

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 937

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 22 januari 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 13 januari 2021 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

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

Aanvang 9.30 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing over de update van het coronavirus. Ik heet de spreker hier aan tafel, de Kamerleden en de mensen thuis die deze technische briefing volgen, hartelijk welkom. Deze briefing is weer opgeknipt in twee blokken. In het eerste blok is de heer Ernst Kuipers aanwezig, die hier naast mij zit. Hij is voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Dit blok zal tot uiterlijk 10.30 uur in beslag nemen. Dan vangen we aan met blok II. Dan hebben we als gast aan tafel de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM, en de heer Jaap van Delden, programmadirecteur vaccinatie COVID-19, ook werkzaam bij het RIVM. Ik weet niet of de laatstgenoemde heren al binnen zijn. Zo ja, dan zitten ze in de meeluisterzaal. Hartelijk welkom. We zien u straks in deze zaal verschijnen.

Ik stel voor om met de leden af te spreken dat we in blok I in de richting van de heer Kuipers één vraag kunnen stellen. Echt maximaal één vraag. Dan heeft u in het tweede blok de gelegenheid om twee vragen te stellen. Dan is het aan u aan wie u die vragen stelt. Daarmee heb ik de huishoudelijke mededelingen gedaan.

Blok I

Gesprek met:

- de heer Ernst Kuipers, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg

De voorzitter:

Ik geef het woord aan de heer Kuipers voor zijn presentatie. Voor de mensen thuis kan ik mededelen dat de presentatie van de heer Kuipers op de website geplaatst is. Dat geldt ook voor de presentaties die in blok II worden gehouden. Voor de leden worden de presentaties op dit moment rondgedeeld, waarvoor mijn dank richting de bode. Meneer Kuipers, ik geef u het woord.

De heer Kuipers:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik begin de presentatie met een hele schematische en eigenlijk hele eenvoudige dia, maar die helpt bij het interpreteren van wat ik daarna zal laten zien. Wat deze dia toont, is eigenlijk met drie u'tjes een beloop in de tijd. U ziet op de x-as in blauw het aantal besmettingen. Zoals u weet, leiden besmettingen vandaag mogelijkerwijs bij een deel van de mensen tot een ziekenhuisopname een tot twee weken later. En het beloop in de ziekenhuisopnames ziet u daarmee in geel. De ziekenhuisbezetting in rood is de resultante van de instroom en de uitstroom in het ziekenhuis. U weet dat een besmetting vandaag een mogelijke ziekenhuisopname over twee weken is en een mogelijk ziekenhuisontslag over drie tot zeven weken, al naargelang de duur van de opname.

Hier is allereerst in blauw schematisch het beloop weergegeven, waarbij we beginnen bij een hoog besmettingsniveau linksboven, de besmettingen in de tijd dalen, op een gegeven moment stabiliseren en dan weer omhooggaan. Als dat zou gebeuren, dan gebeurt later in de tijd precies

hetzelfde met de instroom in de ziekenhuizen, maar dan met een tijdsvertraging. Dat is immers dat interval tussen besmetting en eventuele ziekenhuisopname. Ook daar zie je dan – maar enige tijd later – eerst een daling, dan een stabilisatie en dan gaat het weer omhoog. Hetzelfde gebeurt dan – maar weer met een vertraging – met de ziekenhuisbezetting, ook omdat dat de resultante is van mensen die het ziekenhuis uitgaan of komen te overlijden en de nieuwe mensen die instromen. Als u dit simpele plaatje even in gedachten houdt, dan begrijpt u ook waarom er situaties kunnen ontstaan waarbij bijvoorbeeld de besmettingen al dalen maar de ziekenhuisinstroom nog niet verandert of de besmettingen alweer omhooggaan en de ziekenhuisbezetting nog daalt. Dat is bijvoorbeeld het geval in de situatie van plaatje B. Daarin zijn de besmettingen, de blauwe curve, alweer fors omhooggegaan, terwijl de gele curve pas net begint te stijgen en de rode curve nog op een laag niveau zit.

Als we dit even in gedachten houden, dan begin ik in de volgende dia's met de blauwe curve. Dan de gele en daarna de rode. Dan kijken we dus eerst even naar de besmettingen, de data van het RIVM. U ziet hier de gegevens zoals nu getoond op het coronadashboard. Dan hebben we sinds de maatregelen van half december eerst nog een hoge stabilisatie gezien met de piek, zoals hier ook weergegeven, eind december. Het aantal besmettingen bevond zich op een zeer hoog niveau van bijna 75 per 100.000. Daarna is het gestaag naar beneden gegaan en het getal zat gisteren ondertussen onder de 30 per 100.000. Dus dat is een goed teken: een daling van het aantal besmettingen per 100.000. U ziet wel het grillige beloop, ook tijdens de feestdagen. U hebt ook de besmettingen en de aantallen per dag gevolgd. Dan zijn dus de besmettingen.

Datzelfde beloop zien we terug in de ziekenhuisopnames. Dit is vanaf 1 november tot en met gisteren dagelijks weergegeven het driedaagse gemiddelde van de ziekenhuisopnames. U kunt zich voorstellen dat de opnames per 24 uur erg variabel zijn. De ene dag kunnen het er veel zijn, de andere dag opeens weer veel minder en dan de volgende dag weer heel veel. Wat deze curve doet, is voor iedere dag het gemiddelde van de opnames van die dag en van de twee dagen daarvoor weergegeven. Dat doen we om enigszins te stabiliseren. Anders krijg je een hele grillige curve. Dan ziet u dat we eind november een laagste niveau bereikten, dat het daarna in december geleidelijk omhoogging tot een niveau op 24 december en dat het daarna even weer heel scherp daalde. Tijdens de feestdagen was er dus een heel gek beloop. Op 31 december bereikten we het hoogste gemiddelde sinds april, dus het hoogste gemiddelde in de hele tweede golf.

Daarna gaat het naar beneden. Nu is het weer van ruim boven de 300, bijna 350 nieuwe opnames per dag, gedaald naar gisteren 209. Dus volgend op een daling van de besmettingen ook een daling van de dagelijkse instroom in de ziekenhuizen, maar nog steeds niet naar een niveau dat maar in de buurt komt van die signaalwaarde van 40 opnames per dag. We zitten daar nog zeer ver vanaf, ik zeg maar even voor het gemak ruim vijf keer zo hoog.

Dat vertaalt zich in de volgende curve van het eerste plaatje; ik heb de blauwe en de gele gehad, nu komen we bij de rode. Dit is de verandering per week, telkens van zaterdag tot zaterdag, percentageel weergegeven, in de bezetting in de ziekenhuizen, klinische en ic-patiënten bij elkaar opgeteld. Dan ziet u een plaatje vanaf 2 september tot 3 oktober. In oktober ziet u wekenlang een forse stijging iedere week. U ziet percentages per week van tussen de 15% en maximaal 60% stijging.

Daarna, natuurlijk volgend op de maatregelen van half oktober, kregen we een gestage daling die heel november aanhield, met heel stabiel iedere week 10% tot 11% eraf. Maar eind november, begin december vertraagde dat en in december kregen we weer een stijging, volgend immers op de besmettingen en op de verandering in de instroom.

Dat hebben we in december gezien, met iedere week stijgingen van 13%, 14% tot bijna 20%. Gelukkig zagen we vorige week tot afgelopen zaterdag voor het eerst, volgend op de maatregelen van half december, weer een lichte daling die volgt op de daling van de besmettingen en daarmee ook op de daling van de instroom.

Dat vertaalt zich in een plaatje. Dit soort plaatjes hebt u eerder van mij gezien. Hier zijn over elkaar heen geplot de eerste golf en de tweede golf. De eerste golf in grijs, passend bij de tijdsbalk onderaan de figuur, en de tweede golf in blauw, eroverheen geplot. Dus voor een deel verdwijnt de eerste golf er helemaal onder, en passend bij de tijdsbalk bovenaan de figuur. Dat is het beloop tot en met gisteren. Dan ziet u om te beginnen dat de tweede golf ondertussen veel langer aanhoudt. U ziet ook rechtsonder de figuur genoemd de aantallen. De aantallen in de tweede golf zijn ondertussen beduidend hoger dan in de eerste golf. U ziet dat de piek weliswaar minder hoog geweest is, maar langer aanhoudt en dat we nu alweer even op een niveau zitten dat even hoog is, en ook even hoger geweest is dan de eerste piek in die tweede golf van 3 november. Dus we zitten nog steeds hoog, we zitten nog steeds op dat niveau van 3 november.

Ik liet u bij eerdere presentaties hier altijd de predictielijn vooruitzien, met curves «waar staan we in dit geval bijvoorbeeld volgende week of over drie weken, eind van de maand?» Ik kom er zo even op terug waarom ik die er nu niet ingetekend heb. Ik zal eerst even precies dezelfde curve van de ic laten zien, met in grijs de eerste golf, de x-as onder de figuur, en in oranje de tweede golf boven de figuur. Ook daar ziet u rechtsonder in de tweede golf ondertussen meer patiënten dan in de eerste golf, met weliswaar een piek die minder hoog is maar van veel langere duur. Ook hier geldt dat we op dit moment op een niveau zitten dat hoger is dan de eerdere piek begin november, dus op een hoog niveau.

Als je dan kijkt naar de predictie vooruit en enkel en alleen naar de lijn die we hebben, volgend op de besmettingen en de instroom in de ziekenhuizen, dan is het veilig om te voorspellen dat we ook in de komende drie weken geleidelijk een daling zullen zien, die opnieuw in dat soort percentages kan verlopen zoals we die in november ook gezien hebben. Dan kom je van de huidige ruim 2.600 op 31 januari uit op ongeveer 2.000 covidpatiënten in de ziekenhuizen.

Hier zit echter een hele grote onzekerheid, en daarom heb ik die curve er ook niet ingeplot, namelijk met name de verspreiding van de nieuwe variant, die zodanig besmettelijk is dat die heel erg snel gegaan en waarvan we weten dat die ondertussen op verschillende plaatsen in Nederland voorkomt. Dat is dus een hele grote onzekere factor. Als dat omslaat, dan is dat zorgelijk, om de reden zoals u hier kunt zien. Hier is even alleen opnieuw ingezoomd op de ic. Dan ziet u hier vanaf half maart tot eergisteren continu de ic-bezetting in Nederland, met in groen onderin de curve de bedden die wij telkens beschikbaar hebben in ieder ziekenhuis voor de opvang van die acute patiënt. Dat zijn de bedden die je nodig hebt – daar hebben we hier eerder bij stilgestaan – en waarbij je op een cruciaal moment dus soms patiënten – zoals op de beelden die u nu in Engeland ziet – in een ambulance moet laten liggen of weg moet sturen. Dus die bedden heb je nodig. In blauw ziet u het aantal non-covidpatiënten. U ziet waar we begin maart mee begonnen. Toen daalde het heel snel, omdat we alleen nog maar acute zorg deden. In de zomer steeg de lijn weer iets. Nu zitten we al langere tijd op een lager niveau en de afgelopen maand daalde die blauwe lijn nog wat verder, zowel door de verdere stijging van covid, als natuurlijk ook door de feestdagen. Wij hopen dat die lijn nu weer snel gaat stijgen. Tegelijkertijd ziet u in oranje het aantal covidpatiënten daarbovenop. Dat laat zien – net als het vorige plaatje – dat de druk bij elkaar hoog is en dat we alles bij elkaar al langere tijd zitten op een niveau van 1.300 tot 1.350 benodigde

ic-bedden. Vergelijk dat even met het aantal dat we bijvoorbeeld in de zomer nodig hadden. Toen zat de bezetting op zo'n 750. Ondertussen hebben we bewust, juist voor het overeind houden van de capaciteit, een zeer beperkt deel van het zorgpersoneel gevaccineerd. Dat ging om ambulancepersoneel op de wagen en zorgpersoneel op een covid-afdeling, ic-afdeling of spoedeisende hulp. Dat is dus het personeel dat we nodig hebben voor de roosters en om de capaciteit overeind te houden. U hebt dat gezien. Vorige week woensdag was de eerste vaccinatie en ondertussen is het grootste deel gedaan. Op zaterdag waren er 30.000 gedaan. Nu is er nog een restant, gisteren aan het einde van de dag waren er 38.000 gevaccineerd. Wij verwachten dat we in totaal uitkomen op ongeveer 39.000 medewerkers in de acute zorg. U moet zich voorstellen: dat is bij elkaar ruim 10% van het totale ziekenhuispersoneel. Het is dus echt een zeer beperkte fractie, maar nodig om de capaciteit overeind te houden. Tot zover.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het eind gekomen van de presentatie. Ik wil de leden de gelegenheid geven tot het stellen van vragen. Dat betekent dat ik als eerste naar mevrouw Agema kijk. Mevrouw Agema spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de heer Kuipers voor zijn presentatie. In de voorbije technische briefings gaf hij ons altijd een toekomstprognose. Dat was meestal in een aantal scenario's met mooie rooie bolletjes erbij. Ik moet eerlijk zeggen dat ik er heel erg van schrik dat de heer Kuipers geen voorspelling durft te doen voor de komende weken. Hij zegt dat het te onzeker is of de Britse variant gaat domineren of de overhand neemt en of de R-waarde omhoogvliegt. Dat baart me zorgen. Ik las in een van de brieven van de heer Kuipers dat de opschaling tot 1.700 bedden nog niet is gerealiseerd. Op welk moment is dat wel gerealiseerd? Is dat dan voldoende om een veel hogere R – die kan omhoogschieten als die Britse variant dominant wordt – op te vangen? Of zijn er zorgen en durft de heer Kuipers geen prognose te geven, omdat we misschien aan de vooravond van een code zwart staan?

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Kuipers.

De heer Kuipers:

Zoals ik net inderdaad aangaf, kunnen we sec kijken naar het verloop van het aantal besmettingen en daarmee de ziekenhuisinstroom in de afgelopen periode. Dan zien we dat we in de komende week en de week daarop een daling gaan krijgen van de ziekenhuisbezetting. Dan komen we gewoon terug op die drie curves. Overigens is de afspraak nu dat we niet afschalen als er capaciteit beschikbaar komt, maar dat die gelijk gebruikt moet worden voor het weer verder omhoog brengen van de zorg voor overige patiënten. Anders komen we te veel in de knel door uitstel van urgente zorg, dus zorg die binnen drie tot zes weken moet. De capaciteit blijft dus hoog en wordt continu gebruikt. Ieder bed dat vrijkomt, wordt gebruikt, indien nodig voor een covid-patiënt en anders graag voor een non-covidpatiënt.

Als je de besmettingen volgt, dan is de voorspelling dat we aan het einde van de maand, 31 januari, richting de 2.000 covidpatiënten hebben. De grote onzekerheid die erin zit, is of het aantal besmettingen laag blijft en of het naar beneden gaat. We zijn al een tijdje bezig en ze zijn behoorlijk gedaald, maar nog niet naar een echt laag niveau. Ze zijn nog niet op de streefwaarden en we weten dat op tal van plekken die Engelse variant al

een rol speelt. We weten uit de Engelse situatie dat het zelfs met de meest stringente maatregelen heel moeilijk is om een R-waarde onder de 1 te houden, op het moment dat die variant breder verspreid is. Dat is de grote onzekere factor. Dat betekent voor nu: de capaciteit hoog houden en voorbereid zijn op verder opschalen als dat nodig is, ook richting die 1.700. Wij zien in de Engelse situatie wel dat het heel erg hard kan gaan. Stelt u zich voor: de bezetting in de ziekenhuizen daar ligt nu op een niveau dat ongeveer vier keer zo hoog is als hier, met name ten aanzien van de klinieken, niet ten aanzien van de ic's. Dat heeft alles met capaciteit te maken. Dus die variant is echt een grote zorgenpost boven het totaal.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, in plaats van het volgende blok. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Betekent dit dat wij een situatie als in het Verenigd Koninkrijk of Ierland niet aankunnen? Kunnen onze ziekenhuizen en onze ic's dat niet aan?

De heer Kuipers:

Als je een verspreiding krijgt die zo snel gaat als nu in Engeland, dan is er geen enkel zorgsysteem, ook niet in Duitsland, ook niet in Engeland en ook niet in Nederland, dat dit aankan. Als je een situatie krijgt waarbij 90% van de mensen de infectie niet heeft gehad en je hebt lange tijd, ondanks maatregelen, een R-waarde die beduidend boven de 1 ligt, dan krijg je een zo snelle verspreiding dat daaropvolgend ook de druk van het aantal patiënten heel erg hoog wordt. Dat komt altijd ergens tegen een limiet aan.

De voorzitter:

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

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

Ik dank de heer Kuipers voor de presentatie. Ik wil het niet over de opschaling hebben, maar over de afschaling van de reguliere zorg. Uit het veld hoor ik dat er toch nog zelfstandige klinieken zijn waar de minder urgente zorg nog steeds doorgaat, in plaats van dat de operatieassistenten en de anesthesisten ook naar de ziekenhuizen kunnen, en dat de inzet van Defensie nu met name in de verpleeghuizen zit. In het debat vorige week is gezegd: dat komt omdat wij een landelijke patiëntenspreiding en ook het Militair Hospitaal hebben. Maar dan hoor ik weer van ziekenhuizen dat ze daar bijna geen patiënten kwijt kunnen. Zij zeggen: het zou mooi zijn als we patiënten naar het Militair Hospitaal kunnen brengen, maar dit lukt maar met mate. Kan de heer Kuipers dit nog wat nader toelichten?

De heer Kuipers:

Eerst even ten aanzien van de inzet in het Militair Hospitaal. In de setting van het UMC Utrecht zijn er telkens minimaal 48 klinische bedden beschikbaar voor covidpatiënten. Die worden ook aangeboden aan het Landelijk Coördinatiecentrum. Die worden voor de helft bemenst door mensen van Defensie. Dat is een relevante capaciteit, die ook aangeboden wordt voor overname van capaciteit elders. Dan praat je in de afgelopen periode al over enkele honderden patiënten die daar opgenomen en verpleegd zijn. De overige inzet van Defensie, zoals in verpleeghuizen, waaraan u nu refereert, gaat over inzet op plekken waar plotseling, bijvoorbeeld om redenen van ziekteverzuim of om andere redenen, de nood heel erg aan de man is en men echt assistentie nodig heeft om daar de zorg te continueren. Dus het is een combinatie.

In de ziekenhuiszorg is de inzet op dit moment heel erg geconcentreerd in het UMC Utrecht, het Militair Hospitaal. Die capaciteit is ook beschikbaar en wordt ook voor landelijke overname ter beschikking gesteld. Utrecht-regio midden was in de afgelopen periode bij tijden een regio waar het aantal besmettingen minder was dan in sommige andere regio's, dan boden zij zeer actief capaciteit aan. Soms ook acuut, als dat nodig was. Voor de overige inzet, al naargelang er ergens een specifiek probleem is, wordt er op locatie geholpen, maar dan doet Defensie dat met name in de verpleeg- en verzorgingstehuizen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik het woord aan de heer Hijink. Maar ik zie mevrouw Van den Berg nog.

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

Ik had nog een vraag gesteld over de afschaling en de zelfstandige klinieken.

De heer Kuipers:

Excuus. Die vraag vergat ik. De zelfstandige klinieken hebben een regeling getroffen met de zorgverzekeraars over vergoeding bij daling van zorg. Dat is een heel belangrijke regeling. Daardoor zijn zij in iedere acutezorg-regio aangesloten bij die acutezorgregio en kunnen die acutezorgregio's vragen om inzet van personeel. Dat gebeurt in wisselende mate. Ik kan niet exact een overzicht geven voor het hele land, maar als ik voor mijn eigen regio Zuidwest-Nederland praat, dan gaat het om een handvol mensen. Dat is tot nu toe heel erg beperkt. Zeker als deze situatie langer duurt en er een kans is dat de druk op ziekenhuizen, zoals wij net geschetst hebben, hoger wordt, zullen we nadrukkelijk op de lijn komen met een verzoek om inzet van meer mensen.

De voorzitter:

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

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Mijn vraag ging precies over dat laatste: de inzet van extra mensen. De SP maakt zich heel veel zorgen over de enorme druk op het ziekenhuispersoneel, maar ook op het personeel in de verpleeghuizen en de gehandicaptenzorg. Er zijn projecten om extra mensen naar de zorg te krijgen. 23.000 mensen hebben zich daarvoor aangemeld. Nu blijkt dat maar iets meer dan 10% daarvan – 2.800 mensen – daadwerkelijk werk krijgt in de zorg, terwijl die mensen zo hard nodig zijn. Ik vraag me af wat we meer kunnen doen en wat er nodig is van ons, van de politiek, om ervoor te zorgen dat vormen van bureaucratie opzijgaan, zodat meer mensen die willen, ook kunnen bijspringen in de zorg. Het is natuurlijk doodzonde dat wanneer goed gemotiveerde mensen zich melden, vervolgens zeven van de acht te horen krijgen dat er geen plek voor hen is om bij te springen.

De heer Kuipers:

Op heel erg veel verschillende plaatsen is assistentie nodig. Vanuit het perspectief van de ziekenhuizen is het zo dat voor veel taken toch een mate van ervaring, specialisatie, verpleegkundige achtergrond of iets anders nodig is. Assistentie bij de facilitaire zorgen, zoals het rondbrengen van maaltijden en andere ondersteuning, is er zeer ruim. Maar assistentie door allerlei andere mensen kan wel in verpleeghuizen. Dat refereert ook aan de vraag van mevrouw Van den Berg over de hulp en de beschikbare capaciteit. Daar is het gemakkelijker mogelijk om te assisteren. Datzelfde geldt voor teststraten en vaccinatiestraten. Ik denk dat we breder moeten

kijken dan alleen naar de ziekenhuizen. Er is assistentie nodig, maar daarvoor is er vanuit uw kant politieke ondersteuning nodig – ik zie dat zeker ook op gemeentelijk niveau – bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat de faciliteiten in termen van kinderopvang, parkeerfaciliteiten of openbaar vervoer allemaal op orde zijn. Ik weet dat op veel plekken, ook in veiligheidsregio's, daarover vanuit de acute zorg zo nodig overlegd wordt door heel specifiek op locatie te kijken wat er dan kan en wat er moet.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Het woord is aan mevrouw Ploumen namens de fractie van de Partij van de Arbeid.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voorzitter. Dank aan de heer Kuipers voor de presentatie. Ik sluit aan bij vragen die collega's hebben gesteld, maar ik zou nog meer willen horen over hoe het nu gaat met het personeel in de ziekenhuizen. We horen dat het personeel zich uit de naad werkt. Ze zijn coronamoe. Het zorgpersoneel werkt vanaf begin maart al kei- en keihard. Is er in de sfeer van voorwaarden nog iets nodig om hen te ondersteunen en te ontlasten – we weten dat er een tekort is – bijvoorbeeld door zaken als kinderopvang of boodschappendiensten? Lokale initiatieven zijn mooi, maar als er geen lokaal initiatief is, wordt het personeel niet ontlast. Wellicht kunnen we vanuit Den Haag meer voor hen betekenen dan we nu doen.

De heer Kuipers:

Om te beginnen: de druk is inderdaad hoog. De zorg bij veel medewerkers in de zorg gaat over de aanhoudende druk en over mogelijk toch weer een stijging. Ik merk dat mensen daar vragen over stellen. Op het moment dat we zien dat het aantal besmettingen weer naar beneden gaat en de instroom in de ziekenhuizen langzaam iets stabiliseert en dan naar beneden gaat, gaan we ons voorbereiden en nog een keer dubbelchecken of we de plannen klaar hebben voor als er toch weer een stijging komt. Dat creëert onrust, maar dat is een beetje het beeld. Wat voor heel veel zorgmedewerkers op veel verschillende afdelingen een rol speelt, is dat men ziet dat de reguliere, non-covidpatiëntenzorg voor mensen die op korte termijn echt hulp nodig hebben, telkens in het gedrang is. Iedere keer is het puzzelen om een plek, een bed of een operatiegelegenheid, te vinden. Dat lukt, maar normaal is dat al lastig om te plannen en nu nog veel meer. Als je het aantal covidpatiënten met twee naar beneden ziet gaan, dan wordt dat bed direct gebruikt voor wat anders. Het geeft ook onrust bij patiënten die op ieder moment opgeroepen kunnen worden en moeten wachten. Waar we het zorgpersoneel heel erg mee konden helpen en waar we ontzettend blij mee zijn, was een beperkte groep als eerste vaccineren. U hebt gezien hoe snel dat dan vervolgens kan en u hebt ook de hele hoge mate van bereidheid gezien. Mensen komen bij wijze van spreken 's ochtends met opgerolde mouw het ziekenhuis binnenlopen: «Waar kan ik me melden? Kom maar!» De bereidheid en de deelname was op de meeste plekken 95%, zowel onder ambulancepersoneel als onder ziekenhuispersoneel. Ik denk dat dat ook een goed signaal is naar de Nederlandse burgers: dit zijn de mensen die al bijna een jaar lang zien hoe ernstig dit ziektebeeld kan zijn en die zeggen «ik laat mij direct vaccineren». Dat was een hele belangrijke.

Wat we nu als belangrijkste, ook naar de Nederlandse burger, kunnen doen, is zo snel mogelijk doorgaan met vaccineren, maar dan ook echt zo snel mogelijk. Doe dat dan voor de groepen die de Gezondheidsraad gedefinieerd heeft, maar vertraag niet, want ieder vaccin dat je vandaag zet, betekent dat mensen over drie weken een redelijke mate van bescherming hebben en dat geef je dan nog verder een boost. Maar laat geen vaccins ongebruikt liggen en ga nu vaccineren. Wat dat betreft: op 26 december hebben we een eerste batch van vaccins gekregen. We zijn

een tijdje verder en er zijn er nu 7.000 gebruikt. Daar moet versnelling op komen. Dat gaat niet direct helpen in de ziekenhuisbezetting, maar dat is wel een signaal: we proberen echt alles. Dat is ook het signaal dat u vraagt aan de zorgmedewerkers.

De voorzitter:

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

De heer Van Haga (FvD):

Dank u wel. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft in oktober al gezegd dat lockdowns niet het primaire middel zijn om het virus te bestrijden. Onderzoek in Canada wijst nu uit dat de schade van een lockdown een factor tien groter is dan de positieve effecten. Professor Schippers heeft dat ook al een keer in kaart gebracht. Het is dus een feit dat de economische en medische nevenschade van een lockdown gigantisch is. Dan vraag ik me af: waarom u adviseert u dan toch om Nederland in een lockdown te houden in plaats van dat we de zorgcapaciteit, dus zowel de ic-bedden als de gewone bedden, enorm gaan opschalen?

De heer Kuipers:

Daar hebt u mij eerder over bevraagd. Ik wil graag nog een keer een antwoord geven. Het eerdere antwoord, zoals u dat ook op social media geplaatst hebt, is dat wij een paar jaar geleden 2.500 ic-bedden in Nederland hadden. Ik maak graag van de gelegenheid gebruik om dat nog een keer te corrigeren. Dat was niet zo en dat is ook in de afgelopen tien jaar niet zo geweest. Die bedden hebben we niet en die kunnen we ook niet zomaar krijgen. Het grote probleem bij de opschaling is gediplomeerd, ervaren personeel. Ik wil u van harte uitnodigen om een keer te komen kijken, bijvoorbeeld bij ons op de ic, maar u mag ook in een willekeurig ander ziekenhuis in Nederland kijken, om gewoon eens te zien wat de complexiteit is van de ic-zorg. We zien af en toe beelden van patiënten die op hun buik gedraaid worden. Ik kan me voorstellen dat u dan denkt: nou, zo moeilijk kan dat niet zijn. Maar het gaat echt om veel meer. Het is hele complexe zorg.

De ic-verpleegkundigen zijn zeer ervaren mensen die daar een lange opleiding voor gehad hebben. Die hebben wij niet zomaar. Die kunnen we ook niet zomaar uit het buitenland laten invliegen. Het gaat echt om een tekort aan personeel. Dan kun je ze met veel ondersteuning wel inzetten van een-op-een- of een-op-twee-verpleging naar een-op-drie of een-op-vier, met assistentie, maar ergens houdt het op. Het zit 'm dus niet in de beperking van de muren, het zit 'm niet in de apparatuur, het zit 'm niet in een infuus pomp, maar het zit 'm in ervaren personeel. Dat speelt overigens overal. U weet dat Duitsland een veel aanzienlijker capaciteit heeft dan wij. Ook Duitsland zit in een lockdown. Mevrouw Merkel heeft die zelfs al voor een veel langere periode afgekondigd dan wij, omdat ze geen kant uit kan.

De discussie die we dan moeten voeren, is een hele andere. Dat is een discussie op uw tafel en niet op de mijne. De vraag aan mij en mijn collega's is of we kunnen zorgen voor capaciteit voor iedere patiënt die zorg nodig heeft, of dat nou de acute zorg is voor covid of iets anders, of een patiënt die urgente zorg nodig heeft voor een totaal andere aandoening, omdat hij of zij gediagnosticeerd wordt met kanker of vult u maar in. Als dat de vraag aan ons is, dan hebben we daarbij op enige manier een rem nodig op het aantal nieuwe besmettingen. Als er een discussie zou komen in het kader van een lockdown en de economische schade in de zin van «dat willen we loslaten, laat het maar gebeuren» – ik vertaal het maar even – dan moet u ook aan de voorkant een totaal andere discussie voeren. Dan moeten we zeggen: accepteren we dan de situatie met de beelden zoals we die hebben gezien uit China, uit Engeland, uit

Italië en nu weer uit Engeland? We hebben een absoluut basisgegeven waar we trots op zijn, namelijk dat we een sterk zorgsysteem hebben. Als een Nederlander op enig moment acuut of niet acuut zorg nodig heeft, dan hebben we die. Dat betekent dat u bereid moet zijn om dat basisgegeven, die garantie, die zekerheid, los te laten. Ik zou het niet willen, maar het is niet mijn beslissing. Alleen, als we dat willen vasthouden, dan zullen we een beperking moeten hebben van en een controle moeten hebben op het totaal aantal besmettingen. 90% van de Nederlanders heeft het nog niet gehad. U hebt gezien hoe druk we er nu al mee zijn. Als je dat in hele korte tijd even helemaal laat gaan, dan is het niet zo dat iedereen van die 90% het morgen heeft, maar dan gaat het heel snel. Dan krijgt u situaties die u echt niet in Nederland wilt hebben.

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

Mag ik toch mijn tweede vraag stellen, voorzitter?

De **voorzitter**:

Ja. Een vraag uit het tweede blok van de heer Van Haga.

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

Ja, want dit nodigt toch weer heel erg uit. Dank voor uw antwoord trouwens, meneer Kuipers. Ik ben geen medicus, dus ik stel gewoon vragen waarvan ik denk dat ze zinvol zijn. In antwoord op de vraag van mevrouw Agema zei u: je loopt altijd tegen een limiet aan. Dat is een gegeven, dat begrijp ik, maar het is ook een beetje een drogreden. Betekent dat niet dat je, zeker in het licht van de Engelse variant – ik doel op een snellere besmetting en een grotere toeloop voor ziekenhuizen – toch moet proberen en in de afgelopen tien maanden zeker had moeten proberen om de ic-capaciteit enorm te verhogen?

De heer **Kuipers**:

Wij hebben – ik kom even terug op de vraag van mevrouw Agema – in de zomer voorbereidingen getroffen voor een uitbreiding van de ic-capaciteit tot 1.700 bedden. Als die nodig zijn, dan zetten we die neer en nemen we die in gebruik. We moeten ons wel het volgende realiseren. Het heeft te maken met de vermenigvuldigingsfactor. Stel dat je op een hoog niveau zit. We blijven maar even refereren aan de R-waarde. Neem een R-waarde van 1,2. 1,2 keer niks is nog steeds niks. 1,2 keer een heel klein beetje meer is nog steeds niks. Kijk naar sommige buitenlandse landen. In Zuidoost-Azië zitten landen op een besmettingsniveau dat voor Nederland een lachertje zou zijn, maar die landen maken zich zenuwachtig over iedere stijging. Wij laveren en manoeuvreren op een hoge snelheid en op een hoog niveau. Als je dan een hele kleine vermenigvuldigingsfactor hebt, gaat het heel hard. We sturen nu op een niveau van 5.000 besmettingen. We kunnen ook sturen op een niveau van 13.000 besmettingen, zoals we eerder gehad hebben. Maar doe de vermenigvuldigingsfactor eroverheen en dan is een hele kleine variatie na een week een hele grote verandering. Dat zien we ook in Duitsland. Dus ja, wij kunnen ic-capaciteit uitbreiden. Dat hebben we ook gedaan. Dat kan tot een limiet waarop je het veilig kunt doen met het personeel dat we hebben. Dat is één op vier inzetten. Ergens houdt het dan een keer op. Als je zegt dat we het nog een keer verdubbelen, dan heb je bij wijze van spreken een hele lichte variatie in tijd. Dan ga je op een net iets hoger besmettingsniveau zitten, maar dan nog moet er op een gegeven moment een maatregel komen om het daarop te houden.

De **voorzitter**:

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

De heer **Veldman** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. De heer Kuipers schetste in zijn presentatie duidelijk het verschil tussen de eerste en de tweede golf. De eerste golf had een veel hogere piek dan de tweede, maar de tweede golf is veel langduriger en daarmee intensiever. Kan de heer Kuipers iets zeggen over wat de situatie in de tweede golf betekent voor de druk op de reguliere zorg ten opzichte van de eerste golf? Ik kan mij voorstellen dat die intensiever en dus anders is. Wat zegt dat over de noodzaak om sneller te dalen met het aantal besmettingen, het aantal ziekenhuisopnamen en het aantal mensen op de ic met covid, wat allemaal ten koste gaat van de reguliere zorg?

De heer **Kuipers**:

Dit is een cruciaal punt. In de eerste golf hebben we een heel hoge piek gezien, terwijl we op dat moment geen enkel zicht hadden op de verspreiding van het virus in de populatie. We hadden die dagelijkse besmettingscijfers niet en er waren geen of nauwelijks testfaciliteiten. We hadden dus geen zicht. Er is half maart gelukkig gekozen voor hele stringente maatregelen. We zagen daarna nog een hele snelle stijging, maar we hebben het weten te beperken. Drie weken later kwamen we op een plateau dat heel hoog was, maar toen ook snel daalde. Er waren twee factoren, of in ieder geval één factor en één andere hele waarschijnlijke, die een rol speelden bij een snelle daling, waardoor we het in de tijd beperkt hebben weten te houden. De eerste factor was: hele stringente maatregelen, die direct doorgevoerd werden. We hebben dat gezien. U kent de plaatjes van vervoersbewegingen, thuisblijven enzovoort. Het was heel abrupt en snel. De tweede factor – we moeten die voor nu maar even als waarschijnlijk aannemen – was dat ook het seizoen geholpen heeft. We kwamen uit de winter, in het lenteseizoen. Nu zitten we midden in de winter. Het begon alweer in september en daarna liep het door. We hadden die besmettingsgetallen. We hebben dus eerder kunnen ingrijpen. Maar dan blijft het stijgen en dan blijft het lang hoog, ook in het winterseizoen.

Een ander groot verschil tussen die twee golven was dat in de eerste golf alle overige zorg direct is afgeschaald. Huisartsen gingen zich richten op de opvang van covidpatiënten en hielden weinig reguliere spreekuren meer, ziekenhuizen richtten zich eigenlijk heel erg op covidzorg en deden weinig spreekuur meer. De bevolkingsonderzoeken voor kanker waren gestopt. Dat betekende dus ook plotseling een daling. Ik heb die plaatjes van de Nederlandse Zorgautoriteit weleens gezien. Van de 125.000 verwijzingen naar een ziekenhuis per week die er normaal zijn, daalden we naar 25.000, dus een vijfde. Dat betekende dat de wachtlijsten in de ziekenhuizen ook even niet zo heel veel veranderden, maar dat we tot en met de dag van vandaag nog zitten met achtergestelde zorg. Ik hoor dat ook van huisartsen. Zij zien mensen nu op hun spreekuur waarbij ze denken: tjee, dit had ik eigenlijk veel eerder moeten doen. In de tweede golf hebben we geprobeerd, en proberen we tot op de dag van vandaag al die capaciteit continu ook zo veel mogelijk te gebruiken voor de non-covid. Dat heb ik zonet ook laten zien. Dus de spreekuren zijn open, de operatieprogramma's gaan zo veel mogelijk door. Maar dan is het echt iedere keer op de dag sturen om te proberen om iedereen die urgent geholpen moet worden ook urgent in te plannen. Telkens moeten we daarbij kijken waar er een gaatje is. En als dit nog langere tijd zo duurt, dan betekent dat, dat het steeds en langdurig echt onder druk blijft staan. Gelukkig gaan de bevolkingsonderzoeken gewoon door en zijn die niet weer opnieuw gestopt. Gelukkig gaan de spreekuren van huisartsen en in de ziekenhuizen gewoon door, evenals alle diagnostiekprogramma's, maar het is echt heel minutieus iedere patiënt telkens weer plannen, want het komt onder druk te staan. Welk percentage van de patiënten die binnen zes weken moeten worden behandeld, kan niet binnen die tijd

geholpen worden? Ik kan u op dit moment daarover geen getallen geven, maar ik weet wel dat het op veel plekken vaak echt langs die rand schuurt.

De voorzitter:

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

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dank u wel. Meneer Kuipers, u gaf net aan dat het verschil van die bezetting van een ziekenhuisbed ligt tussen de twee en zeven weken. Zijn er bepaalde trends? Waarom liggen sommige mensen twee weken in het ziekenhuis en andere zeven? En kunnen we daar zelf invloed op hebben? Zijn er bepaalde ziektebeelden die verergeren? Ik ben benieuwd hoe het bijvoorbeeld met de Aspergillus-schimmel op de ic staat en hoe die eventueel de heftigheid en een langere ziekenhuisopname beïnvloedt. Zijn er verschillende factoren die daar een rol in spelen? Kunt u daarover meer informatie geven? Wat is uw visie daarop?

De heer Kuipers:

Die opnameduur wordt allereerst bepaald door wel of niet de noodzaak van een ic-opname. Voor de patiënten die opgenomen worden op een ziekenhuisbed maar geen ic-zorg nodig hebben, is de gemiddelde opnameduur ongeveer zeven dagen. Dat is al lang als je het afzet tegen de gemiddelde opnameduur in een ziekenhuis. De normale ziekenhuisopnameduur in Nederland is korter dan zeven dagen. Coronapatiënten die geen ic-zorg nodig hebben, worden dus gemiddeld zeven dagen opgenomen. Je kunt zeggen dat dat vrij kort is. Mensen komen ernstig ziek binnen, maar met de medicijnen en de zuurstof die ze krijgen, en met de ondersteuning is er een vrij snel herstel en dan gaan ze weer weg. Een groot deel van de mensen dat op de ic komt, komt daar eigenlijk al binnen de eerste 24 uur na opname. Het is dus een beetje een vreemd beeld. Mensen zijn thuis al een week lang ziek, krijgen op enig moment een verslechtering, melden zich op de spoedeisende hulp, worden opgenomen in het ziekenhuis, waarna ze binnen 24 uur verslechteren en op de ic komen, meestal aan de beademing. Risicofactoren die daarbij een rol spelen, hebben we al vaak gehoord: leeftijd, onderliggende ziekten zoals hartfalen, COPD, chronisch longlijden, suikerziekte. Dat soort risicofactoren speelt een rol. Daar kunnen mensen zelf verder niks aan doen; dat heb je of dat heb je niet. U weet dat we in de eerste golf al begonnen zijn met mensen andere zuurstoftechnieken geven, anders dan helemaal in het eerste begin van de eerste golf, zoals het buikbeademen. Er zijn ontstekingsremmende medicijnen, voor een deel ook antivirumiddelen, ontstollingsmiddelen. Daarmee weten we wel degelijk het beloop te beïnvloeden. Maar er zijn geen specifieke factoren die mensen zelf kunnen doen.

De voorzitter:

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

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik vroeg me af of u kunt ingaan op die Aspergillus-schimmel. Weet u daar meer van?

De heer Kuipers:

Nee, ik kan niet specifiek zeggen in welke mate dit voorkomt. Wel is het zo dat je, zeker als je al een wat langere tijd op de ic ligt ... Ik zei: een week in de kliniek. De ic-opname is gemiddeld veertien tot zestien dagen. Daarna komen mensen nog in de kliniek voor verder herstel. Dat veroorzaakt die veel langere opnameduur. Het is niet «van de ic naar huis», nee. Je komt binnen. Het grootste deel gaat binnen 24 uur naar de ic. Vervolgens lig je

zestien dagen op de ic en daarna ga je nog naar de kliniek. Ik laat u het in de getallen niet zien, maar we maken ook onderscheid tussen de patiënten. Dat is belangrijk voor de ziekenhuizen. Ze worden allemaal opgenomen voor coronagerelateerde ziekten, voor covid. Zeker in de eerste fase zijn mensen besmettelijk. U kent de beelden van verpleging met mondkapje, bril et cetera. Op een gegeven moment worden patiënten coronanegatief, maar is er nog wel een reden voor opname omdat ze nog ziek zijn. Dat kan ook een superinfectie met wat anders zijn. Dat speelt een rol. Via de uitvraag bij de ziekenhuizen krijgen we iedere dag terug hoeveel covidpatiënten men heeft, ic en kliniek, en dat weer opgesplitst in nog steeds positief versus ondertussen negatief. Dat maakt voor deze getallen totaal niks uit, maar is voor een ziekenhuis van belang omdat het iets zegt over de manier waarop er verpleegd moet worden.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Azarkan namens de fractie DENK.

De heer Azarkan (DENK):

Dank voorzitter, en ook van mijn zijde dank aan de heer Kuipers voor de beantwoording van de vragen. Ik maak me zoals veel mensen zorgen over de Britse variant; het gemuteerde virus dat nu ook in Londen, waar 1 op de 30 mensen besmet is, laat zien dat de zorg het eigenlijk niet aan kan. De heer Kuipers geeft aan dat we kunnen opschalen tot zo'n 1.750 bedden, maar de situatie waarin de Britse variant hier de overhand krijgt, kunnen we zorg-technisch niet aan. Is de heer Kuipers tevreden over de maatregelen die we nemen om die variant zo veel mogelijk tegen te gaan, als het gaat om de reisbewegingen, testen et cetera, zodat we niet de situatie krijgen waarin de zorg niet meer mogelijk is?

De heer Kuipers:

We hebben gezien dat er ondertussen breed, ook landelijk, een analyse-systeem is opgezet om te kijken waar die variant precies zit en in hoeverre die verspreid is. U hebt ook gelezen over het grootschalig onderzoek dat bijvoorbeeld plaatsvindt in Berkel en Rodenrijs en Bergschenboek – Lansingerland dus – onder naar beoogd 63.000 mensen. Die kunnen in principe in ongeveer twee weken gescreend worden, 5.000 mensen per dag. Dat soort data heb je nodig om zo snel mogelijk zicht te krijgen op de verspreiding van deze variant. Op basis daarvan – u hebt gisteren ook gehoord over een aanvullend advies van het OMT – wordt bepaald of er aanvullende maatregelen nodig zijn. Ik denk dat we allemaal de urgentie daarvan voelen, daar moet je ook niet mee wachten tot je over een paar weken de volledige resultaten van Lansingerland hebt. Ook de tussentijdse resultaten uit deze gemeenten en de resultaten uit andere gemeenten kunnen al helpen een beeld te krijgen van de verspreiding. Als die variant op een gegeven moment meer verspreid is, dan moeten de maatregelen heel strikt zijn om die variant zo veel mogelijk in te perken. Dat heeft met die verspreidingsfactor te maken. Het meest directe antwoord op de vraag «bent u voor nu tevreden?» is ja, maar dan wel met de urgentie dat de aanvullende analyses gedaan worden omdat we die snel nodig hebben. Opnieuw is het pleidooi dat we de vaccins die binnenkomen, zo snel mogelijk gebruiken. Dat heeft nog niet zo veel effect op de totale impact voor de Nederlandse bevolking overall, maar iedereen die vandaag gevaccineerd wordt, heeft over drie weken een zekere mate van bescherming. Iedereen met wie je een paar weken wacht, heeft die over drie weken nog niet. Dan moet je ook weer zoveel weken wachten totdat dit wel zo is.

De voorzitter:

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

De heer Van der Staaij (SGP):

Dank aan de heer Kuipers voor zijn presentatie en antwoorden. Ik heb een vraag over de mogelijkheden, en de stand van zaken daaromtrent, om de ziekenhuiszorg te ontlasten door ook meer te kijken wat er buiten het ziekenhuis kan in goede voor- en nazorg door huisartsen, in verpleeghuizen et cetera. Kunt u daar nader op ingaan?

De heer Kuipers:

Al die factoren tellen we bij elkaar op. Voor het beperken van de instroom in de ziekenhuizen moet natuurlijk allereerst het aantal mensen dat besmet raakt beperkt worden. Dat doen we door de maatregelen en dat kunnen we ook doen door zo gericht mogelijk te zoeken naar uitbraken met zo'n variant en daarop te acteren omdat die variant sneller uitbreekt. Al dit soort maatregelen zijn belangrijk. Een vervolgstap is om bij mensen die besmet raken te zorgen dat de instroom in het ziekenhuis minder is. Huisartsen zijn in het hele land daar ondertussen al heel erg op gericht. Zeker mensen in een risicocategorie voor een ziekenhuisopname volgen ze zeer actief. Zij geven hun bijvoorbeeld thuis al én een zuurstofmeter én een temperatuurmeter en zij houden daarnaast frequent contact, om te zorgen dat je een deel van die mensen uit het ziekenhuis weghoudt. Aan de achterkant is het voor ziekenhuizen ook belangrijk dat de uitstroom zo optimaal mogelijk is. Dat is aan de ene kant de uitstroom naar de verpleeg- en verzorgingshuizen. Iemand die klaar is en geen noodzaak meer heeft voor een ziekenhuisopname, maar niet naar huis kan, moet direct door kunnen. Dat is af en toe echt een bottleneck, mede door gebrek aan personeel in de verpleeg- en verzorgingshuizen; daarmee komen we terug op een van de eerdere vragen. Ook uitstroom naar de eerste lijn, naar thuis, met ondersteuning van de huisarts, doet men ondertussen in het hele land. Dat heeft echt een impact en maakt een verschil. U moet zich voorstellen dat ook dan mensen die nog bijvoorbeeld ontstekingsremmende medicijnen en eventueel nog zuurstof krijgen, maar die voldoende hersteld zijn om uit het ziekenhuis te gaan, thuis door de huisarts gevolgd worden met een thermometer, een zuurstofmeter en een bloedsuikermeter. Door de ontstekingsremmende medicijnen kan het bloedsuiker namelijk omhooggaan. Daarnaast is er dan frequent contact met de huisarts. Daar zijn we de huisartsen zeer dankbaar voor. Dat is echt veel extra werk voor ze, maar dat helpt voor de druk op de ziekenhuizen.

De voorzitter:

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

De heer Van Otterloo (50PLUS):

Dank aan de heer Kuipers voor de inleiding. Ik sluit me aan bij mevrouw Agema: wat ik hier mis, is de prognose, maar ik begrijp het dilemma. Met een R van 0,95 of 0,94 daalt het aantal ook nog niet zo geweldig snel en blijven we nog heel sterk op hetzelfde niveau zitten. Dat baart me toch veel zorgen. Vandaar de volgende vraag. Is het zelfs zonder een wijdverspreide Britse variant een reële verwachting dat we over drie weken, nadat de nieuwe lockdownperiode is afgelopen, weer op een aanvaardbaar niveau zitten met het aantal COVID-19-patiënten in de ziekenhuizen en op de ic?

De heer **Kuipers**:

Ik kijk als eerste naar wat er op dat moment gebeurd is met het aantal besmettingen. Daarmee kom ik op de eerste dia die ik toonde, waar het heel schematisch stond afgebeeld met de drie u'tjes. Dat zegt me iets over wat er kort daarna gaat gebeuren met de instroom in de ziekenhuizen en dus uiteindelijk met de bezetting. De ziekenhuisbezetting kan nog hoog zijn, maar als het aantal besmettingen consequent en consistent lange tijd echt heel laag is, dan komt het met de ziekenhuisinstroom en de ziekenhuisbezetting daarna ook wel goed. Dat duurt alleen een aantal weken. Waar nu de grote onzekerheid in zit, is wat er gaat gebeuren met de besmettingen. U moet het zich zo voorstellen: in het afgelopen jaar – dat is het ondertussen bijna – hebben we in ieder geval drie cruciale momenten gehad ten aanzien van de beslissing om wel of niet meer maatregelen te nemen. Dat was natuurlijk half maart, dat was half oktober en dat was half december. Als je die drie momenten vergelijkt en als je bijvoorbeeld even kijkt naar de uitgangssituatie qua bezetting in de ziekenhuizen, lagen er half maart vorig jaar, terwijl we natuurlijk nauwelijks of geen zicht hadden op de besmettingen, ongeveer 100 covidpatiënten op de Nederlandse ic's. Half oktober, toen we wel zicht hadden op de besmettingen, die omhooggingen, moesten er maatregelen komen. Op dat moment waren er 300 covidpatiënten op de Nederlandse ic's. Half december, toen we een volgende set van maatregelen namen, lagen er 500. Nu liggen er 700. Telkens doen we dus iets, maar we beginnen vanaf een hoger startniveau. Daarmee hebben we, ook reflecterend aan de eerdere vragen, niet veel capaciteit qua speelruimte op het moment dat er sprake is van een stijging. Vergelijk het met een situatie waarin we met z'n allen aan het sporten zijn – op de fiets, hardlopend of wat u maar wil – en waarin er telkens een tandje bij wordt gevraagd, terwijl we half maart eigenlijk nog een heel langzaam joggingtempo hadden, half oktober toch al behoorlijk aan het rennen waren en half december fors aan het rennen waren. Nu zitten we zo ongeveer tegen buiten adem zijn aan. Het wordt heel lastig om er weer een tandje bij te doen als er dan sprake is van een stijging.

Dat is dus de uitgangssituatie: als de besmettingen lange tijd naar beneden gaan, komt het goed, maar die onzekerheid bepaalt dat ik hier geen curve in zet. Puur over de besmettingen nu zeg ik: prima, met deze ontwikkeling en de instroom gaat het ook de komende week en de week daarna naar beneden en dan heb ik het aantal genoemd. Maar de kans bestaat dat we ingehaald worden door iets anders en dat u, als ik hier de volgende keer zit, zegt: u hebt toen die curve laten zien, maar daar zitten we ondertussen vanaf.

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

Eén verduidelijking.

De **voorzitter**:

Nou, heel kort.

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

U heeft het over «aanvaardbaar» en «dalen». Wat is het niveau dat u aanvaardbaar vindt voor de bezetting in het ziekenhuis?

De heer **Kuipers**:

Als wij een totaalaantal covidpatiënten hebben dat inderdaad onder de 2.000 komt, dan creëer je weer meer ruimte voor de reguliere zorg. Dan creëer je weer meer ruimte om in ieder geval dat urgente te doen. Dan moet je daar vervolgens dus ook langere tijd onder zitten. Je hebt het liefst dat het dan verder daalt.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de fractie van de ChristenUnie. Gaat uw gang.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Kuipers voor het beantwoorden van alle vragen. Ik heb een vraag over hetzelfde onderwerp. Ik zag een NOS-bericht dat ook binnen mijn fractie wat vragen opleverde. Ik kreeg dus gelijk de app binnen. Dat bericht was dat de ziekenhuizen de NZa tegenspreken. De NZa trekt aan alle alarmbellen en geeft aan dat de kritische planbare zorg eigenlijk niet meer gegeven kan worden binnen de termijn van zes weken. De ziekenhuizen spreken dat tegen. Ik snap dat het echt gewoon een kwestie is van langs de kant scheren, maar moet er nu niet ook vanuit de ziekenhuizen een duidelijk signaal komen in de zin van «jongens, het gaat gewoon echt niet meer»? De onderliggende vraag is: wie heeft er nu gelijk? Want als mensen dit soort berichten bij de NOS lezen, kan ik me voorstellen dat ze denken: nou, het kan nog wel bij de ziekenhuizen en er zitten nog wel rek en ruimte in. Maar als ik de NZa lees, denk ik: nou, het is toch wel echt heel serieus. Dus wie heeft er nu gelijk en wat is de boodschap vanuit de ziekenhuizen?

De heer Kuipers:

Ik wil dit graag verduidelijken. Ik denk dat het niet gaat over wel of geen gelijk hebben en dat zowel de NZa als de ziekenhuizen aangeven dat het schuurt, piept en kraakt. Dat hoorde u net ook wel in mijn antwoorden. De patiënten die binnenkomen, of dat nu is voor covid of voor iets anders en of het nu acuut is of urgent, moeten geholpen worden. Daar zetten de ziekenhuizen en het ziekenhuispersoneel zich alweer lange tijd met man en macht voor in en daar staan ze ook voor. Maar dat gebeurt wel onder heel veel druk; dat probeerde ik net ook te schetsen. Het is telkens inplannen voor iedere individuele patiënt als er een bed vrijkomt: voor wie kunnen we het gebruiken? Wat de NZa doet, is per ziekenhuis en dus ook geaccumuleerd per regio en in het landelijke plaatje kijken naar urgente zorg en het aantal ok's dat wel of niet doorgaat. Dat is ontzettend belangrijk, maar dat geeft niet de mogelijkheid om op ziekenhuisniveau, of zelfs per specialismeniveau, te kijken welke patiënt het eerst aan de beurt is. Dus op de vraag of die beelden bij elkaar passen, is het antwoord: ja, ze passen wel degelijk bij elkaar. Tezamen geven ze aan dat het heel erg druk is en dat er gewoon reguliere zorg is afgeschaald.

De voorzitter:

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

Mevrouw Diertens (D66):

Dank u wel, voorzitter. Nogmaals, alle medewerkers in de zorg werken weer enorm hard. Ik begrijp dat er ook sprake is – dat wordt ook gemeld – van oververmoeidheid en stress. Een deel is gelukkig nu gevaccineerd, maar mijn vraag blijft of u inzicht heeft in welk percentage van het ziekteverzuim in de ziekenhuizen direct komt door corona. Dus ofwel omdat medewerkers zelf corona hebben of in quarantaine moeten, ofwel dat ze oververmoeid zijn, gestrest zijn of door andere oorzaken uitvallen.

De heer Kuipers:

Het ziekteverzuimpercentage ligt iets hoger dan normaal. Het wisselt heel erg per unit in hoeverre dat door corona komt, maar corona is wel degelijk een relevante factor. Ik kan u geen exact getal geven dat voor het hele land geldt, met excuus. Dat weet ik niet. Ik weet wel dat de reden om Minister De Jonge en Minister van Ark te vragen naar de mogelijkheid van vaccinatie voor deze hele specifieke groep was dat dit een factor is waar

we ten minste iets aan kunnen doen, en wel direct. Als ik naar mijn eigen ziekenhuis kijk – want die getallen weet ik wel – hadden we tussen kerst en oud en nieuw op de intensive care 16% ziekteverzuim onder verpleegkundigen, waarbij corona de primaire factor was. Daar kun je dan wat aan doen, want in een rooster één ic-verpleegkundige missen, scheelt dan voor dat rooster vier ic-bedden. Dat is dan een flinke impact. Dus kan ik exact het landelijke getal geven? Nee, helaas dat kan ik niet. Ik kan het vragen, maar dat weet ik niet uit mijn hoofd. Dit is een factor waar we iets aan kunnen doen. Vandaar dat het echt belangrijk was om dit personeel te vaccineren. Dit hoor ik overigens ook van andere collega's, maar het kan heel erg verschillen. Het kan zijn dat er naar verhouding veel uitval is onder spoedeisende hulp, op de ic of op een covidafdeling. Het verschilt. Het is wel heel belangrijk om te benadrukken dat de meeste van die infecties optreden in de setting zoals bij iedere burger in Nederland in de thuissituatie en publiek, en niet door het verplegen en verzorgen van covidpatiënten. Daar hebben we maatregelen voor en we weten nu al bijna een jaar dat die maatregelen overall erg effectief zijn, met alle beschermingsmiddelen die er zijn, et cetera.

De voorzitter:

Dan tot slot mevrouw Kröger, namens de fractie van GroenLinks. Ga uw gang: uw vraag.

Mevrouw Kröger (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ook mijn vraag gaat toch over die prognoses. Ik weet dat er een aantal vragen over gesteld zijn, maar stel dat we aannemen dat er een reële kans is dat de Engelse variant ook in Nederland dominant wordt, dat het in ieder geval een niet uit te sluiten scenario is dat we over vier weken misschien zijn waar Londen nu is: wat wordt er in stelling gebracht om daarop voorbereid te zijn? Wat kan er? Ook al is het misschien maar een kleine kans, de ervaringen van het afgelopen jaar zijn toch dat we op alles voorbereid moeten zijn.

De heer Kuipers:

Eerst ten aanzien van dat laatste: ik ben het helemaal met u eens dat je erop moet voorbereiden, ook als die kans klein is. De scenario's die wij zien zijn ernstig. Ik geef hier geen waarschuwing dat dit gaat gebeuren, maar het is een scenario dat wel degelijk heel reëel is en waar je je op moet voorbereiden. Dat betekent dat ziekenhuizen, regio's en verpleeghuizen nogmaals kijken naar de plannen die ze in de zomer al hadden, die we tot nu toe in de hele tweede golf niet in z'n complete volle omvang nodig hebben gehad, gelukkig. U kent misschien nog die verschillende fases van opschalen naar 1150 ic-bedden en het navenante aantal in de kliniek naar 1350. Daar zitten we nu al een tijd op of tegenaan of net boven. En dan naar 1700. We zijn ook gevraagd of we daar nog boven konden. Ik weet – daar hebben we ook een brief over geschreven – dat we dat niet een reëel scenario vonden. In dat totaal wordt ook gekeken naar de opvangmogelijkheden. Dan kom ik terug op de vraag die de heer Van der Staaij zonet stelde welke mogelijkheden er zijn voor een zo optimaal mogelijke opvang in de eerste lijn: de optimale doorstroom naar de verpleeg- en verzorgingstehuizen. Dat betekent ook dat ziekenhuizen op dit moment – en dat sluit ook aan bij de vragen over de zelfstandige behandelcentra – even geen zorg moeten doen die vervolgens voor naverpleging vraagt om een verpleeghuisbed, want dat zit andere capaciteit in de weg. Dus we kijken op dit moment echt actief naar: staan we klaar, op alle niveaus; waar zitten in een regio nog de beperkende factoren voor die eventuele opschaling? En dat gaat dan echt om de hele keten.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van het eerste blok met betrekking tot deze technische briefing. Ik dank de heer Kuipers nogmaals voor zijn aanwezigheid, presentatie en beantwoording van de vragen. Heel veel succes, ook de komende dagen weer.

Ik schors de vergadering voor een kort moment, dan maken we even de tafel schoon. We gaan zo dadelijk beginnen met het tweede blok.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Blok II

Gesprek met:

- de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM
- de heer Jaap van Delden, programmadirecteur vaccinatie COVID-19 bij het RIVM

De voorzitter:

Ik heropen de vergadering. Aan de orde is de update over het coronavirus, in deze technische briefing. Ik wil de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM, hartelijk welkom heten. Dat geldt ook in de richting van de heer Jaap van Delden: hartelijk welkom. U bent programmadirecteur vaccinatie COVID-19 bij het RIVM.

De heer Van Dissel:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik wil u kort meenemen in de ontwikkelingen sedert de vorige briefing; er is natuurlijk toch het een en ander gebeurd in de epidemiologie. Ik wil u meenemen in de prognoses, en vervolgens met name ook een stukje wijden aan de zogenaamde Britse variant, omdat we denken dat die toch in belangrijke mate het beeld zal kunnen gaan bepalen. Dus daarover wil ik u wat uitvoeriger de gegevens uit Engeland laten zien, en u ook de redenen geven waarom wij ons daar zorgen over maken.

We beginnen met de epidemiologie in Nederland. Na aanvankelijk wat treuzels zien we dat er nu toch weer een afname is van de aantallen. U ziet dat de tweede golf wat dat betreft eigenlijk gerimpeld is verlopen. Op de slide ziet u de hele epidemie vanaf het begin; de tweede golf, die eigenlijk op zijn minst twee rimpels heeft; en het dalende deel met linksonder in het geel de getallen van de laatste week: ongeveer 12% afname ten opzichte van de week daarvoor. Dus als je het beloop ziet, dan lijkt het er nu toch op dat we aan het dalen zijn. Er zitten natuurlijk een kersteffect en een nieuwjaarseffect doorheen, die misschien maken dat het zo gerimpeld verlopen is.

Wat betreft de ziekenhuizen en de ic-opnames denk ik dat collega Ernst Kuipers u zojuist uitvoerig heeft ingelicht. Daar zien we eigenlijk hetzelfde beloop. Dat loopt natuurlijk wat achterop, maar wij verwachten eigenlijk dat zich daar een daling gaat voortzetten. Ik kom daar in de prognoses ook op terug.

Met betrekking tot het testen, het testbeleid en het percentage positieve testen even deze slide. Die geeft weer dat het aantal testen relatief hoog is, maar met name hoog is geweest in de periode van kerst en oud en nieuw. Mogelijk is men op dat moment toch meer gaan testen om de zekerheid te krijgen dat men het covid/SARS-virus niet droeg bij een gepland bezoek aan familieleden. Daarna zagen we een afname. Inmiddels is het weer wat toegenomen. Ongeveer de helft van de testcapaciteit wordt gebruikt, dus het kan zeker nog beter en er kunnen nog meer testen worden verricht. We zien de laatste tijd, de laatste week, een geringe afname van het percentage positieven. We vinden dat aantal van tussen de 12% en 13% nog steeds te hoog. Dat wil je eigenlijk op

ongeveer de helft hebben. Dan heb je het gevoel dat je voldoende sensitief test, dat je alle personen treft. 10%, 12% is toch nog hoog, maar we zien wel enige afname. Dat is, ook met de afname in het aantal meldingen, natuurlijk toch wel positief op dit moment. Dat effect moet zich wel bestendigen.

U ziet dat er de afgelopen week zo'n 340.000 testen zijn verricht. Dat is iets van 8% minder dan de week ervoor. Dat lijkt dan, met wat ik net vertelde, niet zo gunstig, maar omdat ook het percentage positieve testen wat is afgenomen, is dat uiteindelijk dan toch, tezamen met de afname van de meldingen, in ieder geval een ontwikkeling in de goede richting.

Op deze slide is de geografische verdeling te zien, zowel van het aantal testen dat is uitgevoerd als het percentage positieve testen. U ziet dat met name Limburg-Noord en Twente eruit vallen. Verder is het redelijk verdeeld over heel Nederland. Dat zien we ook op de slide die hierna komt.

Maar ik wil u hierbij nog even meenemen in de resultaten van de teststraten. Er is veel te doen geweest om het invoeren van die antigeentesten. Wat u hier ziet voor dertien testlocaties, is het percentage dat positief wordt getest met de PCR. Dat zijn de roze stippen en het 95-betrouwbaarheidsinterval. Je ziet ook het percentage testen dat positief is wanneer gebruik wordt gemaakt van een antigeentest. Wat opvalt ... Dat is ook wat je verwacht, omdat die antigeentest wat minder gevoelig is. We weten dat de PCR wat meer positieven oppikt, ook aan het begin en aan het eind van de infectie. Dat vindt u hier terug, want de antigeentest ligt eigenlijk altijd links van het resultaat van de PCR-test, dus minder positieven. Maar als u bijvoorbeeld naar teststraat 4 kijkt, ziet u dat er wel een heel groot verschil is tussen PCR-positieven, zo'n 22%, en antigeensneltestpositieven, maar zo'n 5%. Dat is zeker iets wat we nader moeten onderzoeken, want je vraagt je toch af hoe dat verschil zo groot kan zijn. Daar zijn een heleboel redenen voor aan te voeren, die maken dat het misschien niet zo erg is als het op het eerste gezicht lijkt. Want je denkt: hé, ik mis een heleboel positieven door die antigeensneltest te doen. U moet onthouden dat dit geen onderzoek is waarbij men op toeval naar de een of naar de ander gaat. Er kan een selectie in zitten van wie naar welk onderdeel van de straat wordt gestuurd.

Wat wij hiermee wel willen onderschrijven, is het belang dat je de testuitslagen altijd in de context van de setting moet beoordelen waarin de test is uitgevoerd. Had iemand klachten of niet? Was iemand zonder klachten of niet? Dat is buitengewoon belangrijk. Dat vinden we wel terug als we nu die eerste vergelijkingen binnen die teststraten kunnen maken. Dat is dus iets wat zeker tot verder onderzoek noopt. Het geeft voor ons in ieder geval duidelijk aan dat je niet zomaar de ene test voor de andere test kunt substitueren.

Op de volgende slide is de incidentie te zien. Dat wil zeggen de aantallen per 100.000 per week in de verschillende veiligheidsregio's. U ziet dat er nog een hoge in zit. Dat is met name Twente. Gemiddeld zitten we inmiddels op zo'n 275 per 100.000. Dat is dus dalende. U ziet dat Rotterdam, dat aanvankelijk hoog stond, nu met net onder de 200 als laagste uit de bus komt, en dat een aantal, zeker met de week ervoor in ogenschouw nemend, ook dalende zijn. Dat vindt u ook terug op de blauwe grafieken, die een overzicht geven van oktober tot nu. Eigenlijk is in alle regionen wel een daling waarneembaar. Nogmaals, we hopen natuurlijk dat dit doorgaat en dat de Engelse variant daar niet doorheen gaat spelen.

Dan met betrekking tot het aantal meldingen per leeftijdscohort, hier in verschillende kleuren voor de verschillende weken weergegeven. Van links naar rechts ziet u de periode van eind november tot afgelopen week. U ziet de piek die we hebben gezien bij de 13- tot 17-jarigen, tot bijna 700 per 100.000 per week. Dat is inmiddels fors gedaald, ook omdat het aantal testen in die groep is gedaald. Dat zou kunnen representeren dat er ook

een afname van klachten is. U ziet de afname over alle leeftijdscohorten met uitzondering van de 18- tot 24-jarigen, waar er de afgelopen week een toename van 10% tot 12% was tot 500 per 100.000 in die groep. Voor de andere leeftijden is er sprake van een afname van het aantal positieve testen. Dus het is iets wat zich bij alle leeftijdsgroepen afspeelt, waarbij je opnieuw ziet dat de jongerengroepen blijkbaar toch kwetsbaar zijn. Dan iets wat hier wel bij past en toch ook wel gunstig stemt en dat betreft de infectieradargegevens. Ik heb al eerder gezegd dat het RIVM een site heeft die infectieradar is genaamd. Mensen kunnen zich opgeven waarbij ze om de zoveel dagen klachten kunnen aangeven die passen bij covid. U ziet op de slide dat dit ongeveer tegen de 3% was en dat het de afgelopen weken gedaald is met zo'n 40% naar onder de 2%. Dus dit past bij het beeld dat we zien dat er een afname is van het aantal positieve covidgevallen is. U ziet dat dit over heel Nederland het geval is. Verder roep ik nog even in gedachten dat de laatste influenza-isolaten van alweer meer dan een jaar geleden zijn. Dat is met alle maatregelen naar nul gebracht en is gelukkig nog steeds nul. Dus dat speelt momenteel niet door het klachtenbeeld heen. En u ziet dat ook de klachten verder zijn afgenomen. Noch influenza noch het RS-virus waarvan we inmiddels activiteit zouden verwachten, is eigenlijk prominent aanwezig momenteel. Sterker nog, we vinden het eigenlijk helemaal niet in de isolaten die we daarop nakijken. Dus ook in het klachtenbeeld is er een afname, passend bij de afname in het aantal meldingen.

Dan de verpleeghuizen en de gehandicaptenzorg. Voor verpleeghuizen is er in totaal sprake van een aantal dat de eerste golf net ontstijgt en dat net iets hoger is. Ongeveer een derde van de huizen is geraakt door covidgevallen en binnen die huizen heeft er geregeld verdere verspreiding plaatsgevonden. Ook daar zien we de laatste week dat er een afname is van het aantal nieuwe locaties dat besmettingen meldt en ook een afname van het aantal bewoners. Dat betekent niet dat er geen druk op deze complexe zorg is. Als er een introductie is, gaat dat natuurlijk anders dan in het ziekenhuis, waarbij het aantal gevallen echt representeert wat naar het ziekenhuis komt. Een geval in een bestaand huis kan zich verspreiden. Ook gezien de vaak psychogeriatrische achtergrond van de cliënten is het zeer complex om dat in toom te houden. Bovendien is er een hoge zorgdruk voor mantelzorgers, thuiszorgers, wijkverpleegkundigen en dergelijken die met name betrokken zijn bij de zorg voor ouderen die nog thuis wonen.

Wat betreft de gehandicaptenzorg is er eigenlijk hetzelfde beeld, behoudens dat daar aanmerkelijk minder locaties een besmetting hebben gehad, wat zich ook vertaalt naar een geringer aantal bewoners dat door covid ziek is geworden. Ook daar zien we de laatste weken een afname van het aantal locaties en gevallen. In totaal staat dat op zo'n 6,5%. Dan wil ik u kort meenemen naar de rol van kinderen. Daar is natuurlijk veel over te doen geweest en dat zal de komende tijd ook het geval zijn. Dan gaat het met name om de vraag waar kinderen van 0 tot 12 jaar en van 13 tot 17 jaar, dus het primair en het voortgezet onderwijs, nou infecties opdoen. We hebben verschillende wijzen om dat te proberen te analyseren. Op de slide ziet u er een van, namelijk het aantal clusters dat zich binnen die leeftijdscohorten voordoet. U ziet linksonder dat het in het cluster tot 12 jaar buitengewoon laag is. Er zijn maar weinig aantallen clusters en in die clusters zijn ten minste drie aan elkaar gelinkte gevallen gerapporteerd. In de groep van 13 tot 17 jaar ziet u de toename die we in de tweede golf gezien hebben die ook representeerde dat de kinderen meer leken bij te dragen, in ieder geval meer betrokken waren bij de uitbraak, waar ze dat in de eerste golf eigenlijk minder waren. Die clusters zijn uitgesplitst op setting en proportie, dus van 0 tot 1, wat het percentage weergeeft waar men het heeft opgedaan. Dan ziet u dat de paarse kleur – die staat voor vrijetijdsbesteding, waaronder sporten – ongeveer verantwoordelijk is voor een kwart van het ontstaan van die

clusters onder kinderen, en dat de school en de kinderopvang, al naargelang de leeftijd en het cohort, ongeveer de helft representeert. U ziet ook de afname die er natuurlijk was in de kerstvakantie. Dat kan niet anders, want dan nemen die clusters van school natuurlijk af ten faveure van de clusters die thuis of door bezoek ontstaan. Dat ziet u hier ook gerepresenteerd. Dus ongeveer de helft komt door de school, een kwart door buitenschoolse activiteiten zoals sporten, en een deel in de thuissituatie.

Dan kijken we naar recenter onderzoek dat Imperial College hierover heeft gepubliceerd. Dat heeft een zogenaamde meta-analyse gedaan van alle studies die gepubliceerd zijn en die een bepaalde kwaliteit hebben, zodat die kunnen worden geëvalueerd. Aan de linkerzijde is het percentage weergegeven van hoe vaak kinderen zonder klachten in de verschillende studies – u ziet de namen van de eerste auteurs weergegeven – covidpositief bleken. Dat verschilt per studie, per land en misschien wel per studieopzet, maar u ziet dat dat gemiddeld relatief hoog is: rond de 21%. Dat wil zeggen dat een op de vijf kinderen die covidpositief blijkt te zijn, in het geheel geen klachten heeft. Dat is één constatering.

De tweede constatering staat aan de rechterzijde, met opnieuw eenzelfde opzet: een meta-analyse van alle beschikbare studies. Maar daarin heeft men een onderscheid gemaakt om te kijken hoeveel secundaire gevallen bepaalde groepen veroorzaken. Je hebt de groep die geen klachten heeft. Je hebt de groep die presymptomatisch is. Dat wil zeggen dat ze in de laatste dag zijn voordat er echt klachten ontstaan. En je hebt de groep die symptomatisch is. Dat is dus de groep die al hoest, niest en dergelijke, en zich ziek voelt. Dan ziet u dat het percentage secundaire gevallen dat uit deze verschillende situaties kan ontstaan, ook oploopt, van in dit geval 3% bij de asymptomatische gevallen tot 13% bij de personen met klachten. Als u dit samenneemt met het feit dat kinderen dus minder vaak symptomatisch zijn – ongeveer een vijfde deel is asymptomatisch – en dat vermenigvuldigt met die 3%, dan kunt u zich voorstellen dat kinderen uiteindelijk vaak geen klachten hebben of slechts milde klachten die in een minder percentage van de gevallen tot secundaire gevallen leiden. Dit is dus een achtergrond die eigenlijk ons gevoel ondersteunt dat kinderen eigenlijk veel milder ziek werden dan volwassenen. Dat is overigens ook iets wat nu al uit het onderzoek in Lansingerland terugkomt. Kinderen hebben ook geregeld helemaal geen klachten. Maar de kans dat ze het overdragen in het gezin is dan ook geringer. Kinderen hebben dus een geringere rol in de uitbraak. Dat ziet u ook nog samengevat, gekwantificeerd tot 0,56 of 0,6 maal de rol die volwassenen hebben in dit onderzoek. Dat kunt u hier ook nog terugzien. Dit is wederom van Imperial College. Hierbij kijken ze hoeveel secundaire gevallen het geeft als het indexgeval, dus degene die de infectie naar een huishouden of naar een groep brengt, een kind is of een volwassene. Dat zijn de bovenste twee grafieken. Dan kunt u aflezen dat kinderen maar in ongeveer 4% van de gevallen secundaire gevallen geven, waar volwassenen dat in 10% van de gevallen doen. Dat is opnieuw ongeveer die 60% vermindering die ik u net ook al noemde. Dat geldt niet alleen als de kinderen degenen zijn die de infectie in de setting brengen, maar ook wanneer zij de ontvanger van de infectie zijn, als ik het zo mag noemen. Dan zijn de contacten 0 tot 19 of 20 en ouder. Ook dan ziet u het effect, want kinderen krijgen het ook minder vaak, namelijk 6% versus bijna 14%. Kinderen zijn dus minder vaak de oorzaak van een verspreiding en pakken het, in een situatie waarin het verspreid wordt, als het ware ook minder makkelijk op. Dat tezamen met een milder ziektebeeld en het gegeven dat ze vaker asymptomatisch zijn en daardoor minder verspreiden, past in onze opvatting dat kinderen in mindere mate bijdragen aan de uitbraak. Dat geldt dan met name voor het primair onderwijs en wat minder voor het voortgezet onderwijs, zoals ik met de clusters liet zien.

Ik vat dit blokje even samen. We zien een afname van het aantal nieuwe meldingen, maar we vinden al met al dat de incidentie nog hoog is. Er zijn nog verschillen, maar dat wordt wel minder. We zien dat het aantal testen wat afneemt, met ongeveer 8%, maar – dat is gunstig daarbij – dat het aantal positieven wat sterker afneemt. We zouden dat overigens graag nog verder zien afnemen, zodat we weten dat er voldoende gevoelig getest wordt. Wat de opnames betreft: dat heeft u net al gehoord. We lijken over de piek heen te zijn, zij het dat het nog schommelt. In de instellingen zien we een kleine daling van het aantal meldingen. Ook de oversterfte neemt de laatste week weer wat af. Tot voor kort vonden we het beeld eigenlijk voorzichtig positief, ware het niet dat we onze Britse mutant gekregen hebben. Daar kom ik aan het eind op terug. Dat is wat je noemt «a new kid in town», die je eigenlijk niet wilt hebben, om redenen die ik u straks ga tonen.

Dan de prognoses, even tussendoor. Bij de prognoses laten we altijd de modellering en de berekening van het reproductiegetal, het aantal nieuwe patiënten als gevolg van een indexpatiënt, een eerste geval, zien. Op 25 december, eerste kerstdag, ziet u dat het 0,95 is. Daarvoor was het ongeveer 0,9, iets verder zelfs. Dit is onder de 1 gelegen, maar wel nét onder de 1. Dit zijn natuurlijk wel de kerstdagen, dus het beeld zal, zeker nu we de aantallen wat meer zien dalen, misschien wat gunstiger worden, maar het is een weinig enthousiaste afname van de uitbraak, zoals wij dat noemen. Dat getal is wel redelijk over Nederland verspreid. Het laatste getal is van vorige week, van de laatste week van december. U zag dat het eerst rood was en dat het daarna deels groen en geel geworden is. Dat wil zeggen dat het in heel Nederland onder de 1 gekomen is.

We kijken even naar het totale aantal besmettelijken. Dat is een prevalentie-maat. Je bent zo'n zeven dagen besmettelijk in dit model, en dat is denk ik ook wat in de realiteit speelt. Eind december waren het er nog zo'n 140.000. Inmiddels zijn we bijna twee weken verder en kunnen we de schatting geven dat het in de tussenliggende periode ongetwijfeld wat verder is afgenomen, omdat we ook een afname van het aantal nieuwe gevallen zien. Dat neemt niet weg dat het, als het nu rond de 100.000 zou liggen, nog steeds een heel hoog uitgangsaantal is bij een R-waarde die maar net onder de 1 is. Als het weer boven de 1 komt, om wat voor reden dan ook, komen we weer heel snel in grote problemen.

Dan de prognoses van het aantal opnames. Die laten zich het beste voorspellen in de modellen. Hier ziet u de ic-opnames. U ziet de eerste golf en de twee rimpels van de tweede golf. Wat hierover te melden is en wat in ieder geval gunstig is, is dat de meest recente, actuele getallen – dat zijn de zwarte dots – nu duidelijk buiten het gebied van de rode lijn vallen. Die rode lijn houdt in dat er geen effect zou zijn geweest van de extra maatregelen die medio december zijn genomen. Dat is dus gunstig. Ook wordt voorspeld dat er een verdere daling komt, natuurlijk wel gegeven dat dezelfde mate van urgentie voor het naleven van de maatregelen wordt gevoeld. De onzekerheid daarin is natuurlijk nog steeds aanzienlijk. Er is in ieder geval weer een daling. Dat betekent dat we ook weer signaalwaarden kunnen bepalen, wat eerst niet meer kon. Die geef ik u zo. Die daling zie je natuurlijk ook terug in de bedbezetting, waar wat betreft de ic in de modellering althans de suggestie is dat we nu ongeveer op de piek zitten. Dat betekent dat we verwachten dat we vanaf nu binnen korte tijd vooral dalende aantallen gaan zien.

Als je naar de opnames in de ziekenhuizen kijkt, zie je eigenlijk hetzelfde beeld, namelijk dat we buiten het terrein van die rode grafiek zijn gekomen, en ook buiten de onzekerheidsinterval. Met andere woorden, er is inderdaad een effect van de lockdownmaatregelen. U ziet ook dat de suggestie is dat dat zich verder voort zal zetten. Hetzelfde geldt weer voor de bedbezetting. Ook daar is de suggestie van het model dat we momenteel eigenlijk op die piek zitten en dat we verwachten dat dat weer

verder gaat dalen. Dat is, denk ik, ook conform wat collega Ernst Kuipers u net heeft verteld.

In verpleeghuizen ligt het altijd wat complexer. Daarvoor hebben we geen apart model, maar maken we ook gebruik van die ziekenhuismodellen om de FIT te doen. U ziet dat een aantal punten die ik hier in rood heb omcirkeld, buiten die FIT vallen. Dat komt natuurlijk ook doordat het niet zozeer het geval is dat hier zieke personen naar het verpleeghuis gaan, maar doordat er een introductie is en een potentiële verspreiding in het verpleeghuis, naast de aantallen huizen. Dat zou dit afwijkende beeld kunnen verklaren. Ook daar is uiteindelijk de voorspelling – maar met een veel grotere mate van onzekerheid, zoals u ziet – dat de aantallen verder gaan dalen. Dat is ook wel conform datgene wat ik u zojuist liet zien met betrekking tot de actuele getallen.

Dan de signaalwaardes. Een aantal van die signaalwaardes heeft in ieder geval in de routekaart tot nu toe een rol gespeeld, zoals 10 ic-opnames per dag, 3 ic-opnames per dag of 40 ziekenhuisopnames. U ziet hier hoe de nieuwe schattingen zich wat dat betreft verhouden. Ze zijn ongeveer gelijk gebleven aan de schattingen die we een week geleden maakten. Maar als u zich realiseert dat we hier begin december dachten dat we eind december door de 10 zouden gaan, is daar natuurlijk wel het nodige aan veranderd en opgeschoven. Ik denk dat het ook belangrijk is om te zeggen dat dit blijft staan, mits de maatregelen en de opvolging daarvan gelijk blijven, zodat we ook de verdere afname gaan bestendigen.

Op verzoek van het kabinet hebben we simulaties gedaan om te zien wat er zou gebeuren als we op 19 januari de maatregelen zouden loslaten c.q. als we scholen eerder zouden openen. Er zijn vele simulaties geweest, maar ik laat u er hier maar een zien. Die toont het volgende beeld. Dan kunt u het beste kijken naar de tweede kolom in de linkergrafiek, de grafiek met seizoenseffect. Dat lijkt de meest realistische modellering te zijn. U ziet aan de bovenzijde de grafiek als we niks veranderen op het huidige beleid en aan de onderzijde, met het gele blokje ernaast, wat er zou gebeuren als we het beleid volgende week zouden loslaten. Dan ziet u eigenlijk dat je vrij snel opnieuw een forse toename kan verwachten die het aantal dat we nu gehad hebben overstijgt, met ook nog eens een heel grote onzekerheid of dat niet meer zou zijn. In de tussenliggende twee grafieken ziet u de effecten van respectievelijk het openen van het primair onderwijs en het voortgezet onderwijs, die natuurlijk veel minder effect hebben maar wel de onzekerheid in belangrijke mate doen toenemen en zich toch nog vertalen naar honderden extra ziekenhuisopnames. Dus dit en dergelijke gegevens, maar ook de Engelse mutant, hebben gemaakt dat we als OMT hebben gezegd dat we de situatie nu te kwetsbaar en te riskant vonden om te adviseren de maatregelen los te laten.

Dan die Engelse mutant. Ik wil er toch even wat tijd aan besteden dat het belangrijk is om daar de significantie van te zien. Ik neem u in eerste instantie even mee naar deze grafiek. Wanneer u naar de onderste lijn kijkt, ziet u de toename van het aantal mutaties in het RNA-virus in de tijd. Het RNA-virus heeft cellen nodig om zich te vermeerderen. Daarbij maakt het foutjes, die soms worden meegenomen naar het nageslacht, die dan ook weer worden vermeerderd wanneer het in een andere persoon komt, en dat stapelt. U ziet dat er een langzame stapeling is van het aantal mutaties op die onderste lijn.

In Engeland is gevonden dat er plotseling een mutant opkwam, die te zien is in de bovenste lijn, waarbij een heleboel extra mutaties waren toegevoegd. Als je dat zo ziet, heeft dat virus eigenlijk een belangrijke stap gemaakt waarbij het plotseling veel meer mutaties in zich heeft. U ziet ook dat het zich nu weer volgens dezelfde lijn ongeveer van extra mutaties – lees: variatie – voorziet. De mutaties die het extra heeft, staan in de box genoemd, misschien wat klein afgedrukt, zeker vanuit hier, maar op de aan u uitgereikte presentatie kunt u dat denk ik wel zien. Een belangrijk

deel van die mutaties bevindt zich in het zogenaamde S-eiwit, dat u ziet u op het cartootje rechtsboven. Dat is het eiwit dat naar buiten steekt, als een soort toetertje uit het membraan van het virus, en dat van belang is bij de aanhechting aan de cel. U kunt zich voorstellen dat, als daar kleine veranderingen plaatsvinden in aminozuren of als een klein stukje eiwit ontbreekt, het dan soms makkelijker kan aangrijpen op de cel. En als het makkelijker aangrijpt, kan het wellicht ook meer besmettelijk zijn.

Dat zijn dingen die momenteel worden onderzocht. Die mutant heeft een naam gekregen. Helaas spelen daar verschillende namen door elkaar; B.1.1.7 is er een, en in Engeland wordt het ook VoC genoemd – wat natuurlijk niks met het Nederlands verleden te maken heeft – als afkorting van Virus of Concern. Het heet in Engeland ook wel de zogenaamde S-min-mutant. Daar kom ik zo nog even op terug.

Hoe kwam men dit op het spoor? Allereerst omdat in Engeland veel meer virussen worden gesequenced, dus worden nagekeken op hun genetische informatie. Daarbij kwam dit naar boven, maar ook omdat deze mutant gekoppeld leek aan een afwijkende epidemiologie en aan een toename van het aantal gevallen, ondanks het feit dat er een lockdownperiode is. Dat kon men natuurlijk pas in retrospect, dus terugkijkend, waarnemen, maar dat is waar ik u nu in wil meenemen, in de eerste plaats in deze grafiek.

Daarop ziet u links voor vier regio's van Engeland, voor Londen – afgekort LD – tot de East Midlands in de onderste grafiek, en voor nog twee andere gebieden in het zuidoosten van Engeland wat de actuele besmettingen waren in een periode vóór de lockdown, die van november tot ongeveer december liep. U ziet daar een belangrijke afname, met name in het zogenaamde Midlandgebied, terwijl het in Londen en in gebieden in het zuidoosten gelijk blijft. Daarna ziet u de geweldige toename, waarbij met name Londen opvalt en de gebieden in het zuidoosten weer, terwijl de Midlands als het ware achterblijven. Men is toen nagegaan wat het percentage mutantvirus was in die verschillende regio's. U ziet in de middelste grafiek dat werd geconstateerd dat voor de gebieden die geweldig gestegen waren – neem Londen even als voorbeeld – vanaf november tot eind december een geweldige toename is geweest van met name het mutantvirus. U ziet dat het percentage waarin het mutantvirus werd vastgesteld onder het totaal aantal virussen van ongeveer 5% opliep naar meer dan 80%. Dat toont de middelste grafiek. Dat geldt eigenlijk voor alle gebieden waar die toename zo geweldig snel was.

Ten slotte ziet u aan de rechterzijde, in groen, voor heel Engeland het aantal isolaten, waarin de genetische informatie is bepaald. Die isolaten zijn gesequenced, zoals dat heet. U ziet ook de toename, de blauwe lijn, die er inmiddels is van het mutantvirus. Ook daar ziet u een langzame toename van het mutantvirus. Dat betekent eigenlijk – dat is de interpretatie van Engeland – dat het mutantvirus het bestaande virus domweg aan het verdringen is, doordat het besmettelijker is. Uiteindelijk wordt dat het dominante type, zeker in Londen en het zuidoosten. Waarschijnlijk is het dus besmettelijker en verspreidt het zich sneller.

Waar baseert men die gedachtes op? Dat ziet u onder andere op deze grafiek. Opnieuw ziet u links het aantal meldingen in Engeland. U ziet dat aantal toenemen. Tijdens de lockdown ziet u het in totaal afnemen en daarna weer toenemen. Dat zijn de lichtpaarse blokjes. In de donkerpaarse blokjes ziet u dat er ten tijde van de lockdown al een toename was van het mutantvirus en dat het mutantvirus met name na het loslaten van de lockdown geweldig is toegenomen en percentageel gezien momenteel de meeste isolaten betreft. Dat betekent twee dingen. Je ziet dat tijdens de lockdown het gewone virus omlaagging. Dat is iets wat je ook verwacht, want je neemt tenslotte maatregelen. Maar u ziet er al doorheen – ik zal het u straks nog wat duidelijker laten zien – dat het mutantvirus in dezelfde situatie lijkt toe te nemen. Dat is natuurlijk een bepaald ongunstige boodschap.

Dan nog een paar dingen die ook nog getoond worden, namelijk dat het eigenlijk voor alle leeftijden geldt. Dat is linksonder te zien. Aanvankelijk was het idee dat het vooral de jongeren waren, maar achteraf gezien komt dat waarschijnlijk doordat jongeren op dat moment nog de meeste speelruimte hadden. Dan verwacht je natuurlijk altijd dat die wat prominenter aanwezig zijn. Je ziet echter dat het ook bij oudere groepen inmiddels de overgrote meerderheid van de isolaten betreft. Aan de rechterzijde ziet u ten slotte de kaart van de UK, waarbij het mutantvirus vooral in het zuidoosten en in Londen te zien is, maar enkele andere gebieden ziet u ook al donker verkleuren. Dat vertaalt zich ook weer naar de grafiekjes eronder. In Londen ziet u dat er bijna alleen nog maar mutantvirus geïsoleerd wordt, terwijl het in andere gebieden nog maar een beperkt aantal is. In Engeland verschilt dus de mate waarin het mutantvirus het heeft overgenomen. Een gebied als Londen heeft plekken met aantallen boven de 1.500 op 100.000 – wij zitten op 275, dus zij zitten ver erboven – en de verwachting is dat het nog verder stijgt, mogelijk ook onder de gebruikelijke lockdownmaatregelen. Dat is het serieuze aspect dat ik hopelijk overbreng met dit grafiekje.

Datzelfde laat ik u nogmaals zien, om u wellicht nog eens extra te overtuigen. In ieder geval blijkt het ook uit onderzoek van Imperial College. Ik neem u eerst mee naar de grafieken aan de linkerzijde die voor verschillende regio's in Engeland het totale aantal isolaten weergeven voor, tijdens en na de lockdown. Als u even met mij meegaat naar het grafiekje dat ik als 1 heb aangeduid, rechtsonder in het cluster, ziet u dat er een virus was dat prachtig gedaald was tijdens de lockdownfase, en daarna redelijk constant is geweest. Dat betreft een regio in Engeland waarvan je ook aan de kleine lijntjes eronder ziet, dat er nog niet zo'n S-mutant speelt, want dat was dat mutantvirus. Dat is een gunstige situatie met een duidelijk effect van de lockdown.

Als u kijkt naar het gebied van Londen – ik heb dat met een 2 aangegeven – ziet u dat dit een bepaalde waarde had, die tijdens de lockdown niet goed gedaald is en na de lockdown snel is gestegen. Als u naar de twee lijntjes eronder kijkt, de roze en de groene, dan ziet u dat de S-mutant gedurende de gehele tijd, ook tijdens de lockdown, alleen maar is toegenomen, terwijl the wild type, het type dat we vooral in Nederland hebben, constant is gebleven. Ook hier zie je het gegeven dat tijdens zo'n lockdown het mutantvirus – althans in de Engelse setting, want er zijn natuurlijk nog vele vragen over te stellen – is toegenomen en dat het daar gewoon de optelsom was. Dat is natuurlijk zeer zorgelijk, want dat gebeurde onder lockdowncondities. De fracties aan de rechterzijde wil ik even laten voor wat ze zijn – dat is leeftijd en ook weer een illustratie van het feit dat je per week ziet dat het aantal mutantvirussen toeneemt en dat daarmee ook de R-waarde die men in Engeland berekent, toeneemt. Nu zit men in lockdown in Londen en kun je op de website van Public Health England volgen dat men eigenlijk verwacht dat men daar nu nog steeds een R-waarde van 1.2 à 1.3 heeft. Dat zijn R-waarden die wij hadden toen het begon te stijgen in oktober-november. Bepaald geen gunstige uitgangssituatie.

Dan de onderbouwing op basis waarvan Engeland zegt, of meent, op basis van deze wetenschappelijke gegevens, dat het virus zich makkelijker verspreidt. Eigenlijk moet u op sheet 29 alleen naar de donkerrode lijntjes kijken. Het lijntje aan de linkerzijde is voor virussen waarbij aan sequentieanalyse is gedaan. Aan de rechterzijde is er een onderscheid gemaakt op grond van de S-gen-PCR's, waarbij dan respectievelijk het mutantvirus en het wild type virus wordt getoond. Deze grafieken geven het aantal secundaire gevallen per positief geval. Dan zie je dat waar een mutanttype in ongeveer 14% à 15% van de gevallen over de verschillende regio's van Engeland – maar ook aan de onderzijde over de verschillende leeftijdscohorten – secundaire gevallen geeft, het oude type dat maar in ongeveer 11% van de gevallen geeft. Dat is dus onafhankelijk van locatie

en onafhankelijk van leeftijd. Dat betekent een toename van de overdracht van tussen 30% en 50%. Daarop is gebaseerd dat dit Engelse virus besmettelijker is – althans het mutantvirus – dan het gebruikelijke virus dat ze daar eerder hadden.

Ten slotte een illustratie van de situatie in Ierland. Daar zijn de ontwikkelingen redelijk dramatisch geweest in de afgelopen week. Ik wil op sheet 30 hetzelfde effect laten zien, dus wat er gebeurt bij introductie van dat Engelse mutantvirus. Aan de linkerkant het beloop in Nederland, met de golf en gelukkig inmiddels de afname, op grond van de maatregelen van medio december. Daaronder in het roze het Verenigd Koninkrijk, en ten slotte in groen ziet u de lijn in Ierland. U ziet dat het in Ierland eigenlijk heel laag was en dat dit veranderde met het loslaten van de lockdown-maatregelen. Voor de duidelijkheid: de maatregelen in Ierland zijn buitengewoon strikt. De Ieren kennen eigenlijk maar twee situaties: of er is een lockdown en dan mag je eigenlijk je huis niet uit, of het is vrij. De eerstgenoemde situatie was er tot in december. Vervolgens is het losgelaten tot en met de kerstperiode. U ziet wat een geweldige spike aan extra gevallen dat inmiddels heeft opgeleverd. Ik hoorde van een Ierse collega dat ze daar gebieden hebben met tegen de 2.200 gevallen per 100.000 inwoners. Dat is acht tot tien keer meer dan in Nederland. Het is gewoon niet voor te stellen wat voor druk dat zal geven op de zorg in de komende tijd.

U ziet aan de rechterkant ook de spike weergegeven met de verschillende gebeurtenissen. Eerst de lockdownperiode. Daarna, zo geeft men in Ierland aan, is er een influx geweest van Ieren die in Engeland werken en terugkwamen voor de kerstperiode – zeer begrijpelijk. Een bepaald percentage van hen heeft ook dat mutantvirus mee terug genomen. U ziet de geweldige spike die optrad in het aantal gevallen, met een R-waarde van tussen 2 en 3. Dat zijn waarden die wij hier destijds alleen met carnaval hadden. U ziet dat tijdens die piek ook het percentage waarbij de isolatie de Engelse mutant betrof, belangrijk is toegenomen, van zo'n 20% in de maand naar ongeveer de helft. Dit zijn nog maar de eerste gegevens, dus dat zou ook nog weleens hoger kunnen liggen.

Kortom, samenvattend, die Engelse variant wil je hier gewoon niet hebben. En als die al komt, dan wil je die zo strak mogelijk ontvangen en onder controle houden. Wij hebben de afgelopen tijd bekeken hoe vaak die Engelse mutant in Nederland voorkomt. Dat blijkt gelukkig nog gering te zijn. Maar je wilt je wel voorbereiden op een periode waarin die toch toeneemt, wellicht eerst slechts geleidelijk, maar vervolgens exponentieel, zoals u hier voor Ierland ziet, in een fase dat wij nota bene al lockdown-maatregelen treffen. Dus de vraag is wat je nu verder kunt doen. Dat betekent voor Nederland – en dat is mijn voorlaatste slide – de volgende situatie. Door het bron- en contactonderzoek kunnen we inmiddels in ongeveer 60% van de gevallen in Nederland de setting van waar de besmetting is opgedaan achterhalen. Dat is dus een behoorlijk hoog percentage. Rechtsonder en in het grafiekje ziet u wat de setting is. In de helft van de gevallen is dat verspreiding in het huishouden. Dat is begrijpelijk, want binnen het huishouden zullen er geen maatregelen van afstand zijn, waardoor het virus zich kan verspreiden. Hoe vaak dat gebeurt, ziet u in het tabelletje rechtsboven. In 15% tot 20% geeft dat secundaire gevallen.

U ziet als tweede het familie- of vriendenbezoek prominent staan. Daaronder kunt u het kerstbezoek van twee personen verstaan, maar ook bijvoorbeeld een feestje van meerdere personen achter de voordeur. Na huishoudens is dit evident de belangrijkste reden van verspreiding, totaal 30%. Maar daarvan moet je eigenlijk die 15% deels aftrekken, want dat is een andere setting, namelijk de secundaire doorgifte als het eenmaal in het huishouden is.

Wat gunstig is, is de werksituatie. Verspreiding is daar nog steeds aanwezig, maar die is de afgelopen weken wel duidelijk gedaald. Daar

loopt ook het kersteffect doorheen, maar het lijkt daar wat af te nemen. In Nederland zijn, naast verspreiding in een huishouden wat begrijpelijk is, dus vooral de contacten tussen huishoudens door bezoek of door party's de belangrijkste modus van verspreiding. Met de Engelse variant in het achterhoofd, wil je zo snel mogelijk zo laag mogelijk komen wat betreft het normale virus. En als het nieuwe virus er komt en zich verspreidt, wil je gereed zijn om zo snel mogelijk te kunnen uitdrukken waar dat gebeurt. Je moet dan zoeken naar maatregelen die je wellicht nu nog kunt nemen om deze verspreiding tegen te gaan. Of je zorgt ervoor dat je maatregelen op de plank hebt liggen op het moment dat het percentage van het Engelse virus naar je gevoel te veel begint toe te nemen waardoor je extra maatregelen moet nemen. Suggesties voor die maatregelen heeft u deels in de krant kunnen lezen. Maar wil je wat krijgen op de epidemiologie in Nederland, dan zal je op een of andere manier toch de bezoeksituatie moeten limiteren, hoe vervelend en ongewenst dat ook is. Het is natuurlijk verder aan u om daar besluiten over te nemen, maar wij zien dat nu duidelijk als het zwakke punt.

Hoe voorkom je dat te veel mensen bij elkaar op bezoek gaan of dat ze dat te ongecontroleerd doen? We weten uit de Gedragsunit van het RIVM dat men vaak, ook al komt men als bezoek, de afstandsmaat niet hanteert, de handen niet wast en dergelijke. Dat tezamen maakt de situatie kwetsbaar. Zeker nu, nu we in aantal nog steeds een behoorlijke bulk aan gevallen hebben, maar zeker ook als zo'n Engelse variant zich verder zou verspreiden. Je ziet in welke landen die variant al is geconstateerd. In Nederland zitten we nu tegen de honderd isolaten aan, maar je kunt ervan uitgaan dat die variant zich in heel Europa heeft verspreid. We moeten ervoor zorgen, met name door het aanscherpen van onze generieke maatregelen, dat dat aantal zo laag mogelijk blijft. Vaccinatie, het weer, et cetera gaan ons uiteindelijk weer verder helpen.

Dan nog de percentages, maar die heb ik eigenlijk net al genoemd.

Mijn verhaal afrondend: we zien een afname van de meldingen. Dat is een gunstige ontwikkeling die zich inmiddels vertaalt naar de instituten, de ziekenhuizen en de ic's. Er zijn wat onzekerheden, maar de grootste onzekerheid nu is de Engelse mutant. We weten dat die in Nederland aanwezig is. Ik wil het verhaal niet nog depressiever maken dan het al is, maar we hebben ook nog een mutant uit Zuid-Afrika, die anders is dan de Engelse mutant, maar die deels overlapt en mogelijk ook gerelateerd is aan een verhoogde besmettelijkheid. Ook die hebben we inmiddels in Nederland geïsoleerd. Voor ons betekent dat dat we de kiemsurveillance, de manier waarop we kijken naar die isolaten, moeten opplussen. Met het Erasmus, maar ook met andere laboratoria, zijn we daar hard mee bezig. Dat moet ons in staat stellen om beter zicht te krijgen op die mutant. En als we de gegevens uit het Verenigd Koninkrijk serieus nemen – ik denk dat daartoe, ook gezien Ierland, alle reden is – en als deze mutant zich inderdaad kan verspreiden onder de niet totale lockdownmaatregelen, dan moeten we toch kijken wat we eventueel extra moeten doen. Aan Ierland ziet u, helaas, hoe snel het kan gaan.

Dat was mijn bijdrage. Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank voor uw presentatie, zeg ik in de richting van de heer Van Dissel. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Van Delden voor zijn presentatie. Ook deze is inmiddels uitgereikt en geplaatst op de website van de Tweede Kamer. Gaat uw gang. Het woord is aan u.

De heer Van Delden:

Dank u wel. Ik neem jullie graag mee in waar we nu zijn met het uitvoeren van de covidvaccinatie. Deze slide geeft nog even weer wat leidend is voor de manier waarop de vaccinatie wordt uitgerold, namelijk zo snel mogelijk de sterfte en ziekte ten gevolge van corona beperken door te

prioriteren, met de ouderen en kwetsbaren eerst. Dat is op zich, denk ik, een bekend verhaal. Wat ook al eerder is genoemd, is dat er bij de uitvoering van de vaccinatiestrategie onbekendheden zijn. Eerder is al toegelicht dat veel belangrijke onbekendheden te maken hebben met de vaccins zelf. Voor welke doelgroep zijn ze geschikt? Op wat voor manier, wanneer en in welke omvang worden ze geleverd? Maar het betreft ook de logistieke kenmerken, die soms toch wel behoorlijke invloed hebben op hoe je de uitvoering vorm kan geven. Eentje die ik nu heb toegevoegd, is het punt actualiteit. Dat gaat bijvoorbeeld over het recente besluit om ook een aantal medewerkers in de acute zorg te vaccineren, want dat betekent iets voor de voorraad en de snelheid van de uitrol voor andere groepen. Maar bijvoorbeeld ook het verhaal net van mijn collega, meneer Van Dissel, over een mogelijke andere variant die leidt tot snellere besmetting, kan iets betekenen voor de manier waarop je de vaccinatiestrategie uitvoert. Daar kom ik straks nog op terug.

De voorzitter:

Voor u verdergaat: het is natuurlijk de bedoeling dat de vragen achteraf worden gesteld, maar mevrouw Agema heeft een verduidelijkende vraag. Klopt dat?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, een verduidelijkende vraag, want ik begrijp dat er onbekendheid is over het aantal vaccins en het moment van levering, maar wij proberen als Kamer al een paar dagen te achterhalen hoeveel vaccins er op dit moment in opslag in Nederland aanwezig zijn.

De voorzitter:

Meneer Van Delden, kunt u dat nu aangeven of in de loop van uw presentatie?

De heer **Van Delden:**

Zeker. Op dit moment zijn het er ongeveer 200.000. Ik denk wel dat het inderdaad makkelijk is om eerst even het verhaal af te maken en dan te kijken welke vragen er zijn, als dat goed is, om een beetje de loop van het verhaal te behouden. Maar als het nou heel dringend is ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Zijn dat dan 200.000 vaccins of voor 200.000 mensen die een vaccin zouden willen krijgen? Is het aantal vaccins 200.000? Want in de krant lezen we namelijk dat het er 455.000 zijn. Dat is een groot verschil.

De voorzitter:

Ik kijk in de richting van de heer Van Delden of hij daar nu op in kan gaan, maar ik denk dat deze vraag een aantal keren gesteld is. De vraag is of u in de loop van de presentatie graag het exacte aantal vaccins wilt noemen.

De heer **Van Delden:**

Dat is natuurlijk een superbelangrijke vraag, dus ik begrijp het helemaal. Het gaat om ongeveer 200.000 vaccins. Goed, dan kom ik bij Moderna. Ook daar heeft u ongetwijfeld het een en ander over gelezen in de krant de afgelopen tijd. Het vaccin is goedgekeurd en geleverd in kleine aantallen; deze week 13.000. Het is een vaccin dat goed geschikt is voor ouderen, dus dat is natuurlijk heel gunstig. De levering in het eerste kwartaal is ongeveer 400.000. Er wordt gestart met relatief kleinere leveringen, waarbij het twee keer moet worden toegediend. Ook naar aanleiding van de vraag van mevrouw Agema: het aantal vaccins gedeeld door twee is inderdaad het maximale aantal mensen dat je daarmee kunt vaccineren. De verpakking is wat kleiner dan de verpakking van Pfizer, met 100 in een doos en in elk flesje – in elke «vial»,

zoals dat ook wel wordt genoemd – tien doses. Daar kom ik, denk ik, later nog op terug. De houdbaarheid is een stuk langer. Die is bij koelkasttemperatuur 30 dagen. Dat is een belangrijk voordeel. De tweede vaccinatie is na 28 dagen. Net als bij het andere vaccin is in de richtlijn vijftien minuten observatietijd opgenomen om te kijken of er een ernstige allergische reactie optreedt.

Ik wil benadrukken dat het vaccin ontdooid één keer vervoerd mag worden. Dat is heel belangrijk in de uitvoering. Dat betekent iets voor de vraag op welke locaties je hiermee gaat vaccineren. Want stel dat een huisarts hiermee naar iemands huis rijdt en daar één persoon vaccineert, dan is dat dus één persoon uit een vial waar tien doses in zitten. Maar de arts kan daarna niet met dat vial doorrijden. Dat is de informatie die we nu hebben. Zo'n kenmerk is dus heel belangrijk voor hoe je de logistiek uitvoert: door wie laat je iemand op welke locatie hiermee vaccineren? Daar kom ik graag later nog op terug. Ik kan me voorstellen dat hier nog vragen over zijn.

Het is een vaccin met heel gunstige eigenschappen: geschikt voor ouderen en lang houdbaar bij koelkasttemperatuur. Dat is ontzettend handig, maar die beperking op de logistiek betekent echt wel iets voor wat je er wel en niet mee kunt.

Het plaatje op de volgende sheet is gecommuniceerd. Het is voor mij niet te lezen op het scherm, maar het geeft aan wanneer welke groep ongeveer start met de vaccinatie. Vaak zie je dat er bij groepen die voornamelijk met AstraZeneca worden gevaccineerd een dunne lijn is van BioNTech/Pfizer of Moderna. Dat heeft ermee te maken dat bijvoorbeeld zorgmedewerkers boven de 60 wel met een mRNA-vaccin gevaccineerd zullen worden en de zorgmedewerkers onder de 60 met AstraZeneca worden gevaccineerd. Ik wil niet alle balken op de sheet aflopen, maar als hier specifieke vragen over zijn, dan beantwoord ik die graag later. Dat is, denk ik, efficiënter. Op zich spreekt het plaatje redelijk voor zich.

Dan ga ik nu naar de vaccinatie van de zorgmedewerkers zoals die nu plaatsvindt door de GGD. U kunt op de sheet zien wat de uitrol is qua aantal locaties. Op 6 januari was de eerste vaccinatie. Daarna zijn een aantal locaties toegevoegd. Vanaf vrijdag 15 januari zijn alle locaties op volle capaciteit bezig. Uitgaande van een doos met 975 doses betekent dit op dit moment dat er per dag minstens 250 vaccinaties daarvan zijn. De inzet is om in drie dagen een doos leeg te prikken, om het maar even eenvoudig te zeggen. Mocht dat niet lukken, dan heb je nog een vierde dag beschikbaar voor de doses die nog over zijn. Dan hoef je geen vaccins weg te gooien. Het aantal vaccinaties per week loopt op naar ongeveer 60.000 volgende week. Om een beetje een beeld te geven: op termijn verwachten we bij de GGD, overigens ook op meer locaties, een capaciteit van een kleine miljoen vaccinaties per week. Het zijn dus echt forse volumes waarnaar wordt toegewerkt. Dat vraagt natuurlijk ook voldoende beschikbare vaccins. Die zijn er nu gewoon nog niet.

Het proces loopt daar echt heel goed. We zien dat er heel weinig no-show is. Er zijn dus heel weinig mensen maken die een afspraak maken en niet komen. Mensen krijgen van tevoren een herinnerings-sms. We zien dat mensen die een afspraak maken, komen. We zien dat de spillage heel erg laag is, namelijk onder de 5%. Dat is heel gunstig, want dat betekent dat je meer vaccins kunt gebruiken om daadwerkelijk te vaccineren. We zien ook dat we meer doses uit één vial halen, wat ook heel gunstig is, want dat betekent dat onze voorraad groter is dan we vooraf hadden berekend.

De plaat op de volgende sheet geeft weer hoe het werkt. Het RIVM heeft tegen werkgevers gezegd wanneer zij hun werknemers uit kunnen nodigen. Die bellen met de helpdesk om een afspraak te maken. Op de eerste dag zijn er enige wachttijden geweest, maar nu is dat goed onder controle. Het is ook nooit heel erg dramatisch geweest. De medewerker maakt dus een afspraak voor de eerste en de tweede vaccinatie. Hij gaat naar de locatie toe die aan hem is toegewezen. Dat is bij hem in de buurt

of relatief in de buurt, want er zijn er nog niet heel veel over het hele land. Er wordt gevraagd of hij de gegevens wil leveren, maar op de registratie kom ik later terug. In deze flowchart ziet u hoe het proces loopt van de vaccinatie van zorgmedewerkers bij de GGD. Ik ga straks nog andere van dit soort plaatjes laten zien van de andere processen, maar in grote lijnen is het natuurlijk hetzelfde: iemand wordt uitgenodigd, maakt een afspraak, gaat naar een locatie om gevaccineerd te worden en komt daar na drie of vier weken, afhankelijk van het vaccin, opnieuw voor de tweede vaccinatie.

Nu wordt de groep zorgmedewerkers bij de GGD gevaccineerd, maar hierna volgen andere groepen. We verwachten en hopen dat AstraZeneca snel geleverd wordt in grote aantallen, waarna ook de volgende groepen zorgmedewerkers met AstraZeneca gevaccineerd zullen worden bij de GGD. Met het toenemen van het aantal vaccins die beschikbaar zijn, zal ook de prikcapaciteit, de vaccinatiecapaciteit, bij de GGD worden opgebouwd. Ook het aantal locaties zal worden uitgebreid, zoals u op de sheet kunt zien. We verwachten dat op enig moment bij de GGD meerdere doelgroepen tegelijkertijd worden gevaccineerd. Voor een deel zijn het zorgmedewerkers, bijvoorbeeld van instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, maar ook ouderen zullen dan bij de GGD worden uitgenodigd voor een vaccinatie. Daarbij wordt de ene groep met AstraZeneca gevaccineerd en de andere groep met BioNTech/Pfizer of Moderna. Het zijn dus stromen die naast elkaar komen te lopen.

Dan wil ik nu even naar de vaccinatie van de zorgmedewerkers in de acute zorg. Ik noemde die net al even. In relatief korte tijd is besloten om 30.000 medewerkers uit de acute zorg te vaccineren. De ziekenhuizen hebben dat zeer voortvarend opgepakt. Ook daarbij zien we dat de spillage verwaarloosbaar is en dat er gemiddeld zes dozen uit een vial gehaald kunnen worden. We dachten: «Er zijn 30.000 medewerkers. Daarvoor leveren we met een verwacht spillage van 10%. Dat zijn dus 33.000 vaccins. Dat moet dan twee keer, want het is natuurlijk ook voor de tweede vaccinatie.» Maar we zien dat door het zeer lage spillage, en die zes doses uit één vial, er tot en met gisteren zo'n 38.000 mensen zijn gevaccineerd. De ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor de taken die u eronder ziet staan. Ook dit proces loopt erg goed. Daar zijn we natuurlijk heel blij mee.

Op sheet 12 ziet u wat de «procesplaat» heet. Dit is de procesplaat van de vaccinatie van de medewerkers in de acute zorg in de ziekenhuizen. Dit lijkt in grote lijnen erg op het vorige plaatje, van de vaccinatie door de GGD. Alleen de onderliggende IT-systemen en dergelijke zijn iets anders. Maar in grote lijnen is het proces natuurlijk hetzelfde en is het vaccin ook hetzelfde. Dus is ook de vaccinatie-interval hetzelfde, dus de tijd die tussen de eerste en de tweede vaccinatie zit.

Ik ga nu naar de vaccinatie van bewoners van verpleeghuizen en andere instellingen, sheet 14. Er is een groep van zo'n 155.000 bewoners bij wie de instelling zelf ook een medische dienst heeft, met bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde of een instellingsarts. Het is ook hier weer belangrijk dat er voor de vaccinatie toestemming wordt gevraagd. Dit geldt niet alleen voor de vaccinatie, maar ook voor het doorleveren van gegevens. Voor het vragen van de toestemming voor de vaccinatie is de richtlijn nodig, want iemand moet wel weten waarvoor en voor welk vaccin hij toestemming geeft.

De eerste uitnodigingen voor deze groep worden deze week verzonden. Op 18 januari start de vaccinatie van de eerste 15.000 bewoners, met BioNTech/Pfizer. Dat breidt snel uit in de week erna. We verwachten eigenlijk dat in de drie weken daarna zo'n 46.000 bewoners per week worden gevaccineerd, afhankelijk natuurlijk van het opkomstpercentage; dat is natuurlijk altijd zo. Maar we bereiden ons wel voor op die aantallen. Dus eigenlijk wordt alle BioNTech/Pfizer die beschikbaar is, gereserveerd voor de opvolgende groepen. Dat ziet u op sheet 15. Ik wil hierbij het bolletje links onder benadrukken. Bij mensen die zelf wilsonbekwaam zijn,

moet de wettelijk vertegenwoordiger toestemming geven voor de vaccinatie. Dat moet ook vastgelegd zijn. We mogen niet iemand die wilsonbekwaam is vaccineren als we niet kunnen aantonen en laten zien dat zijn of haar wettelijk vertegenwoordiger er toestemming voor heeft gegeven. We proberen dit natuurlijk zo snel mogelijk te doen, maar wel met voldoende zorgvuldigheid. Dit gaat dus over die groep van 155.000 die met BioNTech/Pfizer wordt gevaccineerd.

Daarnaast bereiden we ons voor op het vaccineren van een groep van 77.000 bewoners van kleinere woonvormen en instellingen, waarbij ook een aanzienlijk deel van de mensen een verstandelijke beperking heeft. Dit ziet u in sheet 17. In samenwerking met de huisartsenposten zal vanaf 25 januari ook bij die groep de vaccinatie worden gestart. Daarbij gaat het om een vaccinatie met het vaccin van Moderna, dat ook geschikt is voor ouderen. Mogelijk dat ook nog een deel van deze doelgroep met het vaccin van AstraZeneca wordt gevaccineerd, als dat goed voor hen past en als het echt om nog jongere mensen gaat. Daar kijken we op dit moment nog naar, omdat we natuurlijk in lijn met het advies van de Gezondheidsraad de mRNA-vaccins zo veel mogelijk willen gebruiken voor de ouderen. We kijken er ook naar om Moderna nog meer bij de huisartsenpraktijken en de huisartsenposten in te zetten. Vanwege de langere houdbaarheid ten opzichte van Pfizer is dit vaccin, dus ondanks die logistieke beperking van maar één keer ontdooid vervoeren, wel relatief goed geschikt voor wat fijnmaziger distributie.

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

Ik wil even een verhelderende vraag stellen.

De **voorzitter**:

Meneer Van Otterloo.

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

Die vervoersbeweging betekent dat het vaccin de huisartsenpraktijk verlaat en dat het dan wordt gebracht. Dat betekent toch niet dat als er één oudere thuis is gevaccineerd met Moderna, je dat flesje verder helemaal kunt weggoien voordat je de volgende kunt bereiken?

De heer **Van Delden**:

Dat is nu wel ons beeld.

De **voorzitter**:

Meneer Van Delden, gaat uw gang.

De heer **Van Delden**:

Excuus. Dat is nu wel ons beeld, dat het één vervoersbeweging is. Met gevalideerde koelwagens bij -20°C vervoeren we het naar de huisartsenpost. Vanaf daar is nog een vervoersbeweging ontdooid mogelijk. Zo bereiden we het nu voor. Als een file, dus een flesje waarin tien doses zitten, eenmaal geopend is, is het helemaal gevoelig qua houdbaarheid. Waarin onderscheidt Moderna zich van Pfizer? Je hebt een flesje met alleen het vaccin en daarnaast heb je een flesje met verdunningsvloeistof. Die meng je en daarna wordt het vaccin eigenlijk ietsje minder stabiel. Bij Moderna zit het al bij elkaar. Dat heeft voordelen, want je hoeft niet meer te mengen. Het heeft wel het nadeel dat het ietsje minder stabiel is. We zijn kritisch. We willen echt zeker weten dat als een vaccin ergens wordt toegediend, de cold chain, de koude keten, dus de borging van de kwaliteit van het vaccin en de invloed van het vervoer daarop, echt goed is en we daarin geen risico nemen. Want anders zou je iemand misschien kunnen vaccineren met een vaccin waarvan de effectiviteit veel minder is geworden.

Dit is voor ons ook relatief nieuwe informatie.

De heer **Van Otterloo** (50PLUS):
Is dit nu verwerkt in de strategie of niet?

De heer **Van Delden**:
Zeker, zeker.

De **voorzitter**:
Meneer Van Delden, u gaat verder met de presentatie.

De heer **Van Delden**:

Ja. We hebben straks nog tijd voor vragen hierover. Dit is bijvoorbeeld zo'n onbekendheid die wij relatief laat ... Dat is geen verwijt, maar dit soort gegevens komen relatief laat beschikbaar. Ze kunnen betekenen dat een plan – hoe gaan we dit vaccin inzetten, waar en voor wie? – dat je had ... «Terug naar de tekentafel» is ietwat overdreven, maar sommige ideeën die je had worden wel ingewikkelder. Dit over het vaccin van Moderna. Voor AstraZeneca hopen we zo snel mogelijk zowel de goedkeuring als de levering te krijgen. AstraZeneca is natuurlijk echt een vaccin dat in relatief grote hoeveelheden geleverd gaat worden en waarvan naar verwachting de vaccinatie-interval ook langer is, misschien wel drie maanden. Dat is gunstig, want dat betekent dat je geen vaccins op voorraad hoeft te houden. Ook dat is een punt – mevrouw Agema vroeg er in zekere zin al naar – waar we vast nog op terugkomen: hoe ga je om met je voorraadbeheer, hoeveel risico wil je daarin accepteren dat het vaccin voor de tweede vaccinatie op voorraad is? Een langere interval geeft daarin natuurlijk veel meer ruimte. We verwachten in ieder geval dat het vaccin van AstraZeneca goed in te zetten is voor alle mensen onder de 60, ook voor de meeste mensen onder de 60 met een medische indicatie, uitzonderingen daargelaten, maar ook daarvoor wachten we nog op het advies van de Gezondheidsraad.

Dan heb ik nog twee slides. De eerste gaat over de registratie. Onderin ziet u vier beeldschermen staan. De linker is de basisregistratie, daarbij wordt het landelijke registratiesysteem gevoed met de BRP-gegevens van de mensen in Nederland. Rechts ziet u drie beeldschermen die de onderliggende IT-systemen van de betrokken professionals weergeven. Voor een deel zijn daar koppelingen voor gerealiseerd, voor een deel ook niet. Dat is op zich niet echt een probleem, want ook als de koppeling er nog niet is, kun je prima met een export werken die je op een beveiligde manier verzendt en daarna weer inleest. Dan gaat het dus niet automatisch, maar dat is op zich niet een heel groot probleem. Om heel goed te kunnen monitoren wat de duur van de bescherming van de vaccins en het effect van de vaccins op de besmettelijkheid is, ook per doelgroep en per vaccin, is het belangrijk dat we vrij gedetailleerd de gegevens van de vaccinatie kunnen nagaan en koppelen aan gegevens uit de teststraten. Ik ben heel erg blij dat heel veel mensen akkoord gaan met het doorleveren van hun gegevens naar de landelijke registratie, waardoor dit onderzoek heel erg wordt geholpen. Op dit moment geeft meer dan 95% van de mensen toestemming om hun gegevens door te leveren. Dat is echt een enorme steun in de rug voor het kunnen monitoren en verbeteren van de aanpak van de pandemie, waarin de vaccinatie natuurlijk een hele grote rol heeft. Dan mijn laatste slide, die gaat over de communicatie. De publiekscommunicatie heeft u ongetwijfeld meegekregen. Die vindt plaats op meerdere manieren. Op twee verschillende websites staat informatie voor het algemene publiek, namelijk op coronavaccinatie.nl, maar ook op de zogenaamde Steffiemodule, die is bedoeld voor meer laaggeletterden en mensen die de Nederlandse taal minder machtig zijn. Ook voor professionals is er veel informatie beschikbaar. De richtlijnen staan vermeld op de site van het RIVM. De RIVM-website is sowieso bij veel professionals bekend voor het vinden van informatie over vaccinaties, ook bijvoorbeeld voor het Rijksvaccinatieprogramma. Daarnaast hebben we recent een

toolkit gemaakt. Die gaat over hoe je aan de slag kan en welke materialen er tot je beschikking staan. Ook recent was er een talkshow met experts die informatie geven gericht op professionals over de vaccinatie. Dit was mijn laatste slide. Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank, meneer Van Delden, voor uw presentatie. Ik wil overgaan naar de vragen. Allereerst kom ik bij de vraag van mevrouw Agema van de fractie van de PVV.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik dank de heren Van Dissel en Van Delden voor hun presentaties. In de Catshuispresentatie heb ik een prognose gezien dat er mogelijk een ernstige ontwrichting is van de zorg rondom 4 februari. Daar heb ik niemand meer over gehoord, maar daar gaat mijn vraag aan de heer Van Delden wel over. Tot die tijd hebben we alleen nog maar de vaccinatie als troef om een mogelijke ernstige ontwrichting van de zorg af te wenden. U kunt er natuurlijk niets aan doen dat u een AstraZenecavaccin pas 8 februari krijgt. Daar kunt u niets aan doen. Maar ik lees wel in de presentatie dat u eigenlijk pas in maart/april echt op stoom komt als het gaat om het zetten van de vrijwillige vaccins. Nu is mijn vraag aan de heer Van Delden de volgende. Hoe kan het nou dat u niet in staat bent om de reserve die u nu kennelijk heeft, die 200.000, volgende week uit te rijden en te zetten?

De heer Van Delden:

Wij hebben als uitgangspunt genomen dat we op het moment dat we de eerste vaccinatie zetten – dat geldt zeker voor BioNTech/Pfizer, waarbij de tweede vaccinatie na drie weken moet plaatsvinden – zeker weten dat we het vaccin voor de tweede vaccinatie beschikbaar hebben. Dat hebben we ook gedaan naar aanleiding van de wijzigingen die Pfizer relatief laat doorvoerde in de levering, met een halvering en later nog een aanpassing. Dat heeft gemaakt dat wij dachten, ook met het beeld van de verspreiding destijds: nou, als de Pfizerleveringen zo veel wijzigen en wij nog niet weten wat het effect is van het eventueel vertragen van de tweede vaccinatie, dan willen wij zeker weten dat het vaccin voor de tweede vaccinatie er is. We hebben als uitgangspunt genomen dat het niet zo heel erg is als je mensen moet afbellen voor de eerste vaccinatie omdat er een probleem is met de levering en die afspraak wordt verzet. We hebben wel gezegd dat als iemand een eerste vaccin haalt, we kunnen garanderen dat het vaccin voor de tweede vaccinatie er is. Op dit moment hebben we 385.000 afspraken gepland staan, alleen al voor de zorgmedewerkers. Bovendien hebben we 66.000 vaccins toegekend aan de acute zorg. Daarnaast starten we met het vaccineren van de verpleeghuisbewoners, wat ook aardig oploopt. Als je dat principe hanteert, zijn we al over de marge die we nemen heen gegaan. Het kan echter wel zo zijn dat op basis van wat we nu zien in de besmettingen, de Minister op basis van het advies van het OMT besluit om te zeggen: ik wil meer risico nemen in het voorraadbeheer – zo noemen we dat – en ik wil eerder die vaccins inzetten en daarbij het risico vergroten dat de tweede vaccinatie niet op tijd kan worden gezet. Dat is een heel redelijke vraag die nu opkomt. Ik noemde dit ook al heel even bij het puntje actualiteiten. Dit kan dus van invloed zijn op dit soort uitgangspunten die je gebruikt om te bepalen hoe snel je opschaalt. Wij zijn al aan het kijken hoe we het voor elkaar krijgen als dit besluit komt. Met deze, zojuist door mij genoemde uitgangspunten is het nu zo dat alleen de levering van vaccins beperkend is voor de snelheid van vaccinatie. Die uitgangspunten kun je aanpassen. Dat is eigenlijk de knop waaraan je kan draaien, waarbij je de snelheid van vaccineren en het risico van het niet tijdig kunnen zetten van de vaccinatie

kunt afwegen. Daar kan je aan draaien en daar kan je andere afwegingen in maken. Is dat een antwoord op de vraag?

De voorzitter:

Dank u wel. Ik denk dat er heel veel vragen te stellen zijn. Dat kan ik me echt heel goed voorstellen. Ik ga het rondje gewoon langs. We hebben tot 12.30 uur, als er nog ruimte is. Ik geef graag het woord aan mevrouw Van den Berg voor twee vragen namens het CDA. Gaat uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ook meneer Van Dissel en meneer Van Delden weer dank voor hun presentaties. Mijn eerste vraag is voor meneer Van Dissel. De tweede UK-variant is dus veel en veel besmettelijker. Ik heb een brief gekregen van een immunoloog, die zegt dat in het verleden ook is gesproken over het belang van ventilatie, maar dat ook de luchtvochtigheid van invloed kan zijn en dat wij er dus belang aan zouden moeten hechten om die luchtvochtigheid juist te verhogen omdat die in de winter te laag is.

De heer Van Dissel:

De luchtvochtigheid kan zeker een rol spelen bij de stabiliteit van een virus, dus in de druppeltjes. Dat is ook iets wat wordt meegenomen in onze modellering. Op zich heeft u gelijk. De vraag is alleen of je dat echt overal kan beïnvloeden. Er kan zeker een zeker effect van uitgaan. Daar heeft u gelijk in, maar dat betekent natuurlijk nog niet dat je dat bijvoorbeeld in de buitenlucht kan beïnvloeden. Vaak kan dat ook niet heel makkelijk in de binnenlucht. Maar dingen als temperatuur en luchtvochtigheid hebben invloed op bijvoorbeeld de stabilisatie van druppels en worden ook meegenomen in onze modellen. In wat u ziet, worden deze aspecten dus als weerinvloed meegenomen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, de tweede vraag.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Mijn tweede vraag is aan de heer Van Delden en sluit eigenlijk aan op de vraag van mevrouw Agema. U gaf helemaal aan het begin aan dat straks per week 1 miljoen mensen gevaccineerd kunnen worden. Op pagina 9 van uw presentatie zegt u trouwens: 500.000. Maar ik krijg zelfs mailtjes van mensen die zeggen: laten we 24 uur per dag vaccineren en kunnen de ziekenhuizen, die nu allemaal ervaring hebben, ook niet als locaties worden meegenomen? Er zijn voldoende mensen die zich beschikbaar willen stellen om die prik te geven, want iedereen zit ernaar te smachten.

De heer Van Delden:

Die 500.000 is de capaciteit die de GGD'en kunnen realiseren. Daarnaast gaan de huisartsen natuurlijk ook behoorlijk vaccineren; die hebben daar ook veel ervaring mee. Gezamenlijk verwacht ik dat zij een capaciteit van om en nabij 1 miljoen per week kunnen gaan realiseren. Het kan iets meer zijn. Nogmaals, op dit moment is ons beeld echt dat de leveringen van vaccins en niet zozeer de vaccinatiecapaciteit beperkend zijn voor het vaccinatievolume per week. Hoogstens is het zo dat we in de weken waarin echt heel veel leveringen samenkomen, misschien even twee of drie weken achterlopen en een voorraad opbouwen, maar daar zouden we zeker nog naar kunnen kijken in samenwerking met de ziekenhuizen. Ik heb daar net nog over gesproken met Ernst Kuipers en daar hebben we ook korte contacten over. Maar op dit moment is het beeld dus dat niet de vaccinatiecapaciteit maar de levering van vaccins remmend is voor het vaccineren.

De voorzitter:

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

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Ik zou van de heer Van Dissel graag nog wat meer willen weten over de Engelse variant. Ik las in een brief van de Minister dat hij zegt dat de maatregelen die in de huidige lockdown zitten, ook helpen bij het bestrijden van deze variant. Dat begrijp ik ook wel, maar uit de presentatie van de heer Van Dissel zelf blijkt dat juist tijdens de lockdowns in Engeland en Ierland de Engelse variant heeft kunnen groeien ten opzichte van de variant die we al hadden. Hoe groot is nou het risico dat dit op dit moment ook gaande is in ons land? En wat betekent dat voor de maatregelen die we nu hebben en voor de maatregelen die we straks moeten hebben als we ooit weer tot versoepelingen willen komen? Want als op dat moment blijkt dat deze variant veel harder is gegroeid, krijgen we precies dezelfde explosieve groei die we aan de overkant hebben gezien. Hoe bereiden we ons daar nou zo goed mogelijk op voor?

De heer Van Dissel:

Een zeer relevante vraag natuurlijk. Daarbij zijn een paar punten te noemen. Allereerst misschien dat de nieuwe variant goed lijkt te reageren op de vaccinaties. Dat is uiteindelijk het langetermijnperspectief. Het tweede punt is dat in Engeland en in Ierland de toename, die zoals u terecht zegt al geleidelijk begon in de fase dat er lockdowncondities waren, er met name was in de periode daarna. Tussen 5 december en de start van de lockdown in Ierland heeft men eigenlijk een zeer liberaal beleid gevoerd wat betreft de mogelijkheid van contacten. Je kunt je voorstellen dat dat natuurlijk een geweldige acceleratie heeft gegeven. Dus het binnenkomen van dit virus in een situatie dat we al in een redelijk strenge lockdown zijn, zal zeker een belangrijk vertragend effect hebben. Maar het kan mogelijk onvoldoende zijn. Dat is de reden die op de laatste slide staat, namelijk dat wij als OMT ook kijken naar aanvullende opties om de epidemiologie in Nederland te verbeteren waardoor we eventueel nog beter voorbereid zijn op die Engelse variant. Maar het kan niet anders dan dat dat zich nog meer richt op het verminderen van contacten, helaas. Je ziet bijvoorbeeld in Engeland en zeker ook in Ierland dat men in wezen zegt: bij de voordeur stopt het. Je mag dan het huis uit in specifieke situaties, natuurlijk om naar de supermarkt te gaan of om medicijnen te halen, maar verder is daar de lockdown strenger dan in Nederland. Daar zitten dus nog stappen in die je zou kunnen nemen. We richten ons dan ook op wat we nu nog als belangrijkste reden zien, namelijk de bezoeken die men bij elkaar aflegt, al dan niet volgens de regels. Er mogen maar twee bezoekers, maar soms zijn er wellicht toch kleine feestjes. We kijken wat we daar het beste aan maatregelen kunnen adviseren. Maar dan kom je natuurlijk al heel snel op meer draconische maatregelen, in die zin dat je dan echt beperkingen moet opleggen ofwel in de tijd dat je het huis uit kan, ofwel in de tijd dat je thuis terug moet zijn ofwel in de mobiliteit rond het huis. Daar zullen we ons als OMT over buigen en op modelleren. Hopelijk kunnen we daar snel advies over geven.

De heer Hijink (SP):

Maar moet dat dan niet ook gevolgen hebben voor de maatregelen die nu gelden? Ik denk dan bijvoorbeeld aan het vliegverkeer. Er gaan toch nog tientallen vluchten iedere week vanuit Engeland deze kant op. Dat lijkt mij niet per se bevorderlijk voor de situatie. Ook gaan mensen zonder symptomen misschien toch nog reizen. Maar het heeft ook gevolgen voor de beruchte routekaart die we al hebben. Ik neem aan dat dat heel anders wordt als wij ervan uit moeten gaan dat die Engelse variant uiteindelijk de dominante variant wordt. Dan zal je toch op een eerder niveau al

misschien moeten beginnen met het opleggen van beperkingen, met het nemen van maatregelen. En heel eerlijk gezegd: als ik u zo hoor, krijg ik de indruk dat wij pas echt serieus kunnen gaan versoepelen als die vaccinaties dusdanig breed zijn uitgezet dat een voldoende deel van de bevolking is gevaccineerd. Dan denk ik dat het best een zorgelijke boodschap is dat we misschien wel tot aan de zomer in deze lockdown moeten blijven zitten. Of zie ik dat helemaal verkeerd?

De heer Van Dissel:

In ieder geval een aantal dingen die u noemt, zijn volkomen terecht. We proberen natuurlijk de influx zo veel mogelijk beperken. Dat is niet alleen luchtverkeer; dat is natuurlijk ook via ferry's. Daar hebben we natuurlijk al allerlei maatregelen voor gesuggereerd. Die zijn deels gerealiseerd en die moeten deels nog gerealiseerd worden om allerlei redenen. Dat richt zich met name op het in ieder geval verzekerd zijn van negatieve PCR's, bijvoorbeeld van personen die binnenkomen. Dat is natuurlijk een aspect. Dat we aan onze routekaart werken en daarop adviseren, staat buiten kijf, want dit heeft daar natuurlijk weer invloed op, ook wanneer je eventueel maatregelen zou verheviggen. Ten slotte werken we natuurlijk hard aan de kiemsurveillance. Een van de essentiële dingen is dat je op een zo goed mogelijke wijze wilt kunnen volgen hoe de eventuele ontwikkeling van deze mutant in Nederland is, zodat je zeker niet verrast wordt door het feit dat het plotseling de helft of nog meer is, maar dat je tijdig dan, helaas, strengere maatregelen kunt nemen om die contacten terug te brengen.

De voorzitter:

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

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voorzitter. Dank aan beide heren voor de duidelijke en gedetailleerde presentaties. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is al gesteld door collega Hijink. Ongetwijfeld gaan we daar nog nader over spreken. Ik heb een vrij praktische vraag over de vaccinatiestrategie, maar wel iets waar veel mensen zich mee bezighouden. Hij gaat over het belang van instemming van mensen of familieleden voor die vaccinatie. Dat is hartstikke belangrijk; het is lichamelijk integriteit. In dat kader mijn complimenten dat u zo veel informatie geeft, want mensen hebben heel veel vragen en het is goed dat die helder beantwoord worden. U geeft aan dat bij mensen die zelf – zo noem ik het maar even – wilsonbekwaam zijn, de familie toestemming moet geven, en dat dat proces nog niet begonnen is – als ik u goed begrijp. Wat staat daar in de weg? Ik kan me voorstellen dat familieleden graag toestemming willen geven of daarover willen nadenken, zonder dat ze per se hoeven te weten op welk moment, welk vaccin, in welke dosis en in welke vorm et cetera.

De heer Van Delden:

Daar staat niet zo heel veel in de weg, behalve dan dat je wel moet weten wat het vaccin is en wat het doet, want je kunt eigenlijk niet mensen ergens toestemming voor vragen als je niet kan aangeven waarvoor ze toestemming geven. Dus we hebben vanuit de overheid gezegd: als je iemand wilt vaccineren en die persoon is zelf wilsonbekwaam, dan moet de wettelijke vertegenwoordiger mondeling toestemming geven voor die vaccinatie. Sommige partijen vragen daar ook een schriftelijke vastlegging van die toestemming bij, maar voor de vaccinatie is een vastgelegde mondelinge toestemming van de wettelijke vertegenwoordiger voldoende om te vaccineren.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ja, voorzitter, dan toch een vervolgvraag. Want we zijn allemaal ongeduldig, u net zo goed als wij. We weten dat de vaccins eraan komen. We weten ook ongeveer welke drie typen vaccins beschikbaar gaan komen. Dan kan dat proces toch al in gang worden gezet? Het lijkt me dat het zo veel tijd bespaart, en daarmee de veiligheid en bescherming van mensen versterkt.

De heer **Van Delden**:

Het is op dit moment geen heel vertragende factor, omdat we ook nog niet heel veel vaccins hebben. Dus met dat van BioNtech/Pfizer gaan we nu die 155.000 verpleeghuisbewoners vaccineren. De uitnodigingen lopen daarvoor al, dus dat loopt. Van Moderna hebben we het nog relatief kort, maar de informatie is eigenlijk: ook al heel snel. En we zullen het ook in meerdere rondes doen, dus mensen krijgen een aantal keren de kans. Dus stel dat ze in de eerste week nog aan het nadenken zijn of misschien niet bereikbaar zijn om die toestemming te geven, dan is het niet «nu of nooit»; dan volgt snel daarna een volgende mogelijkheid. Dat zullen we sowieso voor alle groepen gaan doen in wat wij, misschien enigszins simpel, een veegactie noemen. Dus om mensen die vanwege ziekte of vanwege andere redenen zich op enig moment niet konden laten vaccineren of omdat ze kort geleden zelf een infectie hebben doorgeemaakt, op korte termijn daarna alsnog die kans te bieden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Van Haga namens het Forum voor Democratie. Ga uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Vorige week gaf de Minister van VWS aan dat iemand die gevaccineerd is, weliswaar minder ziek wordt, maar nog steeds besmettelijk kan zijn en het virus kan overbrengen; en daardoor zouden we niet met de coronamaatregelen kunnen stoppen. Gezien het feit dat mensen onder de 60 jaar zonder medische indicatie betrekkelijk weinig last hebben van het virus, zou het dan niet verstandig zijn om alleen ouderen en kwetsbaren te vaccineren? En jongeren bouwen dan gewoon, doordat ze het een keer krijgen, natuurlijke immuniteit op. Dat is dus feitelijk hetzelfde scenario als tijdens de jaarlijkse griepvaccinatie.

De **voorzitter**:

Aan wie stelt u uw vraag?

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

Dat weet ik eigenlijk niet, maar ik denk de heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat we het nog niet weten. Wat de studies met de verschillende vaccins die genoemd zijn tonen, is een hoge mate van effectiviteit tegen het ziek worden, en zeker tegen het ernstig ziek worden. En dat is natuurlijk al heel erg mooi, want dit zijn een aantal vaccins die gebruikmaken van op zich nieuwe methodieken. En als je ze vergelijkt met bijvoorbeeld het griepvaccin, zijn ze duidelijk superieur aan het griepvaccin. Dat is één punt.

Met het terugbrengen van het aantal besmettingen kan het bijna niet anders dan dat je in ieder geval een belangrijk deel van de overdracht terugbrengt. Denk aan de tabel die ik u heb laten zien over in welke situaties je overdraagt. Dan zou je de symptomatische overdracht in ieder geval kwijt zijn. We weten nog onvoldoende of het ook betrekking heeft op het al of niet kunnen dragen van het virus in de keel. Daar zijn de boeken nog niet over gesloten. Je zou het liefst willen dat dat ook helemaal

gestopt wordt, dus dat er eigenlijk nauwelijks, of in ieder geval maar heel kort of heel weinig, virus aantoonbaar is in de keel. Dat weten we gewoon nog niet. Dat zou natuurlijk een heleboel zekerheid geven dat het niet alleen de ziektelast terugbrengt, maar ook de overdracht beïnvloedt. Er wordt natuurlijk continu gerekend op wat je dan als strategie kiest. We hebben inmiddels toch tegen de 3 miljoen besmettingen in Nederland gehad. Dat betekent dat een aanzienlijk deel van de bevolking al via natuurlijke immuniteit beschermd wordt. Dat zal op den duur zeker effect gaan hebben.

De voorzitter:

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

De heer Veldman (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Een van de doelen achter alle maatregelen is ervoor zorgen dat de zorg overeind blijft. We zien dat in deze tweede golf, die langdurig op een hoog niveau is, de reguliere zorg verder onder druk staat. De heer Kuipers gaf net ook aan dat we op dit moment nog steeds zorg uit het voorjaar aan het inhalen zijn. In die zin is de rek er wel een keer uit.

In de presentatie van de heer Van Dissel vandaag toonde hij de signaalwaarden: tien ic-opnames per 26 februari. De inschatting begin december was nog dat we dat eind december zouden halen, dus dat is inmiddels twee maanden opgeschoven. De heer Van Dissel toonde een zorgwekkend beeld van de Britse variant van het virus, waarbij het zelfs met een lockdown in percentage is toegenomen. Als je die zorgwekkende signalen bij elkaar optelt, is de vraag aan de heer Van Dissel of hij nader kan toelichten waarom het OMT in zijn advies dan toch letterlijk het volgende zegt. Ik citeer: «Het OMT ziet momenteel geen aanleiding de lockdown aan te scherpen.» Als we die signalen bij elkaar optellen, en dus de zorgen bij elkaar optellen, wat maakt dan dat het OMT nu adviseert om de maatregelen te houden zoals ze nu zijn en ze niet aan te scherpen?

De heer Van Dissel:

Dat heeft, denk ik, alles te maken met het feit dat het OMT ongeveer wekelijks bij elkaar komt. Met andere woorden, de brief die u voorleest over het aanscherpen van maatregelen, heeft in ieder geval een houdbaarheid van een week, want dit wordt elke week opnieuw geëvalueerd. Maar er zijn een aantal onderliggende dingen. Niet aanscherpen wil niet zeggen: niet verder voorbereiden. Ik denk dat het belangrijkste is dat we met de huidige maatregelen, die zich met name richten tegen het huidige virus in Nederland, een afname zien. Uit de eerste schattingen weten we dat de aanwezigheid van het Engelse virus in Nederland gelukkig nog heel beperkt is. We willen daar beter en continu zicht op ontwikkelen. Voor de duidelijkheid, we zijn wel degelijk bezig met voorbereidingen voor het geval dat. Als we zien dat dat Engelse virus relatief gezien gaat toenemen, in een setting waarin we nog lang niet de Engelse of Ierse situatie benaderen, kun je je voorstellen dat dat een reden zou zijn om tot verdere aanscherping te adviseren. In de OMT-brief heeft u natuurlijk ook gelezen dat we daar al suggesties voor doen en dat het kabinet er ook mee bezig is.

In de OMT-brief waaruit u citeert, hebben we ook gezegd dat we juist voor de groep waarin nu de overdracht plaatsvindt – dat zijn over het algemeen toch de wat jongere mensen die bij elkaar op bezoek gaan – zo snel mogelijk maatregelen willen zien. Dat vinden we belangrijk. Dat is dus wel degelijk een aanscherping. Als we die 30% kunnen terugbrengen – stel: halveren – dan halveren we waarschijnlijk ook de doorgifte in de huishoudens zelf. Want die origineert bij die bezoeken. Dat zou weer een zeer belangrijke invloed hebben.

Het laatste punt is dat er natuurlijk veel voortschrijdend inzicht is uit Engeland over wat het wel doet. U kunt zich voorstellen dat men in Engeland en Ierland naarstig op zoek is naar maatregelen die het wel doen. Daar leren wij natuurlijk een beetje van hoe de situatie daar verder is, zodat we daar proactief op kunnen participeren en anticiperen.

De **voorzitter**:

De heer Veldman, tweede vraag.

De heer **Veldman** (VVD):

Een vervolgvraag over het wekelijks meten en wat er aanvullend nodig is. Welke waardes of welke signalen worden er nu gehanteerd of zullen worden gehanteerd om die afweging te maken of het scherper zou moeten of dat we voortgaan op de weg zoals we nu bezig zijn?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat de belangrijkste toevoeging de kiemsurveillance is – we zijn ook naarstig bezig om dat op te plussen – en het zicht krijgen op dat tweede virus. Eigenlijk hebben we nu met een mengsel te maken, waarbij we een virus hebben dat met de huidige maatregel omlaaggaat en in potentie een ander virus dat geïntroduceerd wordt en dat gelukkig, voor zover wij weten, nog heel erg beperkt aanwezig is maar dat waarschijnlijk met een ander reproductiegetal met dezelfde maatregelen bij de ander daalt, misschien zou kunnen toenemen. Ik wil wel benadrukken dat alles natuurlijk ook valt of staat met de opvolging van de maatregelen. Engeland heeft een pakket dat in verschillende stappen is opgedeeld. Ook daar is opvolging uiteindelijk een heel belangrijk iets. Dus je kan niet altijd uitgaan van de situatie: daar helpt het niet in een lockdown, dus in Nederland ook niet. Dat is natuurlijk nooit 100% gelijk en zonder meer op elkaar van toepassing. Maar we volgen de situatie natuurlijk nauwkeurig. We willen verder in Nederland met name volgen wat het aandeel is van dat mutantvirus in de totale epidemiologie. Als we daar wat verder mee zijn – dat zal op redelijk korte termijn moeten zijn omdat we dat natuurlijk ook willen weten – kan ik mij voorstellen dat we zo'n getal ook gaan toevoegen aan bijvoorbeeld het dashboard, want dat is dan een belangrijke indicator.

De **voorzitter**:

Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dank u, voorzitter. Ik wil doorgaan op die mutaties. Het is volgens mij algemeen bekend dat bij SARS-virussen en veel andere virussen mutaties vrij veel voorkomen. Er zijn heel veel mutaties, wat volgens mij ook in de sheet van de heer Van Dissel wordt aangegeven. We hebben ook gezien dat er bij nertsen mutaties zijn ontstaan en dat er sprake is van virussen die van dier op mens en weer van mens op dier overspringen en er dus meerdere mutaties voorkomen. Ik ben dan wel benieuwd hoe het komt dat we in Nederland niet zoals in Engeland eerder met die sequencing zijn begonnen. In hoeverre gaan we dat in Nederland nu wel doen ten aanzien van die Engelse variant en in hoeverre gaan we dat ook uitbreiden naar mogelijke andere mutaties die kunnen ontstaan? Misschien krijgen we wel een Nederlandse mutatievariant. Ik hoop dat natuurlijk van harte niet, maar in hoeverre is die monitoring nu uitgebreider dan alleen ten aanzien van de Engelse variant en waarom zijn we daar niet eerder mee begonnen?

De heer Van Dissel:

De Engelsen hadden een geluk bij een ongeluk. Zij hebben gebruikge- maakt van een PCR-systeem op drie targetgenen, dus als het ware drie PCR's die bij iedereen naast elkaar werden uitgevoerd waarbij een PCR, toch min of meer bij toeval, uiteindelijk bleek weg te vallen bij de mutant. Ik wil niet zeggen dat de Engelsen het in de schoot geworpen kregen maar in ieder geval wisten ze in een hele korte tijd die verspreiding vast te stellen. Los daarvan was het de Engelse aanpak van het begin af aan om hele hoge percentages te sequencen. Dat heeft ook alles te maken met de capaciteit, die zelfs deels nog teruggaat tot de Olympische Spelen. Die hebben we in Nederland niet gehad, dus die capaciteit hadden we in ieder geval niet op voorhand al, maar ook in Nederland hebben we van het begin af aan een bepaald percentage van de virussen die rondgaan, gesequenced, ook om naar mutaties te kijken. Dan beperk je je niet tot de Engelse mutant maar kijk je naar het hele erfelijk materiaal. Dat doen we in Nederland in een bepaald percentage. Dat is zeker lager dan in Engeland, waar men dat dus om een heleboel redenen al van tevoren veel beter of in ieder geval meer deed. Denemarken is ook een land dat het meer doet, maar er zijn nog vele, vele landen die nog veel lager zitten dan Nederland of zelfs helemaal geen of weinig idee hebben van wat er rondgaat. Deze gebeurtenis in Engeland zal ongetwijfeld een wake-upcall zijn om dat in landen op te zetten en is voor Nederland ook zeker een reden om het dus te intensiveren. Dat kunnen we ook en dat gaan we ook doen. Daar zijn we nu mee bezig. Het is overigens niet alleen het kunnen sequencen. Belangrijk is ook dat je op de goede wijze de juiste bemonsteringen neemt. Dat klinkt veel makkelijker dan het in wezen is, want ook in Engeland is daar nog onzekerheid over. Je kan je voorstellen dat als je dat niet helemaal door toeval laat bepalen, je dan een heel geskewed, dus verdrongen, beeld kan krijgen van wat er nu gaande is. Een van de kritieken op wat Engeland nu presenteert, is ook dat ze die bemonstering niet honderd procent hebben gespreid zodat deze ook daadwerkelijk zeker representatief is. Daar moet je wel voor zorgen. In Nederland is daar veel aandacht voor. Er zijn veel laboratoria die willen meewerken en we zullen het de komende tijd opplussen. We richten ons op alle mutanten, voor de duidelijkheid.

De voorzitter:

Tweede vraag, mevrouw Van Esch.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Volgens mij zei de heer Van Dissel net dat er gelukkigerwijs op dit moment geen aanleiding is om te denken dat de vaccins minder goed zouden werken bij de mutatie vanuit Engeland. Als ik het goed begrijp, loopt er nu onderzoek. Je hoort nu ook wel verhalen dat bepaalde vaccins wél minder goed zouden werken. Ik ben wel benieuwd of er al meer bekend is over wanneer dat onderzoek dan afloopt. Want ik vind het wel echt zeer zorgwekkend en volgens mij moeten we dat heel snel weten. Want stel dat er wel degelijk een bepaald vaccin minder goed zou functioneren, dan verandert dat mogelijk nogal wat in de vaccinatiestrategie die we op dit moment hebben. Dus ik ben benieuwd of er toch iets meer informatie kan worden gegeven over dat onderzoek dat nu loopt en over hoe snel we daar meer over weten. Ik ben ook benieuwd of de verhalen die nu binnenkomen over dat het mogelijk toch minder goed zou werken, op dit moment echt niet kloppen en die aanwijzingen er dus echt niet zouden zijn. Of moeten we ons toch zorgen maken?

De heer Van Dissel:

Het is in ieder geval duidelijk dat wat er nu getest is ... Ook daarin loopt Engeland een beetje voorop, omdat zij de andere vaccins ook al deels gebruiken. Ik verwacht dus dat het heel snel terugkomt als daarmee

problemen zouden zijn. Maar in het reageerbuisje, als je het in cellen onderzoekt, is daar geen indicatie voor. Ik denk dat dat nu het belangrijkste is.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Azarkan namens de fractie DENK. Gaat uw gang.

De heer Azarkan (DENK):

Dank, voorzitter. Dank aan beide sprekers voor hun toelichting op de presentaties.

Ook al is het geen makkelijke boodschap, ik hoorde de heer Van Dissel zeggen: we zitten in een lockdown, maar het zou misschien nog wel iets strenger kunnen worden. Dat is geen gemakkelijke boodschap voor heel veel mensen die dit al buitengewoon lastig vinden, in een tijd waarin we met z'n allen snakken naar een uitweg. Daar heb ik een vraag over. In het voorjaar sprak onze Minister-President over die groepsimmunititeit. De heer Van Dissel gaf aan: zo'n 3 miljoen mensen hebben inmiddels corona gehad. Zien we al effecten van die groepsimmunititeit?

De heer Van Dissel:

Voor de duidelijkheid: die groepsimmunititeit hebben we nog niet, want dan moet het echt beduidend hoger zijn. Maar in wezen zou je dat verwachten. Althans, als het helemaal homogeen gemixt is en er zijn personen die niet meer bevattelijk zijn, dan verwacht je uiteindelijk dat als het virus rondgaat, dat dan ook relatief gezien vaker zo'n persoon treft die de ziekte al heeft doorgemaakt. Maar de aantallen nu zijn gewoon te laag om dat heel evident terug te vinden. Dat is eigenlijk ook wat er gerapporteerd wordt uit bijvoorbeeld Engeland en andere landen. Daar stelt men dezelfde vragen. Ofschoon die 3 miljoen al aanzienlijk klinkt, is dat wel een hele grove schatting – dat moet ik erbij zeggen – maar dat is wat we kunnen afleiden uit ziekenhuizen, opnames en bepalingen. Op den duur gaat het er allemaal aan bijdragen. Daar heeft u gelijk in.

Het punt is alleen: als dat nieuwe virus toch besmettelijker is en de huidige standaardmaatregelen onvoldoende zijn om het in toom te houden, kan het met een exponentiële groei en een R-waarde van 1,2 heel snel omhooggaan. Dat ziet u bijvoorbeeld aan Ierland, al gebeurde het daar in een periode dat er geen lockdown meer was, zo zeg ik er voor de duidelijkheid bij. De R-waarde was daar dus nog hoger, omdat er meer contacten waren toegestaan. Maar het is natuurlijk toch een belangrijk punt van zorg, zoals u zegt. Niemand wil de lockdown intensiveren, maar tegelijkertijd moeten we er wel voor zorgen dat we in Nederland geen situaties zoals in Ierland en Londen krijgen. Dat is dus echt iets om nauwgezet te monitoren. We moeten in de gaten houden hoe dat in Nederland speelt en eventueel moeten we dan toch aanvullende maatregelen adviseren; het is dan aan anderen om die al dan niet over te nemen.

De voorzitter:

De heer Azarkan, tweede vraag.

De heer Azarkan (DENK):

Ja, ik wil daar toch op voortborduren. De vaccinatiestrategie wordt steeds beter uitgerold. Als je dat beziet in combinatie met het feit dat steeds meer mensen het virus hebben en andere variabelen, wat is dan het perspectief, het licht aan het einde van de tunnel? Wanneer is dat? Wat heeft u voor hoopvolle boodschap?

De heer **Van Dissel**:

Dan citeer ik wat de Minister-President, de Ministers, op de persconferentie hebben gezegd. Er is een schema voor het beschikbaar komen van vaccins en we verwachten voor de zomer de kwetsbare groepen te hebben gevaccineerd. Dat zal natuurlijk effect hebben en perspectief bieden. Want het zijn toch met name die groepen die nu de ziekenhuizen en de zorg belasten. Wat dat betreft gaat elk vaccin een bijdrage leveren, zoals ook elke doorgemaakte infectie, mits die een goed einde kent, uiteindelijk een bijdrage levert. Dan zie je toch – dat kan niet anders – dat perspectief ontstaan; dat is wat ons gaande houdt. Dat komt er zeker, maar momenteel is de boodschap heel ongunstig in die zin dat we zien wat er in Engeland gebeurt en dat we dat koppelen aan een nieuw virus, waarvan we moeten aannemen dat het zich ook al enigszins buiten Engeland verspreid heeft. Dat komt er nu plotseling doorheen. Niemand had kunnen voorzien dat dat zo zou gebeuren. Dat zou, in afwachting van het bereiken van vaccinatie, nog aanleiding kunnen zijn om het toch wat aan te scherpen. Dat kan je bijna niet anders zien.

De **voorzitter**:

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

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

Dank u wel. Dank ook aan beide heren voor de presentatie. Mijn vraag gaat ook over de Engelse variant. Er is heel veel onzekerheid. Wanneer is er naar verwachting meer duidelijk over bijvoorbeeld het aandeel van de VK-variant? Wanneer weten we meer? Er lopen allerlei onderzoeken, maar wanneer weten we hierover meer?

De heer **Van Dissel**:

Dit is echt kennis die per dag binnenkomt, zowel uit Engeland en Ierland als uit andere landen. Ik kan het niet anders zien. Wat ik u toonde, is echt allemaal van de afgelopen weken. Gelukkig is Engeland daar heel open over, dus het wordt allemaal heel snel gepubliceerd. Dat geeft ons informatie. Er is sowieso veel uitwisseling, ook mondeling, tussen die landen. Het antwoord is dus een beetje dat het per dag kan toenemen. Voor de situatie in Nederland weten we dat we tegen de 100 isolaten van het Engelse virus hebben. Ongeveer de helft daarvan is via de kiemsurveillance opgepakt en de andere helft via het specifieke onderzoek gericht op de school in Rotterdam-Noord. Daar vindt nu ook het risicogericht grootschaliger testen plaats. Dat zal daar zeker redelijk snel veel meer duiding aan kunnen geven. We willen graag weten of het zich inderdaad sneller verspreidt – dat willen we bevestigen – of onze lockdown al dan niet voldoende is om verspreiding tegen te gaan en of ook kinderen, naast andere leeftijdsgroepen, deze variant al dan niet misschien meer kunnen verspreiden. Er zijn gewoon nog vragen en dat vertaalt zich, in een periode waarin je eigenlijk wilt versoepelen, in potentiële consequenties voor het advies, bijvoorbeeld ten aanzien van de schoolopening. Ja, we zitten er dagelijks op. Dat is het enige wat ik kan toezeggen, omdat wij natuurlijk ook zo snel mogelijk door willen en daar helderheid over willen geven. Eén punt dat ik nog niet genoemd heb maar dat wel van belang is, is dat er geen aanwijzingen zijn dat de Engelse variant tot meer ziekenhuisopnames of tot meer sterfte aanleiding zou geven, maar vanwege het toegenomen volume door de verhoogde besmettelijkheid krijg je uiteindelijk wel meer mensen in het ziekenhuis. Maar op individuele basis heeft het geen consequenties voor de ziekte.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Tweede vraag, de heer Van der Staaij.

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

De tweede vraag, hierop voortbordurend. Het beeld is dus niet in zekere zin ernstiger dan het al was, maar wel besmettelijker. Hoe zit het nou precies met jongeren? Eerst was het beeld dat het veel besmettelijker zou zijn onder jongeren. Maar als ik de informatie die we nu kregen goed begrijp, is het eigenlijk over de hele linie besmettelijker maar niet uitzonderlijk besmettelijker onder jongeren. Klopt dat? Kunt u dat verhelderen?

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat is juist. Ik heb de tabel niet helemaal doorgenomen, maar het onderste deel gaat over de leeftijden. Dan zie je dat het op alle leeftijden tot een hoger percentage secundaire gevallen leidt. Het feit dat dat beeld initieel wat verwrongen was in de richting van de jongeren, kwam vooral doordat een deel van de informatie natuurlijk uit een periode afkomstig was dat in Engeland scholen nog meer toelieten, terwijl er buiten scholen al maatregelen waren. Dan krijg je natuurlijk altijd weer een selectiedruk op situaties waarin het wel kan, dat zijn dan scholen. Het zou verder zeker kunnen dat het initieel vooral meer bij jongeren voorkwam, maar dan net na de schoolleeftijd, in Londen. Dan zullen samenkomsten van hen zeker invloed hebben. Dat maakt dan natuurlijk dat binnen zo'n jongerengroep die verspreiding sneller is dan bij het oude virus en dan komt dat meteen heel prominent naar voren in die groep. Maar met de gegevens die we nu hebben, zie je inderdaad dat het over de hele leeftijdlijn speelt, ja.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Otterloo namens 50PLUS, uw vraag.

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

Dank u wel, voorzitter. Dank aan beide heren. Mijn eerste vraag is voor de heer Van Dissel. Dit hele traject van het ontwikkelen van de vaccins is met bloedspoed tot stand gekomen. Dat betekent ook dat we er nog minder over weten hoelang de werking van de vaccinatie zal zijn. Maar wat weten we nu al wel? Ik neem aan dat de mensen die in het voortraject hebben gezeten nog steeds worden gevolgd. Maar wat weten wij nu, ook als ik kijk naar de vaccinatiestrategie die betekent dat een aantal mensen pas in de zomer worden gevaccineerd? Wat betekent het voor de duur van de bescherming?

De heer **Van Dissel**:

Wat we daarvan uit de studies weten, is dat dat in ieder geval drie maanden-plus is. Maar wat u al zegt, gebeurt inderdaad. De personen worden verder vervolgd en dan verwacht je dus dat de tijd die voortgaat daar ook meer informatie over geeft. Op een gegeven moment is gezegd: we zien nu zo'n groot verschil tussen de gevaccineerden en de niet-gevaccineerden in de studie dat ik gewoon naar buiten moet en moet zeggen dat het werkt. Dus die verschillen zijn heel evident, omdat ze ook zo effectief blijken te zijn, maar die moeten natuurlijk worden vervolgd. Wat de natuurlijke infectie betreft, weten we dat de aanwezigheid van antistoffen – in ieder geval langer in de Nederlandse setting in het PIENTER-onderzoek – tenminste een half jaar is, maar waarschijnlijk langer. Dat soort gegevens kan je waarschijnlijk min of meer aan elkaar koppelen, maar uiteindelijk zal dat moeten blijken uit de follow-up van de personen die in de studie zaten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Tweede vraag, de heer Van Otterloo.

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

Dank u wel. Mijn tweede vraag is voor de heer Van Delden. Ik probeer even wat helderheid te krijgen over de vaccinatiestrategie, ook in het licht van de mededelingen die gisteravond zijn gedaan dat de ouderen eerst komen. Ik denk dat een half miljoen niet-ouderen eerst gevaccineerd worden voordat de ouderen pas aan de beurt komen, als je kijkt naar de medewerkers in de ziekenhuizen, in de zorginstellingen en in de gehandicaptenzorg. Maar ik was toch helemaal van mijn stuk gebracht. Ik heb steeds begrepen dat keuzes tussen het vaccin toepassen bij ouderen voornamelijk samenhangen met de logistiek, en met de vraag of je BioNTech/Pfizer Lastiger kunt uitrijden en meer op een locatie en dat met Moderna makkelijker zou zijn. Maar daarom vroeg ik er daarstraks ook al naar als het dan voor één flesje wordt ingezet bij de thuiswonende, niet mobiele ouderen. Betekent dat dat een vaccin van tien na één injectie, of misschien nog een injectie voor een partner die er woont, onbruikbaar is geworden? Of moeten wij tot een andere strategie overgaan, zodat we proberen al die mensen met gepast vervoer naar een vaccinatieplek te verhuizen om hen de vaccinatie te laten ondergaan?

De heer **Van Delden**:

Als ik uw vraag goed begrijp, dan is die: moeten wij naar een andere vaccinatiestrategie vanwege de vaccinkenmerken? Dat is een beetje lastige vraag. We weten nog niet wat de Gezondheidsraad gaat zeggen over de toepassing van AstraZeneca. Ik verwacht dat dat logistiek gezien verreweg het gemakkelijkste vaccin zal zijn. Er zijn eigenlijk twee dingen in dit kader van belang voor het vaccin. Aan de ene kant is dat de vraag voor welke doelgroep het geschikt is. Daarin volgen wij het advies van de Gezondheidsraad. Aan de andere kant is dat in wat voor setting het geschikt is. Bij schaarste van het vaccin wil je spillage zo veel mogelijk voorkomen. Dat hoor ik in uw vraag terug en dat klopt helemaal. Het is denkbaar dat mobiele ouderen bijvoorbeeld met BioNTech/Pfizer worden gevaccineerd in de GGD-locaties. Voor niet-mobiele ouderen is een andere oplossing nodig. Maar wat is niet-mobiel? Als je thuis woont, moet je in principe ook naar het ziekenhuis kunnen gaan als je je been hebt gebroken, want dan word je ook niet thuis geopereerd. We kunnen gaan kijken of deze mensen naar een huisartsenpost kunnen, of naar de huisartsenpraktijk voor een vaccinatie, wat toch een stuk dichterbij is. Heel misschien is er ook nog wel een groep die thuis gevaccineerd moet worden. Dan is een vraag: gaan we dat doen met Moderna, waarbij je relatief veel spillage hebt, of misschien met AstraZeneca? Daarvoor wachten wij nog op gegevens. Dit zijn de onbekendheden waar we nog mee zitten en waarover we nog aan het overleggen zijn met de huisartsen: hoe doen we dit zo slim mogelijk? Het is nog niet helemaal in detail uitgewerkt.

De **voorzitter**:

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

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

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel en de heer Van Delden voor de presentatie. Mijn eerste vraag is aan de heer Van Dissel. Ik was heel content met de grafiekjes op bladzijde 24 van de presentatie. Daar gaat het over scenario's loslaten lockdown. Dat maakt heel inzichtelijk wat er gebeurt met het aantal ziekenhuisopnamen als je bepaalde maatregelen loslaat, weliswaar met een enorme onzekerheid. Nu lijkt het openen van de basisscholen, wat we allemaal heel graag willen, een heel minieme verschuiving van de lijn te geven. Maar ik hoorde de heer Van Dissel toch zeggen dat het openen van de basisscholen honderden extra ziekenhuisopnamen betekent. Dan denk ik met mijn boerenverstand: als je dat zou

willen overwegen, zul je dus maatregelen in je achterzak moeten hebben om dat effect te mitigeren, bijvoorbeeld in de sfeer van thuisbezoek. Maar nu hebben we ook de Britse variant, dus eventuele extra maatregelen heb je wellicht daarvoor nodig. Ik zit hiernaar te kijken. Hoe reëel is het om naar de opening van basisscholen te kijken, wetend dat de extra maatregelen die we nog hebben, beperkt zijn en er ook een Britse variant op de loer ligt?

De heer **Van Dissel**:

U stelt een aantal vragen. Die simulaties zijn doorgerekend, uitgaande van de huidige situatie. Daar zit de Britse variant nog niet tussen. Het tweede was een vraag die ook de heer Van der Staij stelde, namelijk of leeftijd echt een verschil maakt, zoals aanvankelijk de suggestie was. Ik denk dat uit de laatste gegevens komt dat zeker de jongste groep, dus leerlingen van het primair onderwijs, ook bij de Britse variant minder betrokken is, dan leerlingen van het voortgezet onderwijs. Daaraan wordt toegevoegd dat we het buitengewoon belangrijk vinden om het primair onderwijs weer zo snel mogelijk te openen. Dat zien wij zeker ook. Dat zijn allemaal factoren die, een beetje in afwachting van het onderzoek dat bij Rotterdam loopt en waar we hopelijk snel de eerste gegevens van krijgen, tot een advies zouden kunnen leiden, zodat het primair onderwijs in ieder geval zo snel mogelijk weer open gaat. Het zijn altijd afwegingen en het zoeken naar een juiste balans, want elk contact heeft een zeker risico. Dat is nu eenmaal zo. Maar daar staat tegenover dat er ook maatregelen zijn met een geweldig negatieve invloed die je ook niet wilt hebben, zeker niet op kinderen. Daar proberen wij in de advisering ook de juiste balans in te vinden. De essentie is dat we meer willen weten over wat er speelde in het primair onderwijs in Lansingerland en dat wij meer kennis van de Engelse variant hiermee willen combineren. Uiteindelijk zou een relatief geringere toename van het aantal opnames de consequentie kunnen zijn. Maar die is dan op te vangen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Tweede vraag, mevrouw Dik-Faber.

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

Ik zal het wat korter doen. Ik hoorde gisteravond tijdens de persconferentie ook iets over testen in het onderwijs. Dat zou wellicht een rol kunnen spelen. Hoe moet ik dat precies zien?

De heer **Van Dissel**:

Op dat punt zijn een aantal mutaties gesuggereerd. Het eerste is dat het aanvankelijke beleid – test in de jongste groepen niet, tenzij – nu eigenlijk wordt omgedraaid: test wel, tenzij niet. Dat is al een belangrijk verschil. Het tweede dat wordt uitgewerkt, is om, als er besmettingen op school zijn, daar meer consequenties aan te verbinden dan tot nu toe. Dan kan men denken aan het inventariseren van een klas, bijvoorbeeld met testen, of een klas tijdelijk in quarantaine naar huis laten gaan. Dus er wordt een actiever beleid voorbereid dan wij tot nu toe hadden.

De **voorzitter**:

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

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ook namens D66 veel dank voor de heldere presentaties. Ik heb nog twee concrete vragen. Ik begin bij de heer Van Dissel. Er is een testverplichting om het land binnen te komen – dit gaat over reizigers vanuit Engeland en Zuid-Afrika – maximaal 72 uur voor aankomst. Daar is allerlei negatieve kritiek op. Dat duurt best lang en dan kun je het virus daarna nog oplopen.

Eén test voorkomt ook niet een besmetting met inreizen. Vindt u het van toegevoegde waarde om reizigers uit bijvoorbeeld Engeland of Zuid-Afrika ook bij aankomst te testen?

De heer **Van Dissel**:

Kijk, 100% zekerheid wordt het nooit, maar als je een heel recente PCR-test vereist bij binnenkomst in het land, dan geeft dat toch een bepaalde mate van zekerheid. Uiteindelijk hangt het ook allemaal af van de maatregelen die de personen zelf treffen. Je wilt de grootste bulk daarmee tegengaan. Wij denken dat dit een goede maatregel is. Dat neemt niet weg dat wat daarna gebeurt, natuurlijk hetzelfde is als voor heel Nederland geldt: iemand die klachten krijgt, wordt getest, gaat in zelfisolatie totdat er helderheid is en houdt zich aan de maatregelen. Dat is allemaal al gericht op het tegengaan van verspreiding. De PCR die je bij binnenkomst toont, is daar een soort sluitstuk op.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Uw tweede vraag, mevrouw Diertens.

Mevrouw **Diertens** (D66):

De tweede vraag stel ik aan de heer Van Delden. Dank u wel voor al het werk dat u verzet. Logistiek is dit een enorme operatie. Ons wordt verteld dat de toediening van het Pfizervaccin in verpleeghuizen lastig is. Maar ik lees wel dat er in Duitsland al rond 250.000 verpleeghuisbewoners zijn ingeënt en dat er in België al zo'n 50.000 verpleeghuisbewoners zijn ingeënt. Bent u ook in contact met onze buurlanden over hoe zij het bolwerken? Zou die kennisdeling ook effect kunnen hebben op de verstrekking van het Pfizervaccin voor de verpleeghuizen hier in Nederland?

De heer **Van Delden**:

We hebben zeker contact met Duitsland, België en ook Engeland. Hoe doen ze het daar en wat kunnen wij ervan leren? Wij verwachten de 155.000 verpleeghuisbewoners met BioNTech/Pfizer binnen afzienbare tijd de eerste vaccinatie te geven. Dat loopt goed. Wij proberen echt van elkaar te leren en ook wel breder dan dat. Binnen de WHO is er een Europawerkgroep over het vaccinatieprogramma, waarin wij ook dit soort praktische vragen bespreken. Wat werkt goed en wat werkt minder goed? Dus wij proberen zeker ook te leren van andere landen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Kröger namens de fractie van GroenLinks.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Mijn eerste vraag is aan de heer Van Dissel. Wij hebben het de hele tijd over de Engelse variant. De heer Kuipers durfde in het eerste blok eigenlijk geen prognose te maken over hoe het met de ic-capaciteit zal gaan verlopen, omdat er zo veel onzekerheden zitten in de Britse variant. Hoe groot acht de heer Van Dissel de kans dat wij de Britse variant als het dominante virus in Nederland zullen krijgen, in een periode van vier à zes weken? Hoe groot is die kans?

De heer **Van Dissel**:

Die kans schat ik eerlijk gezegd niet groot in. Als je ziet hoe snel die zich in Engeland en Ierland heeft ontwikkeld, dan is dat snel: binnen een maand. Maar dat is zonder maatregelen. Als er een introductie is terwijl de maatregelen op orde zijn, verwacht je daar natuurlijk toch effect van. Uiteindelijk kan het virus alleen maar overgaan als er relevant contact optreedt.

Waar we natuurlijk wel rekening mee houden, is dat het op den duur het huidige virus gaat vervangen. Eigenlijk is dat een natuurlijk proces. Dat hebben we ook gezien met varianten uit bijvoorbeeld Noord-Italië. We hebben hier nog nauwelijks varianten die rechtstreeks teruggaan naar Wuhan. Er zijn dus varianten die elkaar nu en dan overnemen. We hebben ook de variant gezien uit Spanje, na de zomervakantie. Dat heeft natuurlijk alles te maken met in welke groepen die variant zich bevindt en hoeveel contacten die groepen hebben. Het kan ook een zogenaamd founder effect zijn: op het totaal in Nederland neemt zo'n variant plotseling geweldig toe. De Britse variant is speciaal omdat die besmettelijker lijkt te zijn. Op den duur zal dat zeker tot verdringing leiden. Dat kan bijna niet anders, want we zijn «ons eigen type» met de maatregelen nu zo laag mogelijk aan het drukken. Wat betreft de tijdspanne die u daarvoor noemt, zou ik zeer teleurgesteld zijn als het in zo'n korte tijd zo zou gaan. Dat verwacht ik dus niet.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw tweede vraag, mevrouw Kröger.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Mijn tweede vraag is voor de heer Van Delden. Maar de logische vervolgvraag is eerst: welke tijdspanne dan wel, als het niet om vier weken gaat? Maar goed.

Mijn vraag aan de heer Van Delden gaat over het vaccineren van thuiswonende 60-plussers. De Gezondheidsraad zegt daarover dat het een hele belangrijke groep is. Ik schrik dan een beetje als ik over de inzet van de verschillende vaccins hoor zeggen: het is denkbaar, we moeten kijken, we kunnen heel misschien, het is de vraag. Dat klinkt alsof er nog een heleboel variabelen zijn en er nog heel veel onzeker is. Ondertussen zijn er twee vaccins goedgekeurd. Hopelijk wordt het derde begin februari goedgekeurd. Wanneer starten we in Nederland met het grootschalig inenten van thuiswonende 60-plussers? Welk tijdpad moet ik daarbij voor me zien? En in welke hoeveelheden?

De heer Van Delden:

Ik ben blij dat u mij dat heeft horen zeggen, want dit is de grootste vaccinatiecampagne in de Nederlandse geschiedenis, uitgevoerd in de kortst denkbare periode waarin ooit iets vergelijkbaars is gedaan. Er zijn gewoon echt veel onzekerheden. De tabel met begin en einde vind ik zelf ook nog spannend. We hebben geen zekerheid over de levering van vaccins. Van Astra weten we nog niet voor welke doelgroep het vaccin geschikt zou zijn. Er is echt nog heel veel onbekend. Wij verwachten in week 7 of week 8 te starten met de vaccinatie van thuiswonende ouderen, van oud naar jong. Maar het klopt echt dat er heel veel onzeker is, hoe graag ik ook zou willen dat het anders was, al is het maar omdat ik bijvoorbeeld ook op weekniveau voor de rest van het jaar niet weet welk vaccin wanneer binnenkomt. Daarom zijn het begin en het einde een vraag. We weten ook niet wat het opkomstpercentage is. Als het opkomstpercentage in de eerste groep hoger is dan verwacht, dan start de volgende groep later omdat we niet eerder vaccin beschikbaar hebben, om maar een punt te noemen. Zo is er een rijtje van punten die van invloed zijn en die maken dat de voorspelbaarheid van data heel beperkt is.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van deze technische briefing over de update van het coronavirus. Ik wil nogmaals de heer Van Dissel en de heer Van Delden hartelijk dankzeggen voor de presentatie en de uitgebreide beantwoording van de gestelde vragen. Ik merk richting de leden, maar ook richting de mensen thuis op dat er vanmiddag om

15.00 uur een plenair debat zal plaatsvinden over de ontwikkeling van het coronavirus. Houdt u daarvoor de plenaire zaal in de gaten. Ik wil u allen hartelijk dankzeggen voor uw aanwezigheid. Dank ook voor de belangstelling thuis.

Sluiting 12.34 uur.