrond, van huisarts tot internist en van chirurg tot revalidatiegeneeskundige of ouderengeneeskundige. Maar daar zitten ook methodologen bij die heel kritische vragen kunnen stellen over de wetenschappelijke onderbouwing. Rechtsonder in het plaatje ziet u een aantal kernbegrippen voor de Gezondheidsraad; «onafhankelijk» en «transparant» zijn de belangrijkste, denk ik.

Hoe komen de covidvaccinatieadviezen tot stand? Ik heb het volgende plaatje meegenomen om u te laten zien wie er aan tafel zitten bij de meeste van deze adviezen, in ieder geval sinds eind december. Ik ga die lijst niet helemaal met u doornemen, maar u ziet dat het mensen zijn van wie de meesten in de praktijk staan. Ik noem internisten, infectiologen,

klinisch geriaters en artsen maatschappij en gezondheid. Voor bijvoorbeeld trombosevraagstukken, waarover we het zo zullen hebben, schuiven een aantal trombose-experts aan. Voor de vragen over kinderen zijn er een aantal kinderartsen. Dit zijn allemaal mensen die een wetenschappelijke achtergrond hebben, maar ook in de praktijk staan. Bijna alle mensen op de lijst zijn dagelijks betrokken bij de zorg voor covidpatiënten. Dat wordt aangevuld met één viroloog en één ethicus.

U weet dat de eerste advisering door de Gezondheidsraad over de strategie voor de covidvaccinatie niet door deze commissie, maar door een nog veel bredere commissie gedaan is in november. Daar zijn principiële afwegingen gemaakt. Waar zou je in de vaccinatiestrategie op willen inzetten? De belangrijkste doelstelling ziet u bovenin, namelijk het verminderen van ernstige ziekte en sterfte. Dat is denk ik de meest acceptabele doelstelling voor de hele vaccinatie. Als je dat wilt doen, moet je beginnen met de oudsten – daar laat ik u zo iets over zien – en dan van boven naar beneden door de leeftijden gaan. Dat is het leidende principe. Er kunnen andere redenen zijn om andere groepen te vaccineren, bijvoorbeeld knelpunten in de zorg, zoals vaker is genoemd, maar het leidende principe is het voorkomen van ernstige ziekte en sterfte door ouderen en hoogrisicogroepen als eerste te vaccineren. Dat zie je eigenlijk in alle landen in Europa gebeuren.

Waarom de ouderen? Dat ziet u op dit plaatje. Als je kijkt naar de sterfte en niet alleen naar het aantal sterfgevallen maar ook naar het aantal verloren levensjaren – en voor de experts: het aantal verloren levensjaren gecorrigeerd voor invaliditeit, zeg maar – dan zie je dat het héél sterk oploopt. Dat oplopen begint op te vallen vanaf eind 40 en bij de vijftigers, en dan gaat het heel sterk omhoog. Dat betekent dat daar de meeste verloren levensjaren aan de rechterkant van het plaatje zitten, en dus ook de meeste gezonde levensjaren te winnen zijn als je aan die kant begint met vaccineren.

Ik laat u toch een ingewikkeld plaatje zien over de medische risicogroepen, twee zelfs, niet om dat helemaal met u door te nemen maar omdat u ongetwijfeld veel benaderd wordt door mensen in verschillende risicogroepen. Je moet dit plaatje zo lezen dat de kans op overlijden door covid steeds verder naar rechts staat. Dus hoe verder naar rechts, hoe groter de kans op overlijden. Wat onmiddellijk opvalt, is dat mensen bovenaan omcirkeld, de groepen zestigers, zeventigers en tachtigers, bijna het verste naar rechts staan van alle risicogroepen. Dat betekent dat gezonde mensen op basis van hun leeftijd boven de 60 al het grootste risico hebben om te overlijden. Dan worden er ontzettend veel groepen van onderliggende ziektes benoemd. Ik neem ze niet met u door. Het gaat soms om een heel ernstige onderliggende ziekte, maar als je ziet waar die in het links-rechtspectrum liggen, dan is dat allemaal toch relatief dicht bij die rode lijn die door de 1 gaat, wat in feite het sterfterisico weergeeft van gezonde vijftigers. Ze liggen allemaal een beetje naar rechts, dus wel degelijk wat hoger. De boodschap is dat u hier heel goed ziet dat de gezonde zestigers, zeventigers en tachtigers een hoger sterfterisico hebben dan de meeste jongere mensen met die onderliggende ziekte. Er zijn een paar uitzonderingen die in die verticale ovaal omcirkeld zijn. Dat zijn bijvoorbeeld de mensen met leukemie, nierfalen, een orgaantransplantatie en die neurologische aandoeningen die al gepasseerd zijn. Dat zijn die hoogrisicogroepen. Die hebben een sterfterisico dat in de orde van grootte ligt als dat van de zeventigers.

Het volgende plaatje laat hetzelfde principe zien, met nog een dimensie erbij. Hier staat met de pijl naar rechts de kans op ziekenhuisopname. Hier zie je welke mensen vaker in een ziekenhuis terechtkomen. En de pijl naar boven geeft de kans op overlijden. Als achtergrondinformatie dient dat hele grote Europese onderzoek aan de hand waarvan, voor zover ik weet, eigenlijk alle Europese landen hun vaccinatiestrategie bepalen. Je ziet drie groepen, én sterk naar rechts én sterk naar boven. Dat zijn weer die

zeventigers, de tachtigers en de mensen met downsyndroom. Die komen veel vaker in een ziekenhuis en hebben een veel hogere sterftkans. En daaronder ziet u weer even omcirkeld een paar voorbeelden. Dat zijn de zestigers en de mensen met een orgaantransplantatie. Ook in deze heel grote Europese studie zijn voor al die andere risicogroepen, hoe ernstig hun onderliggende ziekte ook is, de sterfte- of ziekenhuisopnamekans niet groter dan in het algemeen voor die zeventigers geldt.

De Gezondheidsraad heeft veel adviezen uitgebracht. Dit is maar een selectie. Ik heb u het plaatje even gegeven om te laten zien hoe moeilijk het is om besluiten te nemen over adviezen, hoe moeilijk het is om te adviseren op grond van beperkt beschikbare data. In de rechterkolom staan een paar voorbeelden van wat lastige besluiten waren, waar je ook als wetenschappers dapper moet kunnen zijn en knopen moet doorhakken. Dat is in vele gevallen gebeurd.

Ik geef twee voorbeelden. In het advies over Pfizer in januari zeiden de fabrikant en ook het EMA: je moet het prikinterval op drie weken houden; daar hebben we de gegevens over. Wij vonden dat wij genoeg gegevens konden identificeren en beoordelen om dat interval al vanaf bijna het begin uit te breiden naar zes weken, ook al zei de fabrikant: daar zijn we niet blij mee. Maar dat is zo'n besluit dat je neemt met de best beschikbare gegevens.

Het voorbeeld daaronder gaat over AstraZeneca. U herinnert zich wellicht nog dat het EMA toen zei: we kunnen eigenlijk geen oordeel vellen over de werkzaamheid bij mensen boven de 55 jaar, want daar hebben we geen of onvoldoende gegevens over. De Gezondheidsraad heeft toen gezegd: op grond van de bloedonderzoeken en antistofniveaus en op grond van de getallen die er toch zijn, vinden wij het verantwoord om te adviseren het in te zetten tot 65 jaar. Dat is ook de reden dat toen die groep tot 65 jaar daarvoor in aanmerking is gekomen. Dat is achteraf natuurlijk ook bevestigd, want we weten inmiddels dat dat vaccin uiterst werkzaam is tot op hoge leeftijd.

Hetzelfde geldt voor het oprekken van het interval. Voor AstraZeneca was er primair op een interval van vier weken onderzocht. Daarvan hebben we gezegd dat het ook verantwoord naar twaalf weken zou kunnen gaan. Dat is inmiddels ook door de verdere gegevens bevestigd. Dus soms moet je beslissingen nemen die niet helemaal volgens het boekje van de fabrikant zijn, maar die enige dapperheid vergen. Maar dan wel zo dat ook achteraf bevestigd wordt dat het juist was.

Een belangrijk onderwerp is, denk ik, het advies dat hier bovenaan staat. Dat is het advies van vorige week over het inzetten van het AstraZeneca-vaccin in het licht van de bijwerkingen. Ik wil u daar even iets uitgebreider in meenemen. Dat is zo'n advies dat heel moeilijk is in de zin dat de gegevens die vrijgegeven zijn en die bekend zijn over die bijwerkingen en de risico's, heel beperkt zijn geweest. Dat is de reden dat ik u in deze plaatjes meeneem. U weet dat we het over die bijzondere vormen van trombose hebben, met of zonder verlaagd aantal bloedplaatjes. Die korten we af als CVST en SVT. U ziet de uitleg op het plaatje staan. Daarvan heeft het EMA steeds in korte communicaties gezegd dat de meeste gevallen optreden bij vrouwen onder de 60 jaar en dan binnen twee weken na de eerste vaccinatie.

Dan komt daaronder de zin uit de persconferentie van 7 april van het EMA, waar we ook iets meer over moeten zeggen. Maar er waren dus tot 7 en 8 april ontzettend weinig precieze gegevens bekend. Meestal kun je dan naar Engeland kijken, omdat die veel eerder zijn begonnen met vaccineren, en ook met dit vaccin. Maar Engeland had eigenlijk heel weinig bijwerkingen bekend gemaakt. En ook op 7 april, net voordat het EMA met de wereldwijde gegevens kwam, kwam Engeland met zijn eigen gegevens naar buiten. Die laat ik zo zien. Over het onderste statement van het EMA is veel te doen geweest. Dat was het statement dat de voordelen van het vaccin overall opwegen tegen het risico van de bijwerkingen.

Maar het EMA zei er gelijk bij: als je een nationaal vaccinatiebeleid maakt, kun je ook rekening houden met de beschikbaarheid van andere vaccins. Zo moet je, denk ik, die onderste zin lezen.

Het is goed om even vast te stellen wat de rol is van het EMA en wat de rol is van instanties als de Gezondheidsraad. Het EMA adviseert Europees met en namens de landelijke instanties, zoals in Nederland het CBG, over markttoelating van geneesmiddelen. Het stelt de productinformatie vast, beter bekend als de bijsluiter, maar die is veel uitgebreider. Het stelt eventueel aanvullende eisen aan fabrikanten dat ze meer onderzoek moeten doen of meer moeten registreren en het heeft een rol in de continue bewaking van de veiligheid en de effectiviteit.

Het EMA adviseert niet over welk vaccin of welk geneesmiddel je voor welke groep het beste kunt inzetten in welke omstandigheden. Dat is niet zijn rol. Het kan in feite alleen beslissen over de markttoelating, om die in het uiterste geval ook weer in te trekken. Daar sloeg het statement op. Daarmee zeiden ze dat ze daar natuurlijk geen enkele reden toe hadden. Ze zeiden heel terecht: bij de afweging tussen effectiviteit en veiligheid vinden we dat bij dit vaccin overall de voordelen opwegen tegen de nadelen. Hoe je een geneesmiddel inzet en welk geneesmiddel je inzet, dat is aan de experts in de landen. In de individuele patiëntzorg is het ook heel normaal dat meestal de beroepsgroepen richtlijnen maken. Van de 100 antibiotica die er zijn, geven huisartsen met z'n allen bijna altijd 1 specifiek antibioticum vooral bij blaasontsteking, behalve bij bepaalde groepen, bijvoorbeeld zwangere vrouwen. Dat is omdat de beroepsgroepen met elkaar, ook het Nederlands Huisartsen Genootschap, afspraken hebben gemaakt over wat het handigste en het beste is, en wat je juist niet moet doen. Als het heel duidelijk is dat iedereen het daarover eens is, noem je dat een professionele standaard en daar houden voorschrijvers zich over het algemeen heel goed aan.

In een nationaal vaccinatieprogramma is dat net iets anders. Want dan is het in feite de overheid die de vaccins uitdeelt, om het zo maar te zeggen. Die vraagt dan aan de Gezondheidsraad om de rol op zich te nemen van degene die de afweging maakt tussen en de keuze voor de middelen voor de verschillende groepen.

Wat we wisten op 7 april was ontzettend beperkt qua details. Dit is wat er wereldwijd op dat moment bekend werd gemaakt door het EMA: het aantal gevallen en dat het vooral ging over vrouwen onder de 60 jaar. Daarbij zei het EMA zoals u weet dat het geen duidelijke risicofactoren of geslacht of leeftijd kon aangeven. Dat klinkt als een contradictie met de zin daarvoor, maar wij maken daaruit op dat ze de getallen uit de hele wereld over hoeveel mensen er precies gevaccineerd waren, in welke leeftijds-groepen en hoeveel van hen die bijwerkingen hadden, nog niet helemaal op een rij hadden. De Engelsen gaven op dezelfde dag de getallen die ik hier rechts genoemd heb en die redelijk overeenkomen met het aantal gevallen van niet-bewezen bijwerkingen. Zij hebben de man-vrouwverhouding daar wel gelegd.

U ziet dat het in Engeland in ieder geval het aantal overledenen zeker niet alleen vrouwen betrof. Als je dan grofweg gaat rekenen, kom je zowel bij de wereldwijde EMA-gegevens als bij de Engelse gegevens uit op een overall incidentie – als je even aanneemt dat mannen en vrouwen, alle leeftijden hetzelfde zouden hebben – van 1 op 100.000 tot 1 op 250.000, met een sterfte daarvan tussen de 20% en 25%.

Ik ga even fast forward naar eergisteravond. Intussen had de Gezondheidsraad natuurlijk geadviseerd hoe dit vaccin in te zetten op grond van die heel beperkte gegevens die er waren. Maar gisteravond heeft het EMA aanvullende gegevens bekendgemaakt. Daarmee kunnen we achteraf bekijken of het besluit verstandig was of niet. Daaruit blijkt dat die bijwerking heel opvallend optreedt in de tweede week na het vaccin, mediaan of gemiddeld rond de negende dag. Opnieuw zeggen ze in hun heel uitgebreide rapportage van eergisteravond dat het vooral jonge

vrouwen zijn, maar dat de risico's per geslacht niet precies zijn vast te stellen. Ze zeggen duidelijk – ik zal dit zo laten zien – dat er geen signaal is dat het risico verhoogd is bij 60-plussers. Ook is de bijwerking wereldwijd niet gemeld – het is al eerder genoemd vandaag – na de tweede prik. Het plaatje dat u hieronder ziet, is een illustratie uit het net vrijgegeven EMA-rapport. Hierin zie je wat er geregistreerd is of gemeld is tot 1 april ongeveer: de aantallen in de verschillende leeftijdsgroepen ten opzichte van het aantal dat je zou verwachten van deze ziekte, die natuurlijk normaal ook voorkomt in verschillende leeftijdsgroepen. Dan zie je onmiddellijk dat het vooral gezien is – althans relatief, ten opzichte van wat je zou verwachten – bij jonge mensen. Tekstueel daarboven zeggen ze dat het vooral jonge vrouwen waren. Je kan dit vertalen in technische termen als «relatief risico». Dat loopt door tot de vijftigers. Bij de 60 zie je een getal van 1 of 1,1 staan. Dat betekent eigenlijk dat wat geobserveerd is tot nu toe bij zestigers niet anders is dan bij de mensen die niet gevaccineerd zijn, want daar komt de ziekte natuurlijk ook sporadisch voor. Boven de zestigers zie je nullen staan; daar is het niet of nauwelijks geobserveerd.

Wat is verstandig om te adviseren over de inzet, als je weet dat er drie merken vaccins beschikbaar waren en de komende tijd beschikbaar zijn, en in welke hoeveelheden ze beschikbaar zijn? Nog even ter referentie zeg ik dat u bovenaan pagina 13 de sterftcijfers ziet voor de verschillende leeftijdsgroepen. Daarbij is aangetekend dat dit sterfte is die optreedt als je niet vaccineert. Als je besluit om helemaal te stoppen met vaccineren – maar dat is natuurlijk geen optie – dan zijn dit de sterfterisico's. Nooit heeft de vraag voorgelegd of we met het hele vaccinatieprogramma, met alle vaccins, gaan stoppen, of dat we dit soort sterftcijfers accepteren. Wel lag de vraag voor: moeten we Pfizer en Moderna inzetten voor de groep jonge mensen, vooral jonge vrouwen, die dit risico loopt, of moeten we ook in die groep doorgaan met AstraZeneca? Als u nu, dus achteraf, de plaatjes ziet die we de dertiende april hebben gekregen, dan begrijpt u dat het nemen van dat besluit niet ontzettend moeilijk is. Het staat eronder samengevat. De Gezondheidsraad heeft nooit het advies gegeven om te stoppen of om te pauzeren met de vaccinatie. Het advies was: ga door met het vaccinatieschema; verander de volgorde niet en zet de wekelijks geleverde vaccins zo veilig mogelijk in. Dat is dus de kleine verschuiving van AstraZeneca naar de andere vaccins voor 60-mingroepen, die bij uitstek dit risico lopen.

Het volgende plaatje, op pagina 14, sla ik even over, want ik denk dat Jaap van Dissel dat straks zal laten zien.

Op het plaatje op pagina 15 ziet u de aantallen die worden geleverd. Die heeft u gezien in de Kamerbrief van eergisteren. De leveringen van deze week zijn omcirkeld. Als we de 79.000 Jansenvaccins ervan aftrekken, dan zitten we nog steeds op 700.000 vaccins, waarvan een dikke 600.000 Pfizer- en Modernavaccins en ongeveer 100.000 AstraZenecavaccins. Feit is dat bijna alle mensen die gevaccineerd moeten worden, nog boven de 60 zijn; het zijn de zestigers en de zeventigers. Ik schat in dat dit er tussen de 2 en 3 miljoen zijn. De groepen van tienduizenden, die u zonet zag weergegeven, zijn mensen van onder de 60. Gelet op dit feit en gelet op de genoemde verhoudingen is het advies van de Gezondheidsraad: zet van dit palet van 700.000 vaccins per week nou niet net de minderheid aan AstraZenecavaccins in bij de groep voor wie dat risico wel speelt, maar doe dat bij de groep zestigers voor wie er geen indicatie voor dat risico is gegeven.

Ten slotte heel kort iets over het andere recente advies, over het interval tot de tweede dosis. Daar heb ik net iets over gezegd. U moet zich realiseren dat we bij het vaccineren in Nederland al vanaf het begin vrij lange intervallen hebben gehanteerd tussen de eerste en de tweede prik: zes weken voor Pfizer in plaats van de geadviseerde drie weken en twaalf weken voor AstraZeneca in plaats van de primair onderzochte vier weken.

De vraag die al eerder voorlag en die nu weer voorligt, is: kun je dat nog verder oprekken en bij Pfizer van zes naar twaalf weken gaan en bij Moderna eventueel ook?

In theorie heeft dat evident voordelen. Als je dat interval nog verder oprekt, dan komen er tijdelijk meer doses vrij en dan kun je het vaccineren van alle te vaccineren mensen een paar weken naar voren schuiven. Maar er zijn ook mogelijke nadelen. We weten in ieder geval zeker dat de tweede dosis echt nodig is voor een uiteindelijke bescherming. Dat geldt zeker voor de mRNA-vaccins. Maar het goede nieuws is dat een eerste dosis natuurlijk wel voor een deel beschermt. Dat is niet optimaal; de desbetreffende getallen liggen ergens tussen 60% en 70% bescherming in de eerste zes weken. Er is nauwelijks iets bekend over wat er gebeurt na die eerste zes weken, waar we al op zitten. Ook nu zijn er eigenlijk nog nauwelijks gegevens waaruit blijkt hoe de bescherming doorloopt als je de eerste prik tussen zes en twaalf weken uitstelt, maar we kunnen dat wel extrapoleren.

De heer **Paternotte** (D66):

Voorzitter, excuus. Zou ik een korte, verduidelijkende vraag mogen stellen? Is die 60% tot 70% de absolute effectiviteit? Kunt u ook iets zeggen over de bescherming die de eerste prik biedt tegen een ernstig ziektebeeld, tegen een ziekenhuisopname en tegen overlijden?

De heer **Kullberg**:

Dat is een heel terechte vraag. Daar zal ik zo iets over zeggen. Die 60% tot 70% is de gerapporteerde bescherming tegen ziekte. Uw vraag is terecht. Ik kom inderdaad nog op de bescherming tegen ziekenhuisopname. Wat belangrijk is, is dat virologen er op basis van ervaringen met andere virussen steeds op wijzen dat in die mensen, juist door het lage niveau van bescherming dat zij na één prik hebben, een soort broedplaats kan ontstaan waardoor je selectief varianten zoals de Zuid-Afrikaanse en de Braziliaanse zou kunnen bevoordelen. Dat is een theoretisch risico, en wel in die zin dat men in populaties natuurlijk nog niet heeft gemeten op dit virus en deze varianten. Maar het is wel een heel bekend immunologisch risico. We zitten dus met een theoretisch risico aan de ene kant en met harde getallen over de voordelen aan de andere kant. Op 8 maart hebben we eigenlijk al voor de tweede keer geadviseerd om het niet verder op te rekken dan de periodes die we al hanteren en die bovenin het plaatje staan. Ik schets even de achtergrond; we gaan er zo naar kijken. In de modelberekeningen van het RIVM zijn de beschikbare gegevens verwerkt over de vaccineffectiviteit, de stand en het beloop van de epidemie in Nederland, de feitelijke leveringen van alle soorten vaccins en het uitroolschema van het RIVM.

Wat kun je nou verwachten als je dat opnieuw gaat modelleren? De Kamer heeft gevraagd om ook specifiek naar het aantal opnames te kijken en niet alleen naar ziekte. Het is goed om al van tevoren te bedenken wat op zo'n effect zou kunnen volgen. Het doel is natuurlijk om vaccins vrij te spelen om extra mensen eerder hun eerste vaccin te kunnen geven. Als je die extra groep mensen vervroegd voor de eerste keer gaat vaccineren met het vrijgespeelde vaccin, dan kun je de werkzaamheid in de nieuw gevaccineerden in het algemeen pas na twee à drie weken verwachten. Dan beginnen ze beschermd te raken. Als die mensen dan wel of niet geïnfecteerd worden, dan duurt het twee weken voordat ze wel of niet in het ziekenhuis komen. Je kunt dus al van tevoren bedenken dat, als je nu vaccins vrijspeelt en die aan nieuw te vaccineren mensen geeft, je het eerste effect op ziekenhuisopnames pas na vier tot zes weken zou kunnen gaan zien.

Begin maart waren er gegevens over heel grote groepen in Schotland. Daaruit blijkt dat zowel AstraZeneca als de twee andere vaccins na de eerste dosis voor ongeveer 80% beschermen tegen ziekenhuisopnames.

Dat weten we intussen. Ik begrijp dat uw vraag daarover ging. Dat is individueel fantastisch, want als je gevaccineerd wordt, is je kans op een ziekenhuisopname met 80% gereduceerd. Voor het individu is dat dus fantastisch. Voor de hele populatie is dat toch heel anders dan bij 95% of 100% na twee prikken, want dat betekent dat je een grote groep mensen krijgt voor wie de kans op opname met 80% is gereduceerd in plaats van met 95% of 100%. Je zult dus meer opnames gaan zien onder de deels gevaccineerden.

Dat moet je afzetten tegen de winst die je haalt door andere mensen vroeger te vaccineren. Die blijkt uit het plaatje op pagina 17. Ik ga niet op de details in. De donkere lijn links laat het effect van uitstel zien op het aantal ziekenhuisopnames. De dunne lijn toont wat er gebeurt als je vaccineert zoals we dat nu doen bij Pfizer, met het toch wel al vrij lange interval, maar niet met een interval van twaalf weken. Bij de grote slingeringen die je ziet, wordt uitgegaan van de modellering die het RIVM steeds maakt. Daarin wordt ervan uitgegaan dat algemene maatregelen – lockdown en andere maatregelen – losgelaten worden bij verbeteringen, ingesteld bij bepaalde drempelwaarden inzake ziekenhuisopnames. Dat is een van de voorspellingen die ik kan doen. Je ziet gelijk dat die maatregelen een enorm effect hebben op het aantal ziekenhuisopnames, ongeacht welke van deze twee vaccinatiestrategieën je precies volgt. Als je goed kijkt, dan zie je dat de lijnen in de loop van mei al een beetje uit elkaar gaan lopen. Maar pas in juni, juli zie je het echte effect. Dat is op het ene moment iets in het voordeel van de uitgestelde tweede prik en in het andere model is dat niet zo. Dat hangt erg af van hoe de lockdown en de andere maatregelen precies zijn. Maar per saldo kun je in het scenario met uitstel over de hele periode tot het eind van de zomer gemiddeld een tot vijf ziekenhuisopnames per dag uitsparen. Dat hebben we ook in het advies geschreven. We zullen straks horen waar we nu zitten; ik schat een orde van grootte van 200 per dag. Dus dat is een voordeel, maar het is een relatief klein voordeel. Daarom zegt de Gezondheidsraad in zijn laatste advies: ja, er is een klein voordeel, maar dat kunnen we niet kwantificeren tegen het theoretische risico van de selectie van resistente stammen; dat is niet in maat en getal uit te drukken en daar kunnen we geen voorspelling over doen. Je zou die stap dus kunnen maken, dapper kunnen zijn en die paar ziekenhuisopnames per dag kunnen incasseren door dit te veranderen. Dat is voor de mensen die het betreft natuurlijk heel belangrijk, maar dat moet je afwegen tegen het wijzigen van het programma. Dat heeft u, denk ik, al gehoord. De opbrengst kan er dus zijn, maar zij is relatief gezien heel gering. Daarom is het geen middel om het probleem van de pandemie op te lossen. Daar wil ik het bij laten. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Kullberg. We wachten heel even op het reinigen van de afstandsbediening.
Dan geef ik nu het woord aan de heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Even een vraag, gezien de tijd, mevrouw de voorzitter. Zal ik proberen om er iets sneller doorheen te gaan?

De voorzitter:

Heel graag, want we zijn inmiddels ook met meer fracties en we hebben de technische briefing tot 12.30 uur ingepland. Als u het iets kunt inkorten, heel graag.

De heer Van Dissel:

Prima.

U kent hopelijk nog een aantal van de plaatjes die ik u laat zien. Ik zal de belangrijkste plaatjes even in vogelvlucht met u doornemen. Op slide 2 ziet u het overzicht. Hier heb ik twee dingen aan toegevoegd. Allereerst is dat het opzetten van thuisbegeleiding. Dat gebeurt in bepaalde regio's. Dat betekent dat er tussen ziekenhuis en huisarts een mogelijkheid komt om thuis wat intensiever iets met zuurstof en dergelijke te doen. Dat is natuurlijk toch wel een belangrijke ontwikkeling die ook deels de zorg ontlast. De geschatte getallen heb ik even in blauw toegevoegd. Nogmaals, het is een redelijk grove schatting. U ziet dat we ongeveer 1,3 miljoen bevestigde gevallen in Nederland hebben. Ik benadruk «bevestigd», want we denken dat dit aantal drie, vier keer hoger ligt. Onder de bevestigde gevallen is de overallsterfte zo rond de 1% à 1,5%, zoals weergegeven. Ik grijp terug op de presentatie van collega Kullberg: u ziet dat dit tot 60 jaar nog eigenlijk onder de 0,5% is en pas boven de 80 jaar echt gaat oplopen. U ziet ook dat er grofweg 50.000 ziekenhuisopnames zijn geweest en dat er in een jaar tijd zo ongeveer 10.000 mensen naar de ic's zijn gegaan. Dat zijn even grofweg de getallen. Dan de ontwikkeling van de tweede golf en de derde golf, waar we nu in zitten. We noemen het toch een derde golf, omdat het eigenlijk inmiddels alleen nog maar om het variantvirus gaat. U ziet op slide 3 de sleutelgetallen. Het aantal testen is weer opgelopen. Ongeveer 10% is positief. Er zijn zo'n 50.000 meldingen gekomen van teststraten, maar die komen natuurlijk ook van ziekenhuizen. Dit getal is dus altijd wat hoger dan u op grond van het bovenstaande kunt uitrekenen. Overall is de incidentie zo'n 290 per 100.000. Daarmee zitten we toch in de top drie van Europa. Ter vergelijking merk ik op dat Duitsland, dat toch striktere maatregelen aankondigt, ongeveer op de helft van deze incidentie zit. Aan de rechterzijde is de opname in de ziekenhuizen en op de ic's weergegeven. U ziet dat we in een week ongeveer 1.700 ziekenhuisopnames en zo'n 380 à 390 ic-opnames hebben gehad. Die getallen zijn grofweg gelijk aan die van de week daarvoor. De een is wat lager en de ander is wat hoger, maar daar lijken we enigszins een afvlakking te zien. Dat is natuurlijk belangrijk. Bovenaan de slide heb ik nog twee grafieken in het blauw opgenomen. Daarin worden de opgenomen patiënten onderverdeeld in leeftijd weergegeven. U ziet dat 80-plus best in het ziekenhuis komt, maar eigenlijk zelden op de ic terecht komt, omdat de verwachting dat je daar reversibele dingen kunt doen, dat je een patiënt weer kan verbeteren, klein is. Dan het beeld op pagina 4, over Nederland. Ik laat dat even voor wat het is. Ik merk wel op dat Groningen aan de lage kant zit en dat Limburg-Noord en Zuid-Holland Zuid aan de hoge zijde zitten, maar ze zitten allemaal in de categorie «zeer ernstig». Eigenlijk is in geheel Nederland het beeld hetzelfde. Er zijn geen gebieden waar je de opkomst van de derde golf niet ziet. Op slide 5 ziet u de leeftijdsverdeling. Ook dat is, denk ik, een bekende slide. Bij de verschillende weken wordt aangegeven wat het incidentiegetal is en welk aantal patiënten wordt vastgesteld. U ziet dat de grootste groep nog steeds de groep 18- tot pakweg 25-jarigen is. Die steekt er nog steeds bovenuit. Eigenlijk is dat al wekenlang zo. Helemaal rechts ziet u weergegeven dat die toename zich eigenlijk helemaal niet voordoet bij 80-plus; onder hen is er eerder een afname. Dat is in de twee grafiekjes helemaal rechts wat uitvergroot: enerzijds thuiswonenden van 80-plus en anderzijds verpleeghuisbewoners. U ziet dat er een afvlakking is. Die afvlakking is het gevolg van de vaccinatie. Daar zien we domweg minder infecties. En als die in een verpleeghuis voorkomt, komen daaruit minder positieve patiënten, of cliënten – misschien moet ik het zo zeggen – voort. Waarom zijn die meldingen toch ingewikkeld te duiden en waarom kijken we eigenlijk steeds meer naar de ziekenhuisopnames en de ic-opnames? Dat ziet u weergegeven op slide 6. Hier heb ik de meldingen weergegeven die al dan niet in het kader van bron- en contactonderzoek plaatsvinden.

Dat zijn de twee rode grafieken aan de linkerzijde. Verder ziet u de meldingen die worden geïnitieerd door een persoon zelf. Hij of zij heeft bijvoorbeeld klachten of wil zich laten testen zonder dat er klachten zijn. Van degenen die ervan wordt verwittigd dat zij in een bron- en contactonderzoek zijn genoemd als mogelijk contact en klachten hebben, test zo'n 20% tot 25% positief. Bij degenen die dan nog geen klachten hebben, is dat onder de 10%. Dat is met de twee rode pijltjes weergegeven. De groep die zich buiten het bron- en contactonderzoek laat testen, scoort in beide gevallen lager. De personen met klachten scoren toch weer wat hoger dan de personen zonder klachten. Nou, op zich verwacht je dat natuurlijk, maar doordat er steeds wisselende hoeveelheden zijn uit de verschillende groepen, is de duiding van de meldingen sec wel ingewikkeld geworden. Immers, verschillende groepen dragen daaraan bij en de betekenis ervan ligt natuurlijk voor elke groep eigenlijk net iets anders.

Dan nog even het bron- en contactonderzoek. Wat is nou de opbrengst en waar vinden de meeste besmettingen plaats? Zowel ten aanzien van de individuele gevallen die gerelateerd worden aan een ander geval, als uit het clusteronderzoek blijkt dat de meeste besmettingen plaatsvinden in de thuissituatie: 50% tot 60%. Interessant genoeg vindt ongeveer de helft daarvan plaats door bezoek thuis. Daar weer de helft van vindt plaats op het werk en daar weer ongeveer de helft van vindt plaats op school.

Daarmee heeft u de top vier te pakken. De meeste besmettingen vinden dus plaats binnen het huishouden en ze worden via bezoek, via werk en in mindere mate via de school en de opvang in het huishouden gebracht. Op slide 7 ziet u links de clusters onder leeftijdsgenoten. Het hele cluster bestaat dan alleen maar uit mensen met de genoemde leeftijden. Aan de rechterzijde ziet u het voor clusters met meer leeftijden, bijvoorbeeld gezinnen. Ik wijs ook nog even op het belangrijke verschil in de y-as. De een gaat in de duizenden, de ander in de honderden. De grafiek rechtsboven geeft dus verreweg de grootste invloed aan op de uiteindelijke verspreiding: thuis, bezoek, werk. Wat u nog apart met de rode pijl ziet aangegeven, zijn weer de verpleeghuizen. Die waren aanvankelijk nog een plaats van overdracht, maar u ziet dat dat steeds verder is afgenomen en inmiddels bijna terug is op niets. Dat is het effect van de vaccinatie, ook van de zorgverleners.

Op slide 8 ziet u dit samengevat.

Ik ga meteen door naar de kiemsurveillance en de meer voorspellende parameters. Allereerst de kiemsurveillance. Op slide 9 ziet u linksonder de actuele metingen met betrekking tot het aantal Britse varianten, de P.1-variant, de Braziliaanse variant, en de SA, de Zuid-Afrikavariant. U ziet dat de metingen aangeven dat de Britse variant, met de oplopende datapunten en de lijn die daardoorheen getrokken is, inmiddels 95% van de besmettingen in Nederland veroorzaakt. Die heeft nog steeds een hogere besmettelijkheid dan de klassieke variant die we hebben gehad. U ziet dat de Zuid-Afrikavariant eigenlijk niet goed de kans krijgt om door te breken. Sterker nog, hij lijkt misschien weer wat af te nemen. De Braziliaanse variant, de zogenaamde P.1-variant, heeft vooralsnog zelfs een iets hogere besmettelijkheid dan de Britse variant, maar dit is wel iets gekleurd door de kleine aantallen en misschien de specifieke epidemiologie. U ziet dat die momenteel op 49% wordt geschat, tegen 33% voor de Britse variant. Dat is er een die opkomt, en dat is wel een belangrijk gegeven, waar we misschien later nog op kunnen terugkomen. Aan de rechterzijde ziet u het aantal ...

De voorzitter:

Meneer Van Dissel, de heer Van Baarle zou graag een verduidelijkende vraag willen stellen.

De heer Van Dissel:

O, sorry. Natuurlijk. Neem me niet kwalijk.

De heer **Van Baarle** (DENK):

De heer Van Dissel geeft aan daar misschien later op terug te komen. Uit de grafiek blijkt dat de Braziliaanse variant in juli zorgt voor 75% van de besmettingen, maar over die variant weten we nog vrij weinig. Kunt u wat zeggen over de mate van onzekerheid die dat met zich brengt voor de ramingen die u later in uw presentatie laat zien?

De heer **Van Dissel**:

Die invloed is, denk ik, momenteel gelukkig gering. Waarom? U ziet inderdaad dat die toeneemt, maar u moet zich tegelijkertijd realiseren dat het aantal gevallen naar juli – dat zal ik u straks laten zien – geweldig gaat afnemen. Het zou dus kunnen zijn dat onder een afnemend aantal gevallen het aandeel van de Braziliaanse variant groter wordt en van de Britse variant kleiner, maar vooralsnog is de voorspelling dat het overall genomen heel erg afneemt. Daarom is de exacte invloed daarvan nog niet goed in te schatten. De overweging bij de Braziliaanse variant betreft met name de reactie op de vaccinatie: zijn personen die gevaccineerd zijn, voldoende beschermd tegen de Braziliaanse variant? Ik denk dat daar nog een boel over te leren valt. De suggestie is in ieder geval dat dit minder is dan bij bijvoorbeeld de Britse variant. Of dit bijvoorbeeld wel ziekenhuisopnames voorkomt, maar niet zozeer dat je je een paar dagen griepig voelt, is natuurlijk wel essentieel voor onze verdere inschatting. Dat weten we gewoon nog niet.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

De heer **Van Dissel**:

Dan het aantal besmettelijke personen. Aan de rechterzijde ziet u dat we momenteel op zo'n 163.000 zitten. Dat is grofweg evenveel als vorig jaar tijdens de piek in de tweede golf. Dat ziet u ook in de grafiek. Ik wil benadrukken dat dit dus toch een heel hoog aantal is.

Dan het reproductiegetal, slide 10. De laatste schatting die we op grond van de besmettingen kunnen maken, is dat het reproductiegetal net onder de 1 ligt; het is namelijk 0,97. Bij de opsplitsing ziet u dat dit het reproductiegetal van de Britse variant is. Dat is ook logisch, want de Britse variant heeft het eigenlijk helemaal overgenomen. Hetzelfde getal kun je ook berekenen op grond van ziekenhuis- en ic-opnames. Dat ziet u helemaal onderaan. Dan kom je net boven de 1 uit. Dit is dus een ontwikkeling in de richting van de 1. Die is natuurlijk gunstig, maar op grond van de wat hardere gegevens van ziekenhuizen en de ic's zie je ook dat het toch nog boven de 1 ligt.

Dan de voorspellingen. Daarin verwerken we het bekende huidige vaccinatieprogramma, dat tot juli loopt, met de verschillende vaccins, en de effectiviteit daarvan die uit studies bekend is. Daarin nemen we niet alleen de vaccinaties mee, maar ook de doorgemaakte infecties. Dat wordt een steeds belangrijker aandeel. U krijgt dan het soort grafieken dat ik ook eerder heb getoond, zoals deze grafiek op slide 12. Daarin worden de actuele opnames in de dots, de zwarte punten, aangegeven; de verschillende lijnen laten de verschillende voorspellingen zien. Daarbij gaat het eigenlijk om de groene lijn die wij, uitgaande van de huidige maatregelen, hebben doorgetrokken tot begin mei. Ik zal u straks nog even laten zien hoe dat verder loopt. De blauwe lijn had zich voorgedaan als er helemaal geen versoepelingen waren geweest; ik doel nu op het openen van de scholen. Het aantal dat de rode lijn laat zien, had zich voorgedaan als we in december en januari niet alle maatregelen hadden genomen. Wat u eigenlijk ziet, is dat we volgens deze voorspelling nu ongeveer op de piek zouden zitten, op het plateau. Dat is misschien ook wat we terugzien in de aantallen. Dat zal natuurlijk met name de komende dagen moeten blijken. Maar ik wil u ook wijzen op de grote onzekerheid. Die wordt weergegeven

door het gekleurde vlak. Rechts is die vertaald naar de frequentieverdeling van die onzekerheid. U ziet dat daar een mediane lijn, dus precies de 50%-waarde, doorgetrokken is. Maar de helft van de daadwerkelijke gevallen zal natuurlijk daarboven komen te liggen en de andere helft eronder, en u ziet dat er onzekerheid is.

Nou, dit kunnen we ook doen voor de opnames. Op slide 13 ziet u dat het model die tot nu toe toch heel aardig voorspelt. Ook daar is er de komende tijd een piek, maar die is natuurlijk iets later, omdat men nu eenmaal enige tijd opgenomen is. Maar het heeft eigenlijk dezelfde vorm. U begrijpt dat we dit ook kunnen doen voor de totale ziekenhuisopnames, maar die heb ik er nu even buiten gelaten.

De grafiek op slide 14 sla ik nu heel even over, want gezien de tijd wil ik u eigenlijk ietsje uitvoeriger meenemen naar de grafiek op slide 15. Daarop ziet u, in de modellering en uitgaande van de huidige situatie, opnieuw met de zwarte stippen het aantal opnames en de bedbezetting per dag weergegeven, in dit geval op de ic-afdelingen. U ziet dat een aantal lijnen zijn doorgetrokken. Allereerst is er de rode lijn, die zich voordoet als er geen enkele verandering in de bestaande maatregelen zou komen. Dan ziet u dat de lijn inderdaad gaat dalen en tegen 1 juli bijna op de onderlijn ligt. Met andere woorden: dan zou er sprake zijn van een uitgebluste uitbraak. Dat is natuurlijk een belangrijk gegeven, maar wel – voor alle duidelijkheid – met continuering van de maatregelen. De drie andere lijnen zijn met paars, groen en blauw weergegeven en geven aan wat er zou gebeuren als stap 1 van het stappenplan, zoals dat is gepresenteerd, zou worden uitgevoerd. Dat is de paarse lijn, waarbij we alweer heel snel een toename zouden zien. De groene en de blauwe lijn zijn de verschillende tussenvormen, waarbij bijvoorbeeld de avondklok en de bezoekerregeling worden aangepast, al of niet met aanpassing van het onderwijs. Dit geeft de voorspellingen weer als dat per 21 april zou zijn gebeurd. Er is al besloten om dat niet te doen, maar ik geef even de beelden mee die daarvoor onderliggend zijn. De achtergrond is ook dat je ziet dat de onzekerheid geweldig toeneemt. Met andere woorden: er is ook een kans dat het niet zo gaat zoals de mediane lijn suggereert, maar dat er een veel hoger aantal is. In zijn algemeenheid is het natuurlijk zo dat, als je op een piek van het aantal besmettelijken iets zou veranderen waardoor het gedrag verandert, waardoor er meer contacten en ook weer meer besmettingen optreden en de R-waarde bijvoorbeeld van rond de 1 naar 1.2, zou gaan, we in twee generaties, iets meer dan een week, van 160.000 naar 240.000 gaan. De kwetsbare situatie momenteel komt deels doordat er een heel grote bulk aan besmettelijke personen is met een R-waarde die net rond de 1 schommelt. Als die waarde duidelijk boven de 1 zou komen, bijvoorbeeld om maatregelen los te laten, zou je in heel korte tijd ook absoluut gezien een heel belangrijke toename zien, die zich ongetwijfeld ook zou vertalen in ziekenhuisopnames. Dat ziet u hier nog eens samengevat. Ik denk dat ik alles daarover al heb verteld.

Dan wilde ik nog twee dingen kort laten zien. We zeggen dat de vaccinaties natuurlijk heel erg belangrijk zijn, en dat zijn ze ook, want daarmee bouwen we een arsenaal aan personen op die resistent zijn tegen het virus, die afweer hebben. Maar tegelijkertijd hebben we inmiddels natuurlijk ook een groep personen die afweer hebben als gevolg van een doorgemaakte infectie. Dat ziet u hier weergegeven in een Sanquin-onderzoek. Het RIVM heeft een soortgelijk onderzoek gedaan, dat ik misschien de volgende keer kan laten zien. Ook de GGD Limburg heeft daarnaar onderzoek gedaan. Eigenlijk tonen al die onderzoeken aan dat, als je kijkt naar het aantal bloeddonoren in maart, ongeveer 22% van hen antistoffen heeft tegen covid. Met andere woorden: die hebben een infectie met het SARS-CoV-2-virus doorgemaakt. Je mag dus veronderstellen dat zij in eenzelfde situatie zitten die je bereikt als iemand gevaccineerd wordt. Als je dat uitreken, zou je grofweg tegen de bijna 4 miljoen mensen komen. Dit loopt natuurlijk altijd achter. Er is ook een

aantal personen die positief waren en weer negatief worden, maar die je eigenlijk deels kunt meerekenen, omdat je verwacht dat zij ook bescherming hebben. Dit geeft dus een aantal weer dat ten gevolge van doorgemaakte infectie beschermd is. Dan moet u deels, want er zal wat overlap zijn, het aantal gevaccineerden daarbij gaan optellen. Aan de rechterzijde ziet u dat man-vrouw niet heel veel uitmaakt. Vrouwen hebben iets meer afweer, wat domweg komt doordat er relatief gezien meer vrouwen in de zorg werken, waar nu eenmaal meer infecties hebben plaatsgevonden. Rechtsomder ziet u nog even de verdeling voor de verschillende leeftijden.

Een bruggetje makend naar het verhaal van collega Kullberg, toon ik nog even een onderzoek van het RIVM, maar ook anderen voeren dit onderzoek uit. Het toont het verschil tussen het al hebben gehad van de infectie met het echt nog moeten opbouwen van de afweer. Helemaal links in paars één dosis en één dosis bij iemand die het toch al eerder gehad heeft. Dan ziet u duidelijk dat, als iemand de infectie al gehad heeft en één keer wordt gevaccineerd, hij eigenlijk meteen een prachtige hoeveelheid antistoffen aanmaakt die hoger is in aantal dan wat je aanmaakt als je je eerste vaccinatie krijgt. Aan de rechterzijde zie je wat de effecten zijn van een tweede vaccinatie. In het onderzoek had dat voor diegenen die eerder waren geïnfecteerd geen additionele waarde, maar het had zoals u ziet wel een additionele waarde voor personen die nog geen infectie hadden doorgemaakt en die helemaal gevaccineerd moesten worden. Aan de rechterzijde ziet u nog even weergegeven dat leeftijd op zich voor dit vaccin – dat was voornamelijk Pfizer in dit speciale onderzoek – niet veel verschil betekent voor de uiteindelijke opbrengst in antistoffen, of het nou om jongeren ging of om ouderen. De positieve effecten van vaccinatie zijn dus weergegeven, maar ook de onderbouwing voor dat je personen die al een keer de infectie hebben doorgemaakt inderdaad één keer kan vaccineren.

Daar wil ik het bij laten, voorzitter. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik dank beide heren voor hun presentatie. Ik wil de leden nogmaals verzoeken om wat dichterbij de microfoon te spreken, omdat we dan beter hoorbaar zijn. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Kuiken voor haar vraag.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Dank voor de presentaties. Ik mag nog maar één vraag stellen; daarom beperk ik me tot de Gezondheidsraad. Het EMA heeft als advies gegeven: we zien nog steeds dat de voordelen groter zijn dan de nadelen. Ik zie natuurlijk ook dat het niet logisch is om bijvoorbeeld jongere vrouwen van onder de 30 met AstraZeneca te blijven prikken, maar andere landen, bijvoorbeeld UK en Frankrijk, kiezen voor een ander leeftijdscohort, omdat ziektelast en overlijdensrisico niet opwegen tegen de risico's van het eventueel krijgen van de zeldzame bijwerking. Waarom heeft de Gezondheidsraad niet overwogen om bijvoorbeeld in overleg met de huisarts door te gaan voor kwetsbare groepen die dat zelf willen en die niet vallen onder de hoogrisicogroep die geïnventariseerd is? Het gaat dan bijvoorbeeld om mensen met dubbele chronische lasten, de 1 miljoen Nederlanders die genoemd worden. Veel huisartsen pleiten er ook voor om daarmee door te gaan.

De heer Kullberg:

U stelt eigenlijk twee vragen. Waarom de grens op 60; waarom is die in andere landen anders gerelateerd aan het sterfterisico? En waarom niet een keuzemodel voor bepaalde mensen bij de huisarts? De eerste vraag is heel belangrijk. Steeds als je een afweging gaat maken van de risico's van bijwerkingen tegen de risico's op sterfte, zoals u ook doet voor de

verschillende leeftijdsgroepen, moet je je realiseren dat het geen faire afweging is. In feite weeg je dan alleen het scenario af dat je helemaal gaat stoppen met vaccineren, waardoor mensen in de verschillende leeftijdsgroepen het risico lopen dat aangegeven wordt. Dat is wel ...

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Mag ik één correctie doen? Het gaat me niet alleen om het risico op overlijden, maar ook over het risico op de ziektelast.

De heer **Kullberg**:

Maar dat is het hetzelfde. De risico's die we weten van covid, op overlijden, op ziek worden, op langdurige ziekte of op ic-opnames, gelden allemaal voor als je niet vaccineert. Dat heeft het EMA ook afgewogen: wat zou er gebeuren als we dit middel en andere middelen helemaal zouden terugtrekken? Maar in Nederland, dus ook voor de Gezondheidsraad, is dat niet de keus: niemand meer vaccineren versus de vaccins anders verdelen. Daarom is het dus ook niet heel relevant om te kijken naar de sterfterisico's of ziekerisico's, want die gaan alleen spelen als je mensen niet vaccineert.

Uw tweede vraag is: waarom dan niet een keuzemodel? Dat is niet aan de Gezondheidsraad. Dat is typisch een uitvoeringsvraag. De Gezondheidsraad adviseert, net zoals richtlijnen voor organisaties in andere onderdelen van de patiëntzorg, over hoe je vaccins die er zijn het beste zou kunnen inzetten voor risicogroepen, met het meeste effect en het minste risico, als je de keuze hebt uit verschillende vaccins.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Baarle.

De heer **Van Baarle** (DENK):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan beide heren voor de presentatie. Ik zou graag een vraag willen stellen aan de heer Van Dissel naar aanleiding van Brits onderzoek dat onlangs bekend is geworden naar de effecten van bewegen op coronaklachten. Daaruit zou blijken dat mensen die corona krijgen en niet bewegen, uiteindelijk twee keer zo veel kans hebben om aan de ziekte te bezwijken, een 73% hogere kans hebben om op de ic terecht te komen en twee keer zoveel kans maken om in het ziekenhuis terecht te komen. Ik vroeg me af of in de advisering van het RIVM de gezondheidswinst van bewegen op de klachten die mensen ervaren bij corona wordt meegewogen. Is de heer Van Dissel bekend met deze resultaten? Zouden deze resultaten ons er niet toe nopen om te overwegen om eerder meer toe te staan op het gebied van sport en om de sportscholen te openen?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat de vraag duidelijk is. U refereert aan een onderzoek naar de invloed van bewegen op corona en de eventuele complicaties daarvan. Het punt bij dit soort onderzoeken – er zijn er meerdere, die verschillende factoren aangeven – is dat bewegen natuurlijk bijna altijd een zogenaamde «confounder» is van een onderliggend probleem. Ik geef een voorbeeld. Iemand met morbide obesitas zal per definitie al veel minder bewegen dan iemand die slank is en bewegen in zijn levensstijl heeft. U verwijst er denk ik terecht naar dat het gewoon voor iedereen goed is om zich te realiseren dat stilzitten altijd slecht is. Ik ondersteun volledig uw oproep om mobiel te zijn en ook mobiel te zijn in de buitenlucht. Of dat meteen moet leiden – het laatste deel van uw vraag – tot sportscholen of sporten? Je kunt natuurlijk ook fietsen, lopen, wandelen et cetera, zonder dat je de wellicht additionele risico's erbij krijgt die het gezamenlijk sporten, zeker als het in één ruimte is, zou oproepen. Dus ik ondersteun uw oproep helemaal, maar ik denk zelf dat je wat betreft het wel of niet

bewegen en de complicaties vooral moet nagaan waarom men niet beweegt. Dat representeert meer een algemeen ongezonde levensstijl.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we naar de heer Stoffer. O, de heer Van Baarle, nog heel kort.

De heer Van Baarle (DENK):

Ja, heel kort, voorzitter, dank u wel. Mijn vraag was ook nog of de gezondheidswinst van bewegen meegewogen is door het RIVM in de advisering over met name sport.

De heer Van Dissel:

Zeker. In zijn algemeenheid nemen wij mobiliteit natuurlijk mee. We zijn ons ook allemaal bewust van de coronakilo's, zoals Minister van Ark ze geloof ik noemde, die Nederland in zijn totaliteit is aangekomen. Die moeten we natuurlijk weer zien kwijt te raken. In die zin is bewegen goed. We weten ook dat bewegen bijvoorbeeld goed is vanuit het oogpunt van trombose en dergelijke. Er zijn dus een heleboel redenen om goed in beweging te blijven.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Stoffer van de SGP.

De heer Stoffer (SGP):

Dank, voorzitter. Ik heb nog één vraag, die ik stel aan professor Kullberg. Op pagina 13 van uw presentatie laat u een tabel zien met daarin het risico op sterfte als we totaal zouden stoppen met het vaccinatieprogramma. Als ik dat nu zie, dan ontstaat bij mij de gedachte: als mensen boven de 50 jaar gevaccineerd zijn, zou je je dan onder de 30 jaar überhaupt nog moeten laten vaccineren? Dan heb je namelijk nul kans op sterfte. Tussen de 30 jaar en de 50 jaar is die kans wel heel klein. Kunt u daar wat nader op ingaan?

De heer Kullberg:

Ja, uw vraag is heel duidelijk. Dit laat vooral zien wat ik ook in de grafiek op het eerdere plaatje liet zien, namelijk dat die sterfterisico's zo steil oplopen bij het stijgen van de leeftijd: al een beetje bij de veertigers en de vijftigers, maar vanaf de zestigers is dat risico enorm groot. Dat is ook steeds de onderliggende reden geweest voor de adviezen: ga vooral inzetten op de ouderen met het vaccineren en vaccineer zo snel mogelijk. Dat geldt nog steeds. Vaccineer door bij de ouderen, van boven naar beneden. Die nul is een beetje verwarrend in dit plaatje, want dat betreft een afronding. De sterfte onder de 30 jaar is natuurlijk niet nul, maar wel ontzettend klein. Voor vrouwen tussen de 20 jaar en 29 jaar ligt het denk ik ongeveer op één op de miljoen of iets in die ordegrootte. Het is dus klein, maar niet nihil. Precies die verschillen in de leeftijdsgroepen liggen ten grondslag aan het advies om van boven naar beneden te vaccineren. Er zijn niet veel kinderen overleden aan covid, maar ze zijn er wel. Ik denk dat het, voor zover we nu weten, verstandig is om door te vaccineren naar beneden, voor wie dat wil.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Dat was niet zijn vraag.

De heer Stoffer (SGP):

Nee, dat klopt inderdaad, maar dank voor de aanvulling. Het is wel een heel grote aanduiding richting het antwoord dat ik zocht. Als ik onder de 30 jaar was – dat ben ik niet – zou ik eigenlijk denken: ik zou het maar niet doen. Waarom zou je het doen, zeg maar? Tussen de 30 jaar en de 50 jaar

zit er natuurlijk nog een afweging. Zou u daarop kunnen reflecteren? Dat was eigenlijk mijn exacte vraag. U ging wel die kant op, dus ik hoop dat het nog komt.

De heer Kullberg:

Ik denk dat er altijd twee redenen zijn om je te laten vaccineren. Dat is allereerst om jezelf te beschermen. Daarvoor moeten mensen een individuele afweging maken, of dat zouden ze kunnen doen: wat zijn de voordelen versus de nadelen? De andere reden om je te laten vaccineren is om anderen niet te besmetten. Een derde reden is om het virus het land of de wereld uit te helpen. Dus er zijn meer redenen dan alleen voor jezelf om je te laten vaccineren. De risico's – we praten hier over sterfterisico's – liggen inderdaad lager bij jongeren dan bij ouderen, en dat weten we heel goed. Ik heb geen indruk van de vaccinatiebereidheid van die jongeren, maar het lijkt mij heel redelijk om daar niet alleen het nut voor jezelf, maar vooral het nut voor anderen en voor de maatschappij in mee te nemen.

De voorzitter:

Dank u wel. We gaan nu door naar de heer Hijink van de SP.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Ik had een vraag aan de heer Van Dissel over het draagvlak dat er op dit moment is voor de geldende coronamaatregelen. De vraag gaat specifiek over de huidige situatie waarin we die avondklok hebben, die voor heel veel mensen toch als een grote vrijheidsbeperking wordt gezien, en waarin er tegelijkertijd wordt gesproken over het openen van winkels, vliegreizen naar Griekenland en het organiseren van evenementen, al dan niet met sneltesten. Mijn vraag is eigenlijk: als we nou zouden willen dat bij de eerstvolgende mogelijkheid die avondklok wordt geschrapt, welke mogelijkheden zijn er dan om bijvoorbeeld veel meer te handhaven op het thuiswerken, wat in mijn ogen steeds minder gebeurt? Dus in hoeverre kun je bijvoorbeeld economische versoepelingen uitstellen, meer handhaven op het thuiswerken en andere maatregelen nemen, zodat die hele ingrijpende vrijheidsbeperking als eerste van tafel kan?

De heer Van Dissel:

Ik begrijp uw vraag goed, maar ik denk toch echt dat dit typisch een beleidsvraag is. Het is toch vooral aan u en aan de regering om af te wegen wat je binnen een bundel van maatregelen uitkiest om als eerste te stoppen of te versoepelen. Wij kunnen daarover adviseren op basis van de gevolgen van de verschillende maatregelen, voor zover we die uit elkaar kunnen halen; dat heb ik u in de grafiek laten zien. We kunnen eventueel adviezen geven over het grote belang van thuiswerken, maar de uitvoering en de handhaving ligt natuurlijk niet bij het OMT of het RIVM.

De heer Hijink (SP):

Ik wil daar heel kort wat over zeggen, want dit is geen antwoord op mijn vraag. De vraag wordt nu doorgepast naar de Minister en volgens mij is dat niet helemaal terecht. Het gaat om de effectiviteit van maatregelen. Als er voldoende zou worden thuisgewerkt, dan moet dat een heel groot effect hebben op het aantal besmettingen in het land, misschien nog wel veel meer dan de avondklok op dit moment, ook omdat die een uur later is gaan gelden. Dan is de vraag: als die maatregelen steviger zouden worden ingezet, zou dan niet die avondklok als eerste van tafel kunnen?

De heer Van Dissel:

Waar u dan in wezen om vraagt, is om een doorrekening van alle maatregelen. Ik dacht dat ik hier, de voorlaatste keer dat we elkaar spraken, heb laten zien wat het effect van de basismaatregelen is. Want

als u aan mij vraagt «wat zijn dan de maatregelen waar je het meest op zou inzetten?», dan wil ik u toch in herinnering roepen dat het uitvoeren van de bronmaatregelen natuurlijk het allerbelangrijkst is. Als iedereen zich realiseert dat je je moet beperken tot je huishouden en je verdere contacten moeten stoppen wanneer je klachten hebt of in een gezin bent waar iemand is waarbij de diagnose van covid is gesteld, dan is dat gewoon het allereffectiefst. Vervolgens krijg je na de bronmaatregelen de collectieve maatregelen. Dan kom je in een soort maatregelen van de tweede categorie, waaronder bijvoorbeeld «vermijd drukte» valt, maar ook «werk thuis als het kan».

Als er gekeken wordt naar het aantal personen dat thuis werkt, dan zien we dat er natuurlijk een aantal personen zijn die daar gewoon buiten vallen. Als je in de bouw werkt, dan kun je natuurlijk niet thuiswerken. Dat is evident. Van de groep die thuis kan werken, doet naar opgave ongeveer 80% dat. Er zal ongetwijfeld een spanning op zitten waarbij dat wat minder wordt, maar ik wil u toch in herinnering roepen dat de bronmaatregelen het allerbelangrijkst zijn. Je zou dan dus toch daar extra op willen inzetten. En misschien, maar dat is dan toch aan de regering, zou je in overleg met werkgevers en dergelijke kunnen proberen om afspraken te maken over personen die thuis zouden kunnen werken.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we door naar meneer Heerma van het CDA.

De heer Pieter Heerma (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Mijn vraag richt zich aan de Gezondheidsraad en aan professor Kullberg, en ligt in het verlengde van de vraag van mevrouw Kuiken. In de presentatie wordt eigenlijk duidelijk gemaakt waarom nu de keuze is gemaakt om AstraZeneca alleen boven de 60 in te zetten. Tegelijkertijd is in de presentatie ook te zien dat het risico wel degelijk vanaf 50 jaar toeneemt, nog los van mensen met obesitas, mensen die een orgaantransplantatie hebben gehad en mensen met diabetes. In het eerste deel van de technische briefing is aangegeven dat in de tweede helft van mei, eind mei, het doorprikken met AstraZeneca wel degelijk klaar is en dat het dan op de plank kan blijven liggen. Gaat de Gezondheidsraad op dat moment zijn advies aanpassen, omdat de keuze op dat moment dan wel degelijk is om te stoppen met vaccineren omdat er geen alternatief is, aangezien het op de plank blijft liggen?

De heer Kullberg:

Ik weet niet of dat zo is of zal zijn, maar in het geval dat er geen alternatief zou zijn, moet je andere afwegingen maken. Dat zegt u heel terecht. Ik denk niet dat het er zo uitziet, maar we weten niet wat er gaat komen. Aan de ene kant zullen we de komende weken moeten zien wat er nog gemeld wordt over AstraZeneca, over de verschillende risicogroepen. Aan de andere kant zullen we moeten merken wat er gemeld en besloten gaat worden over Janssen. Er zijn dus heel veel onzekerheden. Er kunnen dingen meevallen of tegenvallen, maar u heeft gelijk: als er geen andere keuze zou zijn, moet je een andere afweging maken.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Dank u, voorzitter. Ik heb een korte opmerking richting de heer Van Dissel, die mij in de vorige technische briefing beloofd had om ook de cijfers van Google en Apple in deze presentatie te geven. Die heb ik niet gezien. Ik ben benieuwd of zij alsnog kunnen worden nagestuurd, omdat ik die gemist heb.

De voorzitter:

Ik vind dit meer een technische vraag. Als u nog een andere vraag heeft, dan mag u die daarom van mij stellen.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ja, dat klopt. Dat hoopte ik van harte, want dit was inderdaad mijn technische vraag.

De voorzitter:

De heer Van Dissel kan eerst deze technische vraag beantwoorden.

De heer **Van Dissel:**

Ja, die zal ik u doen toekomen.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dank u wel. Ik heb een vraag aan de heer Kullberg. Hartelijk dank voor uw presentatie. We horen veel mensen de afgelopen tijd aangeven dat er meer kans is op het krijgen van trombose bij het slikken van een anticonceptiepil en als je rookt. Je hoort veel mensen ook zeggen: waarom zou ik de keuze voor het AstraZenecavaccin niet zelf kunnen maken als ik ook de keuze heb om een anticonceptiepil te slikken? Op pagina 11 geeft u nu de overall incidentie aan voor het AstraZenecavaccin. Het lijkt me lastig, maar kunt u ook een indicatie geven van hoe het zit met het risico op trombose bij gebruik van een anticonceptiepil?

De heer Kullberg:

Het is goed om eerst duidelijk te maken dat het bij deze bijwerking niet gaat om gewone trombose en zelfs niet om een ernstige gewone trombose of longembolie, maar dat dit een heel uitzonderlijk en gelukkig heel zeldzaam maar heel ander ziektebeeld is: een specifieke stolling in de grote buikaders of in de hersenen, vaak met een tekort aan bloedplaatjes, dat ook weer tot bloedingen kan leiden. Dit is dus een heel specifiek ziektebeeld, waarvan ik kort door de bocht zou zeggen dat dat niks met gewone trombose te maken heeft. We weten ook niet ... We hebben tot nu toe in ieder geval geen indicatie dat mensen met aanleg voor trombose of met de pil daar meer kans op hebben. Ik denk dus dat die vergelijking net zo belangrijk of onbelangrijk is als wanneer je zou vragen naar risico's van autorijden of andere dingen. We weten wel dat dit specifiek lijkt op te treden bij het AstraZenecavaccin. Bij Janssen weten we dat nog niet, maar dat zullen we moeten zien. We weten wel dat het niet, nauwelijks of niet in verhoogde mate gerapporteerd is bij de twee andere vaccins. Dat is de reden om te adviseren om die in te zetten als die er zijn. Die leveringen zijn er nu in een relatief grote mate in de groep van 60-min, die nu nog heel klein is.

We hebben het eerder gehad over uw vraag over het keuzemodel. Dat is echt een vraag voor het beleid. Je kunt het vaccinatieprogramma zo simpel mogelijk maken of je kunt het ingewikkelder maken met keuzes en andere opties. Het is aan u, aan de politiek en aan de Minister om te kiezen tussen snel en simpel of gedifferentieerd.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we naar mevrouw Westerveld van GroenLinks.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Mijn vraag gaat hierop door, want ik probeer het advies van de Gezondheidsraad om toch tijdelijk te stoppen, nog wat beter te begrijpen. Uit het antwoord van de heer Kullberg begrijp ik dat dit om een zeer uitzonderlijke vorm van trombose gaat, maar uiteindelijk worden hier natuurlijk wel afwegingen gemaakt op basis van risico's. Als ik dan op de site van de Trombosestichting lees dat mensen die met

corona op de ic terechtkomen, sowieso al bijna 50% kans lopen op trombose of een andere longembolie, probeer ik het advies van de heer Kullberg van de Gezondheidsraad ook in dat licht te begrijpen. Ik wil hem dus vragen of ook dit soort afwegingen toch zijn meegenomen in het advies dat is verschenen.

De heer **Kullberg**:

Ja, dat soort afwegingen moet je zeker meenemen, maar de vergelijking tussen wat er gebeurt als je ongevaccineerd corona krijgt en op de ic komt of overlijdt versus wat er gebeurt als je als jonge vrouw Pfizer of AstraZeneca krijgt, gaat niet op zolang we die opties hebben. Zolang we jonge mensen onverminderd kunnen vaccineren met een iets minder veilig vaccin – ook al scheelt het maar een heel klein beetje en ook al is het zeldzaam – en een iets veiliger vaccin, is het logische advies om het vaccin waarbij die bijwerking niet is gesignaleerd, juist in die risicogroep in te zetten. Ik begrijp de afwegingen heel goed en ook de ernst en de risico's van corona, juist ook bij mensen met onderliggende aandoeningen, maar er is ook nooit een afweging gemaakt om mensen niet meer te vaccineren. Die vergelijking gaat pas dan spelen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Westerveld, u heeft nog een vraag over.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ja, dat klopt. Ik zit een beetje in tweestrijd, want ik wil hier nog één opmerking over maken, namelijk dat we natuurlijk niet redeneren vanuit een situatie waarin we een overvloed hebben. Er zijn wel degelijk mensen afgebeld die anders een AstraZenecaprik hadden gekregen. Maar goed, ik heb eigenlijk nog een vraag aan de heer Van Dissel. De Kamer heeft door middel van een e-mailprocedure aan het kabinet en dus eigenlijk aan het RIVM gevraagd om ook te kijken naar de terrassen: wat betekent het als zij weer opengaan en wat doet dat met de verspreiding? In de brieven en de stukken van de afgelopen dagen, maar ook in deze presentatie hebben we daar niets over gehoord. Ik wil meneer Van Dissel dus vragen of dat advies er komt of dat het RIVM daarmee bezig is en of hij daar anders vandaag misschien al iets over kan zeggen.

De heer **Van Dissel**:

Terrassen waren opgenomen in de grafiek met de verwachtingen die ik u heb gepresenteerd. Zij waren immers een onderdeel van de bundel in stap één, maar volgens mij was u hier toen nog niet present. Dat was een aantal keren terug; dat kunt u natuurlijk wel terugvinden. Toen heb ik ook het wel of niet openen van terrassen als een aparte interventie laten zien.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we naar de heer Paternotte van D66.

De heer **Paternotte** (D66):

Dank u wel. Ik had voor een groot deel dezelfde vragen als de heer Heerma en mevrouw Westerveld. Daar wil ik dus even op doorgaan. U heeft de afgelopen week twee adviezen gegeven, of eigenlijk een advies en een overweging. Voor zover ik weet, zijn die er allebei van uitgegaan dat we in het tweede kwartaal 3 miljoen Janssen vaccins geleverd krijgen en kunnen inzetten. Op basis daarvan geeft u aan dat je per dag een tot vijf ziekenhuisopnames kunt besparen als je overgaat naar een eenprikstrategie met een langer interval voor Pfizer en Moderna. En op basis daarvan geeft u aan dat er bij 60-minners voldoende alternatieven zijn voor AstraZeneca. Maar zou dit veranderen en zou u eigenlijk een nieuw advies moeten uitbrengen als Janssen beperkt zou zijn in leeftijdscategorie of voorlopig niet geleverd kan worden? En kunt u ons misschien iets

meer meenemen in wat nu überhaupt de impact is van het uitstel van Janssen voor die een tot vijf ziekenhuisopnames die je per dag zou kunnen besparen met het interval?

De heer Kullberg:

Dat zijn natuurlijk dingen die we de afgelopen een of twee dagen hebben gehoord en die natuurlijk niet specifiek zijn meegerekend in het model van de afgelopen weken. Ik kan u daar dus niet specifiek over antwoorden, maar u heeft er gelijk in dat de modellen die je hierbij maakt, natuurlijk gebaseerd zijn op de prognoses van de leveringen. Die prognoses worden wel steeds geüpdatet, maar waren natuurlijk van een of twee weken geleden. Theoretisch kan dat veranderen, maar ik denk dat het goed is om te beseffen dat die verschillen tussen het scenario van zes weken uitstel en het scenario van twaalf weken uitstel relatief heel gering zijn, zoals op het plaatje te zien was. Dat was de hoofdboodschap. Het is nooit een manier om een derde of vierde golf weg te prikken, maar die verschillen kunnen er wel degelijk zijn, soms averechts maar meestal in positieve zin, iets ten gunste van uitstel. Als er grote veranderingen zouden optreden in de beschikbaarheid van vaccins, zou je daar dus naar kunnen kijken. In het advies hebben we in de overweging nog een zinnetje daaraan gewijd: als er grote dingen zouden veranderen, zoals met de inzetbaarheid van AstraZeneca, dan zou dat voor het beleid op zo'n moment een aanleiding kunnen zijn om voor dit scenario te kiezen. Het is aan het beleid om dat in te zetten op het moment dat er acute nood is. Maar weet dan dat het geen wondermiddel is en dat je toch marginale verschillen gaat zien tussen die curves en niet meer dan dat.

De heer Paternotte (D66):

Ik heb nog even een vraag over die leeftijden. In het Verenigd Koninkrijk zijn verreweg de meeste AstraZenecaprikken gezet. Daar zien ze die incidenties, voornamelijk bij vrouwen, maar ook bij mannen. Daar is gezegd: we geven vrouwen onder de 30 keuzevrijheid en voor de rest prikken we door. Je ziet dat zij nu uit de situatie zijn gekomen van een intensive care die overvol ligt en een samenleving die in lockdown zit. Ik vraag me af hoe u kijkt naar de keuze die het Verenigd Koninkrijk heeft gemaakt. Dat doet het namelijk op basis van dezelfde cijfers die wij hebben. Daarbij heeft het Verenigd Koninkrijk wel degelijk niet alleen gekeken naar het individuele risico, maar ook naar het belang van de maatschappij als geheel om de ziekenhuizen niet te vullen, om zorg niet te hoeven uitstellen en om uit de pandemie te komen.

De heer Kullberg:

Dat zijn twee vragen in één. De ene vraag is: helpt het inzetten van het ene vaccin in plaats van het andere voor bepaalde leeftijdsgroepen om uit een pandemie te komen? Dat denk ik niet, zolang je de vaccins beschikbaar hebt. U heeft aan de leveringen gezien dat het in de orde is van 600.000 mRNA-vaccins per week en 100.000 AstraZenecavaccins. Die verhouding in leveringen ligt in dat opzicht dus heel gunstig op dit moment. Dan maakt het voor het eerder of minder snel uit de pandemie te komen niet uit hoe je die 700.000 vaccins precies verdeelt over de leeftijdsgroepen. Het besluit van de Engelsen – die hadden vorige week net zo weinig gegevens over die verschillende leeftijdsgroepen als wij allemaal in de wereld hadden – om alleen de 30-jarigen te vrijwaren van het AstraZenecavaccin, om het zo maar te zeggen, is aan hen. Ik heb u op de dia laten zien dat die bijwerkingen bij de veertigers en de vijftigers wel degelijk gerapporteerd zijn, in verhoogde mate. Dat heeft ertoe geleid dat wij, en de meeste landen, hebben gezegd: als je andere vaccins hebt, als je mRNA-vaccins hebt, geef die dan ook aan de dertigers, veertigers en vijftigers die dit risico lopen met AstraZeneca.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we naar mevrouw De Vries van de VVD.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik wil graag een vraag stellen aan de Gezondheidsraad over de groepen met een hoog medisch risico en met een medisch risico. Ik begrijp dat het gebaseerd is op het onderzoek dat zonet gepresenteerd is in een tabel. Maar we zien dat mensen met cystische fibrose of een longziekte in combinatie met een andere ziekte daar niet in voorkomen. We horen heel veel mensen zeggen: ik ben nu al een jaar in zelfisolatie. Dan kom je ook helemaal niet voor in die tabel. Ik ben dus wel benieuwd of daar ook naar gekeken is. Ik vind het op dit moment namelijk wel heel ingewikkeld uit te leggen dat een gezonde zestiger wel een prik heeft gehad, maar dat iemand beneden de 60 met bijvoorbeeld cystische fibrose geen prik heeft gehad. Ik ben benieuwd hoe de Gezondheidsraad daarnaar gekeken heeft en dat meegewogen heeft.

De heer Kullberg:

Over de precieze risico's voor mensen met cystische fibrose heb ik geen gegevens paraat. Maar dit is een prioritering die we bij schaarste van vaccins met z'n allen, ook in heel Europa, hebben gemaakt vanaf december. Dan moet je afgaan op de gegevens die je hebt en de groepen die je hebt. Ik zei net al over een ander onderwerp: je kunt het vaccinatieprogramma zo ingewikkeld maken als je wilt, met subgroepen, nog kleinere groepen en nog kleinere diagnoses. Je kunt ook grote groepen proberen te definiëren. Daar doe je mensen relatief onrecht mee als zij daar net buiten vallen. Deze indeling is internationaal gemaakt. Uw opmerking over de gezonde zestigers begrijp ik, maar – dat laten al die onderzoeken zien – zij lopen alleen al door hun leeftijd echt een aanzienlijk groter risico dan veel van die medische risicogroepen. Uiteindelijk zijn de beslissingen over wie wel en niet in de hogere en lagere medische risicogroepen gedefinieerd worden juist voor die kleine subgroepen ook gemaakt door de medisch specialisten, de FMS en de beroepsgroepen. Dus longartsen hebben bijvoorbeeld over cystic fibrosis aan tafel gezeten en hebben dingen kunnen inbrengen. Dat hebben ze ook gedaan voor groepen, net zoals de hematologen en immunologen en allerlei behandelaren. Er is dus goed geluisterd naar de medisch specialisten en er is gekeken naar de internationale onderzoeken.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw De Vries, u was al door uw vragen heen?

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

Ik was volgens mij door mijn vragen heen, maar ik wil die kans wel grijpen!

De voorzitter:

We hebben het niet bijgehouden. Mocht u nog een prangende vraag hebben, dan kunt u die stellen.

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

Ik ben wel een beetje op zoek naar hoe flexibel het nog is. Stel dat van een groep met cystic fibrosis of een combinatie van long- en hartproblemen de medisch specialisten aangeven dat te zien als een groot risico – of die mensen kiezen er allemaal voor om een jaar in zelfisolatie te gaan en hun kinderen bij wijze van spreken niet naar school te sturen – is daar dan nog op in te spelen? Is dat nog aan te passen op basis van wat er in december gekozen is?

De heer **Kullberg**:

Erop inspelen als het om kleine aanpassingen gaat, is denk ik aan het beleid. De Gezondheidsraad heeft vrij recent een aanpassing gedaan ten aanzien van mensen op de transplantatiewachtlIJst, toen leek dat er toch een aanzienlijk hoger risico was. Die moeten ook gevaccineerd zijn voor hun transplantatie. Nogmaals, je kan het zo ingewikkeld maken als je wil, met nog meer subgroepen. Als specialisten daar een signaal voor afgeven, dan zijn wij, maar ook mensen in de uitvoering, zeker bereid om daarnaar te luisteren. Zolang er schaarste is, betekent het wel dat je vaccins inzet voor sommige mensen terwijl je ze dan onttrekt aan andere mensen. Dus daar moet je wel goed over nadenken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Dassen van Volt.

De heer **Dassen** (Volt):

Dank u wel, voorzitter. Een vraag aan de heer Van Dissel. Ik zie dat er voornamelijk gestuurd wordt op ic-opnames. Nou willen we natuurlijk graag allemaal richting versoepelingen. Ik zie ook dat de ic-opnames daarmee kunnen stijgen. Tegelijkertijd is er ook heel veel onduidelijk over toekomstige leveranties, over de opkomst van andere mutanten et cetera. Zeilen we niet te scherp aan de wind als we alleen maar sturen op dagelijkse ic-opnames? Wat is eigenlijk de reden dat daarvoor gekozen wordt? Het zorgt toch voor een continue hoge druk, wat toch ook wellicht weer voor een jojo-effect gaat zorgen voor de samenleving.

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid: er wordt niet alleen gestuurd op ic-opnames. Alleen, ic-opnames zijn eigenlijk de piek van de piramide en daarvan is de definitie van wie daar wel en naartoe moet en gaat, het meest strikt. Dus dat is de beste afspiegeling van wat er zich afspeelt. Vandaar dat ic-opnames worden gebruikt, bijvoorbeeld in de modellering, om het basismodel te ijken. Maar momenteel denk ik dat ziekenhuisopnames op zijn minst zo belangrijk zijn, juist omdat de behandelingen maken dat wellicht de dynamiek tussen wie naar de ic moet en wie naar het ziekenhuis wat anders ligt, en ook in ziekenhuizen de druk er is en de druk op het verplaatsen van de reguliere zorg. Het is dus niet zo dat er alleen op ic wordt gestuurd. Het is echt ic, ziekenhuizen en spreiding onder bevolking. Maar je wil uiteindelijk wel een getal hanteren waarvan je weet dat de definitie niet continu, ook gaandeweg de uitbraak, steeds verandert, zodat je hele andere dingen zou besluiten nu, terwijl de onderliggende duiding anders wordt. Zoals ik dat aangaf, is dat vooral voor de meldingen vanuit de bevolking. Daar weten we het gewoon minder goed. Niet iedereen gaat. Niet iedereen laat zich testen. Dus dat is een minder zekere maat. Vandaar dat we dan de ic-opnames kiezen. Maar voor de overall duiding zijn ze allemaal belangrijk.

De heer **Dassen** (Volt):

De mensen die corona hebben gehad, zouden maar één vaccin nodig hebben om volledig resistent te zijn. Nou zie ik dat er ongeveer een half miljoen mensen een coronavaccin hebben gehad. Wordt er al over nagedacht hoe dat eventueel meegenomen kan worden in de vaccinatie-strategie, op het moment dat daar meer ruimte voor komt, om juist die mensen dan voorrang te geven? Wordt daarnaar gekeken? Is dat zinvol?

De **voorzitter**:

Meneer Kullborg.

De heer **Kullberg**:

Ik hoor dat mijn naam elke keer verandert. Daar heb ik geen last van, maar ...

De **voorzitter**:

Meneer Kullberg. Mijn excuses!

De heer **Kullberg**:

Geen probleem. Ik weet niet of ik het tweede deel van uw vraag precies begrepen heb. Uw vraag is: waar wordt naar gekeken?

De heer **Van Dissel**:

Zal ik anders een voorzet doen? Het gaat erom dat een aanzienlijk deel van de bevolking tekenen van afweer heeft. Het probleem is dat lang niet iedereen via de GGD is getest. Als je naar de aantallen kijkt: ik heb u op de eerste slide laten zien dat het ongeveer 1,2, 1,3 miljoen is. Daarvan weten we het via de GGD en bevestiging door een PCR- of een antigeentest. Daarnaast zijn er dus blijkbaar nog zo'n 3 miljoen anderen, ten minste, die het ook hebben doorgemaakt, maar niet getest zijn. Dus dan wordt de vraag met betrekking tot vaccineren of we die er makkelijk eruit kunnen halen en of we kunnen vaststellen dat ze het inderdaad gehad hebben. Vervolgens geef je ze dan wel of niet een vaccin. Dat vraagt weer om een heel, toch redelijk complex, proces. Dat is een beetje wat het nu beïnvloedt. Je zou je kunnen voorstellen dat het vragen of iemand getest is en positief getest is, heel makkelijk gaat. Dat zou ook terug te vinden zijn, maar privacywetgeving voorkomt dat dat allemaal bekend is en dat we daar met de verzending van de uitnodigingen rekening mee kunnen houden. Het proces wordt daar wel een stuk ingewikkelder door. Daarom is er nog niet voor gekozen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we door naar mevrouw Pouw-Verweij van JA21.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel over de kiemsurveillance van varianten. Ik schrik toch eigenlijk een beetje van die Braziliaanse variant, die kennelijk anderhalf keer besmettelijker is dan de Britse variant, terwijl de hogere besmettelijkheid van de Britse variant al reden was om tot een avondklok te besluiten. Als ik dan die projectie bekijk van hoe groot dat aandeel gaat worden in onze besmettingen ... In Frankrijk is besloten om alle vluchten van en naar Brazilië op te schorten. Overweegt u ook om dergelijke spoedmaatregelen te adviseren?

De heer **Van Dissel**:

Even een aantal dingen, voordat we te veel focussen op de Braziliaanse mutant. Ik laat u zien wat we daar momenteel aan vinden in onze kiemsurveillance. Die behelst zo'n 2.000 standaard per week. U ziet dat het aantal van die Braziliaanse variant gelukkig nog heel erg klein is, zeker in vergelijking met de Britse variant. Dat betekent ook dat onze voorspellingen een grotere mate van onzekerheid hebben als je dat ver doorrekent, omdat je nog met hele kleine aantallen te maken hebt die nou eenmaal variëren, ook afhankelijk van hoe de steekproef genomen wordt. Wat we nu vinden, is dat die Braziliaanse variant een verhoogde mate van besmettelijkheid toont ten opzichte van de Britse. Nou is er gister, geloof ik, een stuk in Science uitgekomen dat hier ook op ingaat en dit vanuit andere landen ook lijkt te bevestigen. De kruisimmunitet – je hebt de klassieke variant gehad; ben je nu ook beschermd tegen de Braziliaanse variant? – wordt in dat stuk ergens tussen de 60% en 80% geschat. Dat is dus nog steeds aanzienlijk. Dan gaat het toch weer ... Het duiveltje zit nu eenmaal altijd in de details. Voorkomt dat dan bijvoorbeeld ziekenhuisop-

names? Dan maak je je daar alweer veel minder bezorgd over – misschien dat je dan nog een paar dagen een griepachtig beeld hebt – of voorkomt het dat niet? Dat weten we domweg nog niet.

Ten tweede. In de grafiek waar u naar verwijst, gaat het om proporties, dus om percentages. Het totale aantal, dat ik ook heb laten zien, zal al geweldig gedaald zijn tegen de tijd dat de Braziliaanse variant de kans heeft gehad om zich misschien meer te verspreiden. Ik denk dat we het gewoon moeten volgen. Het is in ieder geval te vroeg om daar te veel aan op te hangen. Dat is precies de reden dat we zo'n kiemsurveillance doen. Dan met betrekking tot uw vraag of we het buiten de deur kunnen houden. We zien dat de variant al breed in Nederland aanwezig is. U moet zich realiseren dat als wij de vluchten op Brazilië, voor zover die er nog zijn, zouden stoppen, men bijvoorbeeld via Frankfurt en dan weer via een interne vlucht kan binnenkomen. Dat is dus echt heel ingewikkeld. Momenteel is het beleid ten aanzien van vluchten naar buiten de EU sterk restrictief en is dat omgeven met allerlei controles die de kans op introductie geringer maken. Maar niet iedereen komt natuurlijk met vluchten. Dat is een onderliggend iets. Je kan naar een ander land vliegen en met de auto, bus of trein komen. Dat kan niet allemaal gecontroleerd worden. Het in controle plaatsen van mensen die uit het buitenland komen, zien we eigenlijk als veel belangrijker. Dat is een meer generieke maatregel: in quarantaine en testen.

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij, dat was voldoende; geen vragen meer? Dan gaan we naar de heer Van Haga van Forum voor Democratie.

De heer Van Haga (FVD):

Dank u wel, voorzitter. Dit kabinet zet vol in op de testsamenleving, zowel voor kinderen die naar school gaan als voor het bedrijfsleven. Naast de enorme kosten die dat met zich meebrengt, waarvoor er zelfs 925 miljoen is overgemaakt naar een of andere stichting, kun je je ook afvragen of er privacyrisico's in het geding zijn en waarom je überhaupt gezonde mensen moet laten bewijzen dat ze niet ziek zijn.

Mijn vraag gaat over die sneltests en die zelftests, want die blijken nog onnauwkeuriger te zijn dan de PCR-test, waarover we al eerder de degens hebben gekruist, met een nog slechtere specificiteit en sensitiviteit, zeker als het gaat om het testen van mensen zonder symptomen. Ik heb een stuk gelezen van de American Food and Drug Administration en de Centers for Disease Control. Zij stellen dat bij een test met een specificiteit van 98%, met een prevalentie van 0,1%, slechts 4% van de positieve uitslagen correct blijkt te zijn. Ook Marc Bonten en Carla Peeters hebben hierover al stukken geschreven, want zij maken zich grote zorgen. Kunt u aangeven of u deze negatieve effecten ook ziet en of die voorgestelde testsamenleving hierdoor dan niet helemaal op losse schroeven komt te staan? Ik vraag me af of de nadelen, zeker voor kinderen, wel opwegen tegen de voordelen.

De voorzitter:

Meneer Van Dissel.

De heer Van Haga (FVD):

Ja, aan de heer Van Dissel. Misschien een toevoeging: ook voor ondernemers. De kostenverhoging is natuurlijk enorm, dus het werkt in de hele samenleving door. Als het zo onnauwkeurig is, moet je daar dan wel aan beginnen?

De heer Van Dissel:

U verwijst naar een heleboel zaken wat betreft testen. Even in zijn algemeenheid: het gaat in wezen om de positieve en negatieve voorspel-

lende waarde van een test. Wat heb ik eraan in deze situatie? Dat is altijd contextafhankelijk. De context is, en dat noemt u ook, de achtergrond. Hoeveel gevallen van covid spelen in het domein waar je de test doet? Dat is als het ware de voorafkans.

Ik kan u daar alleen maar gelijk in geven, dat dat allemaal belangrijke onderdelen zijn bij de afweging of je zelftesten in verschillende situaties wel of niet moet uitvoeren. Zo adviseert het OMT ook. Even heel in het algemeen: als de voorafkans op een positieve test heel klein zou zijn, dan betekent het dat de testkarakteristieken van een sneltest, met name de specificiteit, heel belangrijk worden. Als die afwijkt van 100% – en dat doen ze natuurlijk allemaal, maar dan zou dat meer zijn dan bij andere testen – zou je dus fout-positieven oppakken.

Nou is het gelukkig zo dat de meeste sneltesten een hele redelijke specificiteit kennen, maar dat vooral de gevoeligheid een rol speelt. Met andere woorden, als het positief is, kan je er eigenlijk van uitgaan dat het gewoon positief is. Dat geldt ook voor de sneltesten die tegenwoordig bijvoorbeeld bij de apotheek verkrijgbaar zijn. Omgekeerd is natuurlijk wel een probleem dat bij een negatieve test de kans dat het toch nog speelt, altijd wel aanwezig is. Als iemand gebruik zou maken van een sneltest, met het idee dat hij daarna een party kan houden en de 1,5 meter zou kunnen loslaten, dan zou je inderdaad in de problemen komen, want dan zou zich in dat gezelschap een positief iemand kunnen bevinden. Als je dan niet meer de basisregels aanhoudt, betekent dat ook dat de R-waarde daar niet onder de 1 is, maar weer naar 2,5 of 3 gaat, zoals het in het begin was, en dan zou je dus weer verspreiding kunnen krijgen. Vandaar dat wij vanuit het OMT adviseren: bedenk waar je de sneltesten inzet, kijk goed naar die context, wat is de voorafkans. Omgekeerd kunnen sneltesten, mits je ze met een korte geldigheidsduur gebruikt, dus niet voor drie dagen, maar bijvoorbeeld voor één event, zoals de Fieldlabs, toch een deel van de risico's verminderen, omdat je er altijd een aantal positieven uithaalt. Het blijft een complexe berekening. Die moet gemaakt worden. Vandaar dat wij voor al deze testen in een aparte tabel de context schetsen, want die is heel belangrijk.

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

Ik heb ook een studie van de universiteit van Tel Aviv gelezen. Daarin wordt vastgesteld dat voor de Zuid-Afrikaanse variant van het coronavirus, dus B1351, geldt dat gevaccineerde mensen daardoor acht keer meer getroffen worden dan ongevaccineerde mensen. Klopt dit? Ik begrijp dit überhaupt niet. Is het iets waar we ons zorgen over moeten maken en is het te verwachten dat we op korte termijn nog meer mutaties krijgen die de bescherming van het vaccin doorbreken?

De heer **Van Dissel**:

U noemt even kort een studie. Als ik het goed begrijp, is de suggestie – althans, die neemt u over – dat iemand die gevaccineerd is vaker de Zuid-Afrikavariant zou krijgen.

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

Het gaat eigenlijk om vaccinatiedoorbraak, dus dat gevaccineerde mensen blijkbaar meer kans hebben om door een nieuwe variant getroffen te worden.

De heer **Van Dissel**:

Dan begrijp ik uw vraag denk ik goed. Kijk, in z'n algemeenheid is het zo dat vaccinatie nooit 100% beschermend is. Dat zal de heer Kullberg ook bevestigen. Ik liet al een aantal waarden zien, waarvan er een aantal laag blijven. In z'n algemeenheid krijg je na één vaccinatie 95% en na twee vaccinaties 99%, maar het is nooit 100%. In alle studies zal je dus een zekere mate van doorbraakinfecties zien. Dan hangt het natuurlijk af van

het voorkomen van bijvoorbeeld de Zuid-Afrikavariant ten opzichte van de Britse variant hoe de kans is met welke variant iemand geconfronteerd wordt. Als de vaccinatie iets beter zou werken tegen de Britse variant, dan selecteer je als het ware in zekere mate voor doorbraakinfecties met de Zuid-Afrikavariant. Dat is iets wat wij nog niet hebben gezien, maar wel nauwkeurig volgen. Het betekent dat doorbraakinfecties juist om deze reden goed in kaart worden gebracht. In Nederland hebben we daar nog geen aanwijzingen voor, maar het is wel een reden dat we dat soort dingen goed in de gaten houden.

De heer **Van Haga** (FVD):
Nog heel kort, voorzitter.

De **voorzitter**:
Weet u, we hebben nog drie sprekers en vijf minuten.

De heer **Van Haga** (FVD):
U heeft gelijk. Ik laat het hierbij.

De **voorzitter**:
Als we straks nou nog een minuut over hebben, dan kom ik bij u terug.

De heer **Van Haga** (FVD):
Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dan gaan we naar mevrouw Den Haan van 50PLUS.

Mevrouw **Den Haan** (50PLUS):
Dank u wel. Dank voor de presentaties. Heel veel vragen zijn daardoor al beantwoord. Ik had nog een nieuwsgierigheidsvraag. Bij COVID-19 is het natuurlijk zo dat er een verhoogde kans is op trombose en longembolie. Bij een vaccin spuit je natuurlijk ook in heel kleine mate het coronavirus in. Zijn of komen er studies waaruit blijkt dat de mensen die deze zeldzame bijwerking hebben gehad, dus de trombose met lage bloedplaatjes, dat ook zouden hebben gehad als zij covid hadden gekregen? Zo ja, zou het dan zo kunnen zijn dat er toch iets van medisch onderliggend lijden is?

De heer **Kullberg**:
Terechte vragen. Het is waar dat trombose vaker voorkomt bij mensen die covid hebben, maar dat zijn andere vormen dan bij deze specifieke bijwerking. Even een kleine correctie: de vaccins bestaan niet uit coronavirus, sommige ook niet uit een deel daarvan. Er zijn meerdere hypothesen over deze bijwerking bij AstraZeneca. Een aantal doen vermoeden dat het juist iets met het adenovirus te maken heeft dat gebruikt wordt en het aanbieden van dat spike-eiwit aan antistoffen. Een verband tussen het optreden van een normale vorm van trombose bij covid en het optreden van deze heel zeldzame bijwerking is er niet. Er zijn wel hypothesen over waarom nou juist dit AstraZenecavaccin – en we moeten zien of dat straks voor nog een vaccin gaat gelden – deze bijwerking zou veroorzaken en die andere twee niet.

Mevrouw **Den Haan** (50PLUS):
Dan heb ik nog een vraag aan, ik denk, de heer Van Dissel. Ik heb daar in een andere hoedanigheid tijdens de eerste coronagolf ook al vragen over gesteld. Hij gaf net aan dat het grootste aantal besmettingen thuis plaatsvindt, weliswaar in de gezinssituatie, maar toch. Tegelijkertijd zijn heel veel ouderen boven de 70 op dit moment al gevaccineerd. Waarom is dan nog steeds het advies dat thuiswonende ouderen één bezoeker per

dag mogen ontvangen? Het zou een enorme opluchting zijn voor deze mensen als naast bijvoorbeeld de thuiszorg ook vrijwilligers of mantelzorgers bezoek mogen afleggen. Onze vraag is dus waarom deze bezoekersregeling niet wordt aangepast.

De heer Van Dissel:

Het zou overigens kunnen dat het daarnaartoe gaat, hoor. Dus ik weet even niet of dit morgen in de bespreking in het OMT zit. Voor de verpleeghuizen heeft al een aanpassing plaatsgevonden. Op een gegeven moment moet je natuurlijk een kanteling maken; daar heeft u gelijk in. Wat precies het moment is, hangt toch af van of werkelijk iedereen dan gevaccineerd is. Volgens mij is dat nog geen 100%. Dan moet je natuurlijk komen tot een aanpassing van bepaalde regels op grond van het veranderde risicoprofiel. Dus als we ervan uit kunnen gaan – de getallen suggereren dat – dat een belangrijk deel daarvan beschermd is, dan zou je een deel van de bezoekerregeling ook kunnen gaan versoepelen. Voor verpleeghuizen is dat dus al gedaan.

De voorzitter:

Mevrouw Van der Plas van BoerBurgerBeweging.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb twee vragen. De eerste vraag gaat over het strategieadvies voor vaccinatie. Wat ik daarin mis, is levensgeluk. Je ziet een heleboel regels staan over wie wanneer wordt gevaccineerd. Er is een groep jongere mensen tussen de 18 en 24 jaar die ernstig ziek zijn, waarvan sommigen ook een lage levensverwachting hebben. Zij wonen thuis en worden niet gevaccineerd, want ze vallen in de groep 18 tot 24 jaar. Hadden zij in een instelling of een verpleeghuis gelegen, dan waren ze wel gevaccineerd. Ik was even benieuwd hoe het nu met deze groep staat. Komt die nu wél in aanmerking voor vaccinatie?

De voorzitter:

En aan wie stelt u de vraag? Aan de heer Kullberg?

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Ja, aan de Gezondheidsraad.

De heer Kullberg:

Ik weet niet precies aan welke onderliggende ziekten u denkt. Maar er zijn zeker ook onder jongeren mensen die ernstig ziek zijn. De hele strategie is erop gericht – die keuze is gemaakt en overgenomen door regering en parlement – om ernstige ziektes en sterfte te voorkomen. Er zijn een heleboel andere afwegingen die je daarbij kunt maken. U noemt dat levensgeluk en ik begrijp dat heel goed. Er is ook een gevoel van onveiligheid bij bepaalde beroepsgroepen, met name in de zorg, maar ook bij boa's en politieagenten. Zo zijn er natuurlijk ontzettend veel groepen die heel terechte vragen hebben waarom zij niet eerder aan de beurt komen. Uiteindelijk is het aan de politiek om die beslissingen te maken. De Gezondheidsraad heeft geadviseerd: als je wilt uitgaan van het zo snel mogelijk voorkomen van ziekte en sterfte met zowel de individuele voordelen van de mensen die je beschermt als de ontlasting van de zorg en daarmee alle maatregelen, zou je van boven naar beneden, dus van oud naar jong, moeten vaccineren. Maar u heeft helemaal gelijk dat er groepen zijn die daarvan een relatief of zelfs een ernstig nadeel hebben, of dat nou door hun beroep is of door hun onderliggende ziekte.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Mij gaat het om levensgeluk, in die zin dat, als zij gevaccineerd zijn, ze in ieder geval in de tijd dat ze nog te leven hebben iets kunnen doen.

Hadden ze in een ziekenhuis of in een verpleeghuis gelegen, dan waren ze wel gevaccineerd. Ik vraag me dus af waarom ze dan niet gevaccineerd worden als ze alleen nog thuis wonen. Want dat is het criterium om ze niet te vaccineren. Die groep kan dan toch gewoon meegenomen worden in de groep jonge mensen of mensen met een hoog medisch risico? Dat was eigenlijk mijn concrete vraag.

De heer **Kullberg**:

De vraag is dan natuurlijk: hoe definieer je precies het hoge risico van mensen? Want het levensgeluk – ik ga overigens met u mee in die term – is niet altijd hetzelfde als een hoog of juist een laag medisch risico. De vraag is ook weer hoe ingewikkeld of hoe simpel je het programma maakt. Maar dat is echt aan de uitvoering, aan de behandelend artsen en aan de vaccinerende instanties om daarnaar te kijken. De vraag blijft steeds in hoeveel detail je met z'n allen in dit vaccinatieprogramma per persoon een inschatting wilt maken van voor- en nadelen en in welke mate je dat zo snel mogelijk en zo efficiënt mogelijk in grote lijnen wilt doen. Dat is een spanningsveld waarvan mensen soms het slachtoffer zijn, als je het zwart-wit wilt uitdrukken.

De **voorzitter**:

Nog een vraag, heel kort.

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

lers onderzoek heeft uitgewezen dat buiten zijn een heel lage besmettingsgraad heeft. Hebben wij contacten met de Ierse gezondheidsautoriteiten over dat onderzoek? Zo ja, wat doen we daarmee?

De **voorzitter**:

Ik denk dat dit een vraag voor meneer Van Dissel is.

De heer **Van Dissel**:

U verwijst naar een stuk dat vorige week in The Irish Times heeft gestaan, dat zei dat 0,1 van de besmettingen in de buitenlucht optrad. Interessant genoeg is daarop gereageerd door de Ierse gezondheidsdienst, de tegenhanger, als ik dat mag zeggen, van het RIVM, die de uitspraak zeer bekritiseert. Waar het eigenlijk op neerkomt, is dat ze bekeken hebben hoeveel van de besmettingen bijvoorbeeld plaatsvonden in sportverenigingen, wat ze hebben vergeleken met besmettingen die elders plaatsvonden, waarna ze uitkwamen op een laag getal. Vanuit een oogpunt van hoe je dat wilt onderzoeken, geldt natuurlijk dat alles wat je buiten de voordeur doet gewoon buitenlucht is. Dat heeft men helemaal niet meegenomen in het onderzoek. Dus dingen als lopen op straat en dergelijke zijn niet meegenomen. De Ierse gezondheidsdienst zegt zelf over het onderzoek dat het aantoont dat, wanneer buitensportclubs, zoals buitenvoetbal, worden vergeleken met binnensport, je dan zo'n verschil vindt. Maar het is natuurlijk wel de vraag of dat heel relevant is. Als je naar grotere studies kijkt – er is er net een verschenen in een specialistentblad over infectieziekten – dan zegt men: als iemand besmet is, wat is dan de vergelijkende kans als hij binnen besmet is ten opzichte van buiten. Dan zie je dat die kans ongeveer 1:18 is, in een relatief klein onderzoek. Natuurlijk komen besmettingen buiten moeilijker tot stand, maar de essentie is toch dat het niet nul is. Als je dus een heleboel buiten gaat doen, gaat dat zich natuurlijk ook weer stapelen. We bevinden ons überhaupt al 90% van de tijd binnen, dus het onderscheid maken in studies is al behoorlijk ingewikkeld. Maar de essentie blijft: buiten minder risico dan binnen – dat is ook een van onze afwegingskaders – maar niet nul. Hoe groot het exact is in alle specifieke omstandigheden weten we niet, maar het scheelt wel een grote orde.

De voorzitter:

Dank u wel. Omdat we over de tijd heen gegaan zijn, laat ik mijn eigen vraag schieten, en ook die van meneer Van Haga. Dank aan al onze genodigden voor hun presentaties, dank aan de Kamerleden voor hun vragen, dank aan de mensen thuis die hebben meegekeken. Ik sluit deze technische briefing. Het plenaire debat begint om 13.30 uur.

Sluiting 12.36 uur.