

**Technische briefing 24 maart 2021**

Presentaties zijn te vinden op:

[Technische briefing: "Update coronavirus" | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)

Blok I 10:00-11:00 – Dhr. 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e

Samenvatting presentatie:

- Vanuit GR drie adviezen:
  - o Jansen geschikt en voor alle leeftijden;
  - o Één prik na doorgemaakte COVID-19 in afgelopen 6 maanden;
  - o Zet AstraZeneca ook voor 65+ in.
- Vaccinatieplanning: nieuw stroomschema gemaakt, nieuwe visuals en een tool waarmee men kan inschatten wanneer men aan de beurt is.
- Vaccinatiegraad: korte toelichting op vaccinatiegraad van de verschillende doelgroepen (zie grafieken in presentatie).
- Jansen is goedgekeurd boven 18+, met één dosis. Voor de uitvoering is het een makkelijk vaccin, hoeft bijv. niet gemengd te worden en opslag bij -20 is ook positief.
- Logistiek: verschil tussen voorraad en gezette vaccinaties wil RIVM zo klein mogelijk hebben zonder te grote risico's te lopen om bij verstoorde leveringen prikafspraken te moeten afzeggen. Leveringen AstraZeneca schommelen erg.
- Voorraad: 5.1.2e legt verschil tussen beschikbare voorraad (veiligheidsvoorraad en vrije voorraad) en totale voorraad (voorraad in vrijgifte, veiligheidsvoorraad en vrije voorraad) uit.
- Voorraadbeheer Pfizer: stabiele leveringen van telkens evenveel. Makkelijk plannen.
- Voorraadbeheer Moderna: anders dan Pfizer. Leveringsomvang beperkt, soms vertraging.
- Voorraad AstraZeneca: vde leveringen van AstraZeneca zijn zeer onvoorspelbaar.
- Uitvoering vaccinatie door de GGD:
  - o Zorgmedewerkers AstraZeneca
  - o 65+ met Pfizer
  - o Intramuraal GGZ met AstraZeneca,
  - o DJI met Moderna, COA met Moderna.
  - o Bewoners instelling met een Specialist Ouderengeneeskunde of Arts Verstandelijk Gehandicapten: met Pfizer, 2<sup>e</sup> vaccinaties bijna afgerond. Veegronde eind maart begin april.
  - o Verantwoordelijkheid huisarts: meeste met Moderna/ klein deel Pfizer.
- Hoog-risicogroepen: uitnodigingen zijn gestart.
- Huisartsen: wordt van Zuid naar Noord gewerkt. In Drenthe zal toelevering eind volgende week gestart worden in de groep 63/64 jaar. Vaccinatie bij huisartsen gaat goed, zij vaccineren ook hun eigen medewerkers. N.a.v. vraag D66 gaf RIVM aan dat er in Groningen waarschijnlijk over enkele weken gestart kan worden. Er wordt bekeken wat er beschikbaar komt, en wat er bij welke provincie past.
- Vaccinatie BES CAS: uitlevering Bonaire is iets opgeplust, omdat besmetting daar hoog ligt.
- Overige groepen zijn in voorbereiding.
- Registratie vaccingegevens: loopt over algemeen goed. Wel loopt het nog niet helemaal goed bij LZ instellingen.

**Vragen:**

PVV: derde golf is begonnen. IC patiënten stromen binnen met gemiddelde leeftijd van 64-jarigen. Wanneer ben u klaar met mensen die vaakst op IC liggen?

RIVM: GR heeft gezegd: grootste risicogroepen zijn oudste mensen. Daar zijn we ver mee. Andere groepen kwetsbaren binnen enkele weken. Met 63/64 jarigen zullen we eind april heel ver zijn.

CDA: Opkomst BES en CAS is beperkt. Wat doet u om dat te stimuleren?

RIVM: klopt, het is laag. Autoriteiten daar nemen actie om bereidheid te verhogen. Wat ze precies doen moet ik voor u nagaan.

CDA: ik begrijp dat u zegt dat *de meeste* huisartsssystemen delen hun gegevens. Wanneer dat niet gebeurt, is het ICT probleem of onwilligheid?

RIVM: alle huisartsen delen. Het gaat vooral om instellingen LZ. Aantal koppelingen is niet gereed.

SP: Wij horen van zorgmedewerkers die opnieuw een oproep krijgen omdat ze in een leeftijdsgroep vallen die aan de beurt is. Heeft u registratie op orde?

RIVM: voor een deel is dat niet helemaal te voorkomen, bijvoorbeeld als data niet met RIVM wordt gedeeld. We testen of onze communicatie daarop voldoende duidelijk is.

50+: De groep 75-79, daar moet 85% nog gevaccineerd. Als die in dit tempo doorgaan, lukt het niet ze snel op tijd in te enten. Hoe zit dat?

RIVM: Groep 70+ wordt vanaf medio april uitgenodigd. Het relatief lage vaccinatietempo 75+ op dit moment komt door aanloopfase. Dat zal sneller gaan lopen.

50+: Bij Pfizer minder problemen in de levering dan Astra. [vraag onduidelijk].

RIVM: we hebben het voorraadbeheer ingericht, we nemen bewuste risico's. Bij Astra houden we grotere buffer aan want risico is groter. Als je 100% wil voorkomen dat er vertragingen door verstoorde leveringen optreden moet je meer in voorraad houden, en dat vertraagt weer de gezette vaccinaties. Mogelijk dat voor Pfizer in de toekomst een nog lagere veiligheidsvoorraad zal worden aangehouden.

PVDD: benieuwd of u meer kan vertellen specifiek over hoe we bijzondere doelgroepen gaan vaccineren (dak thuislozen, arbeidsmigranten, asielzoekers)?

RIVM: relatief kleine doelgroepen en relatief lastig te benaderen. We zijn nu plan aan het maken, ik verwacht dat ik dat binnen een week of 2 met u kan delen.

GL: vraag medisch risicogroepen. Hoe is de timing van deze groepen? Klopt het dat zij pas in juni aan de beurt zijn? En kan niet sneller?

RIVM: Kan sneller, maar alleen door andere groep die volgens GR hogere prioriteit heeft daarna te doen. We doen het zo snel mogelijk. We houden ons aan besluit minister om prioriteit volgens GR aan te houden.

VVD: minister heeft laten weten dat GR om advies is gevraagd over jongeren met medische indicatie onder de 18. Hij verwacht antwoord begin april. GR advies zou positief voor hen kunnen zijn. Pfizer is ook effectief voor jongeren. Als dat advies positief is, ligt er dan een routekaart klaar voor het in beeld brengen van deze jongeren?

RIVM: gaat om relatief kleine groep. Dat is zo'n kleine groep dat ik me geen zorgen maak dat we deze groep snel kunnen uitnodigen, dat kan snel vorm krijgen.

SGP: hoe flexibel is de uitvoeringsorganisatie?

RIVM: organisatie is deels flexibel en deels niet. We zijn flexibel in het snel wegzetten volume want we hebben overcapaciteit. Ook flexibel in versneld uitnodigen van doelgroepen. We zijn minder flexibel in heel erg veel maatwerk. Dat heeft er mee te maken dat organisatie nog niet lang staat, en dat alles erop is gericht op zoveel mogelijk zo snel mogelijk te vaccineren.

D66: kan voorraad sneller omlaag? Kan postcodecheck toegevoegd worden aan tool?

RIVM: voorraad kan sneller omlaag, maar dan nemen we hoger risico. Bij Pfizer sluit ik niet uit dat we dan kunnen doen. Postcode check toevoegen aan tool, vind ik goed idee en gaan kijken of we dat kunnen doen.

PVDA: We bungelen in de onderste lijstjes in vergelijking andere landen. Is beschikbaarheid van vaccins echt de enige belemmerende factor in de snelheid?



RIVM: ook de pauzeknop heeft vertraging opgeleverd. Daardoor zitten we nu in een dip maar verwacht het in te halen. Daarnaast kijken we continue waar we kunnen versnellen. Maar grote deel van vertraging is de beschikbaarheid.

PvdA: Dus is 95% verwijtbaar beschikbaarheid vaccins en 5% aan planning. Vat ik dat goed samen?

RIVM: bijna. Je probeert middenweg te vinden tussen risico voorraad . 5% heb ik zo niet precies bedoeld. We zijn continue opzoek naar hoe het sneller kan.

PvdA: volgens mij zit er wél ruimte in het proces. Ik zou het jammer als we ons alleen verschuilen achter de beschikbare vaccins.

RIVM: herken me niet in het beeld dat u schetst. Ik denk dat we goed snel vaccinatieproces hebben met een klantvriendelijk proces. We plannen in op overcapaciteit om grotere volumes te kunnen draaien. Nu zit daar marge in, en zitten mensen daar klaar voor. In het algemeen denk ik dat we een heel efficiënt proces krijgen met bijna geen no-show.

CU: is komst Jansen vaccin verwerkt in vaccinatiestrategie? Kunnen we daardoor versnelling tegemoetzien?

RIVM: goed nieuws: ja het is erin verwerkt, maar nee we kunnen niet verder versnellen, inzet van Jansen in al meegerekend in de huidige prognoses.

Blok II 11:00-12:30 – Dhr. 5.1.2e

#### Presentatie

- Aan de orde komen vandaag: Update corona in NL, blik vooruit, vragen van vorige keer.
- **Epidemiologisch beeld:**
- Weekgemiddelde van aantal meldingen is 264 op 100.000 (16% hoger dan de vorige week). Is duidelijk aan het toenemen, zien we ook in het aantal ziekenhuisopnamen.
- Het aantal testen is toegenomen: 24% meer dan vorige week. 520.000 testen per week.
- Testen naar leeftijd en positief: met name in jongste leeftijdsgroep (0-13 jr) is steeds meer getest, het percentage positieve testen is in deze groep het laagst.
- Meldingen naar leeftijd: aantal meldingen bij groep 18-25 jr is het grootst, 11% toegenomen (350+ per 100.000 per week).
- Onder verpleeghuisbewoners neemt het aantal meldingen af, dat is het resultaat van het vaccineren van bewoners en zorgverleners.
- Leeftijdverdeling meldingen en ziekenhuisopnames per week: groep 65-79 jaar vertegenwoordigt de helft van alle ziekenhuisopnames (niet per se IC-opnames). 80+ vertegenwoordigt ongeveer een kwart; is aan het afnemen na de start van vaccinaties.
- Clusters: settings bij clusters binnen dezelfde leeftijdsgroep, bij jongste leeftijdsgroepen zijn heropenen scholen en sport. Bij gemengde leeftijd clusters zijn besmettingssettings met name de thuissituatie, bezoek en werk.
- Aantal clusters per schoolsetting: +/- 2% van de scholen heeft te maken gehad met clusters op scholen. In de helft van de gevallen heeft dat geleid tot naar huis sturen van klassen.
- **Follow-up op kiemsurveillance:**
- Britse variant is momenteel dominant. Aantallen besmettelijken (persoon is ongeveer een week besmettelijk) is opgelopen: loopt tegen 115.000.
- Reproductiegetal (wordt tegenwoordig 2x pw berekend). Gisteren was  $r(t)$  1.11. Onderverdeling naar type: UK-type is het hoogst (1.18), SA-type (1.12), wildtype (0.88). UK-type verspreidt zich 34% sneller dan de wildtype.
- **Voorspellingen:**

- Dagelijkse IC-opnames van patiënten met COVID-19: voorspelling als we zo doorgaan als nu, zullen de dagelijkse IC-opnames alsnog toenemen. De groene lijn wordt als meest waarschijnlijk geacht (middelste lijn, met behoorlijke toename van het aantal bezette IC-plaatsen).
- Conclusies over lange termijn prognoses: onzekerheid rondom scenario's is groot. Situatie is kwetsbaar.
- Nomogram nogmaals toegelicht [geen nieuwe info daarover].
- Mocht het beeld de komende weken meevallen, zal dat ook leiden tot sneller adviseren over mogelijke versoepelingen.
- Modellen over IC-bezetting met/zonder avondklok/bezoekbeperking en effect van vaccinatie: vanaf 1 mei (als 80+ gevaccineerd zijn) maatregelen terugbrengen kan leiden tot '4<sup>e</sup> golf'. Versoepelingen vanaf 1 juni (als 60+ gevaccineerd zijn) zijn waarschijnlijk wel goed mogelijk.
- **Vragen van vorige keer beantwoord:**
- Basisregels nogmaals benadrukt: bronmaatregelen zijn het krachtigst (bij klachten thuisblijven en testen). Collectieve maatregelen (afstand, handenwassen, etc). belangrijk als bronmaatregelen niet goed worden opgevolgd of bij asymptomatische besmetting. Individuele maatregelen zoals mondkapjes.
- Draagvlak en naleving van deze maatregelen (door RIVM gedragsunit): bijv thuisblijven heeft groot draagvlak, maar slechts de helft vd mensen doet dit ook.
- Gedachtenexperiment over naleving van basisregels: voorkomt besmetting tussen huishoudens, en blijft vervolgens binnen het huishouden. Als men zich aan de regels houdt, stopt daarna de verspreiding en dooft epidemie snel uit. Naleving van basisregels is essentieel.
- **Internationale situatie:**
- NL staat op plek 3 qua incidentie in (bepaalde landen uit) Europa: Frankrijk, Zweden, Nederland.

#### Vragen

##### PVV – Agema

*Q1: sheet 18: basisscholen open/dicht kan groot verschil maken in IC-bezetting. Moet er niet iets gebeuren met ventilatie bij scholen? WHO zegt dat een ruimte 6x per uur geventileerd moet worden.*

5.1.2e duidelijk dat ventilatie van belang is. We weten niet precies wat meest optimale ventilatie is. Overdracht buiten is altijd kleiner dan binnen in bedompte ruimte. Maar als je kijkt naar hoe vaak dat misgaat, kom je op aantallen van 2% in het primair onderwijs. Als je naar het brede beeld kijkt, zitten kinderen in de laagste groep besmettingen. In het grote plaatje is belang van naleving van maatregelen.

*Q2: sheet 28: bezoekregeling 1 persoon. Draagvlak laag en naleving op driekwart. Hoe kan de noodzaak en nut van deze vervelende maatregel over het voetlicht brengen (want is effectiever dan avondklok)?*

5.1.2e de effectiviteit van de twee maatregelen kan niet uit elkaar getrokken worden. Het halveren van de bezoekregeling van 2 naar 1 betekent wel dat de helft minder besmet kan worden in potentie.

##### CDA – van den Berg

*Q1: luchtreiniging en ventilatie. Is er überhaupt onderzoek gedaan naar hepafilters (die wel worden toegepast in vliegtuigen)?*

5.1.2e er is enig onderzoek (in Eindhoven) gedaan naar luchtreinigingsapparaten, om druppels uit de lucht te halen. Waar de RIVM-website naar verwijst is dat concepten kunnen werken, maar



dat het in de praktijk (nog) niet werkt. Dat praktijkonderzoek is nog ontbrekende en zal gedaan moeten worden.

#### SP - Hijink

*Q1: mijn zorg zit in de periode tot aan de zomer: zelftesten bij drogist halen bijv. vergroot het risico dat mensen zich minder aan de basisregels gaan houden.*

5.1.2e wat (snel)testen die beschikbaar zijn voor iedereen betreft: testen moeten altijd worden gezien in de context, want sensitiviteit is niet 100%. Complexe situatie als mensen (fout) negatief testen maar positief zijn en daardoor de maatregelen loslaten. Dat vergroot de kans op grote verspreiding. Het kan wel op een relatief veilige manier, als je 3x per week test. En dat is een zeer complexe situatie. In z'n algemeenheid lossen testen niet alles op.

*Q2: Hoe erg is het als de regels losser worden gehandhaafd in bijv. zorginstellingen waar bewoners al gevaccineerd zijn.*

5.1.2e als letterlijk iedereen in een verpleeghuis gevaccineerd is, is het zeer waarschijnlijk dat ze niet ziek worden. Het is nog onduidelijk of ze het ook niet meer bij zich kunnen dragen, en dan eventueel op bezoek kunnen overdragen.

*Q3: u zegt dat breed testbeleid ook risico's heeft. Wat is dan de meerwaarde van zelftesten en op grote schaal testen?*

5.1.2e testen kunnen heel zinvol zijn, want positieven worden ermee opgepikt. Testen moet worden gezien in licht van het doel en de omgeving. In eerdere OMT-adviezen is ook gewaarschuwd voor mogelijke risico's bij een grootschalig testbeleid. Het risico zit in wat mensen doen als ze negatief getest worden (laat je dan alle maatregelen los?). 'there's no easy way out'. Testen kunnen nuttig zijn als ze gecombineerd worden met naleving maatregelen.

#### 50plus – Van Otterloo

*Q1: draagvlak AstraZeneca.*

5.1.2e hee, het is nog niet onderzocht wat het draagvlak voor AstraZeneca na afzegging is. Verantwoordelijkheid hiervoor ligt niet bij RIVM. We nemen wel de vaccinatiegraad mee in de modellen inderdaad.

#### FvD – Van Haga [12:03]

*Q1: wil graag programmatuur en broncode van modellen krijgen ihkv transparantie.*

5.1.2e heeft u weleens op de website van RIVM gekeken? Wat u noemt staat gewoon op de RIVM-website. Weet niet wat u nog meer zou willen?

*Q2: zou een gering effect zijn van mondkapjes, maar in eerdere grafiek zou het zelfs een negatief effect hebben. Mondkapjesplicht opheffen?*

5.1.2e ik weet niet naar welke grafiek u verwijst. Als u verwijst naar grafieken in Nature en Nature behaviour en Science? [... deel gemist...]

*Q3: immunontsnapping: vaccineren van mensen tegen covid-19 midden in een pandemie zal leiden tot meer en ernstigere besmettingen. Kent u dit fenomeen en is dit iets waar we rekening mee moeten houden?*

5.1.2e Immune escape is een bekend mechanisme, dat inhoudt dat een virus kan muteren bij mensen met een verminderde afweer waar het virus een chronische infectie kan veroorzaken. Veel van de mutanten hebben kleinere kans om overgedragen te worden, maar soms komt het voor dat het juist besmettelijker wordt, zoals de Britse variant.

#### PvdD – Van Esch

*Q1: sheet 10. Bezoek en werk maken een groot onderdeel uit van het aantal mensen dat besmet raakt. Vooral op werkgebied zien we weinig maatregelen. Ik heb het gevoel dat steeds meer mensen naar werk gaan. Ik ben op zoek naar de cijfers van mensen die naar werk gaan en hun bewegingen. Kan dat niet ook een bijdrage leveren aan toename van het aantal besmettingen*

5.1.2e Ik zal dat de volgende keer includeren in briefing. Essentie blijft dat men vooral op het werk opnieuw de basisregels in stand houdt.

*Q2: in aankomende tijd kondigt OMT niet andere adviezen voor te nemen maatregelen aan, maar eventueel wel in/na de komende weken. Aan welke aanscherpingen zit het OMT te denken?*

5.1.2e huidige situatie nu is somber. 'Aanscherpingen' (woord gebruikt hij zelf niet) nu niet aan de orde.

#### **GL – Kröger**

*Q1: is het niet van het allergrootste belang om te zorgen dat we laagdrempelig testen mogelijk maken? Andere landen testen veel proactiever en laagdrempeliger.*

5.1.2e Ik heb geen ambivalentie tav testen. Testen is geen bestrijdingsmaatregel an sich, alleen als het onderdeel is van een keten van maatregelen.

*Q2: mijn vraag ging over reguliere testen (PCR en LAMP) en over hoe je preventief testen kan inzetten. Ik zou hopen dat we er positief tegenover staan! Is dit dan het geval, net als bij de mondkapjes, dat het een hele lange aanloop heeft om het beleid aan te passen.*

5.1.2e Een land als VK heeft een laagdrempelig testbeleid gehad en daar is een kritisch rapport over verschenen van het Britse parlement. Context is belangrijk en goed weten wat je eraan koppelt.

#### **VVD - Veldman**

*Q1: u verwijst naar VK dat testen daar niet geholpen heeft, maar tijdens kerst hebben ze daar maatregelen losgelaten. Bent u met mij eens dat het preventief testen (zoals in Oostenrijk waar scholieren 2x pw testen) kan helpen om verspreiding te voorkomen?*

5.1.2e zeker met u eens. Testen onderdeel van een goed gestructureerd programma kan buitengewoon nuttig zijn.

*Q2: in 105<sup>e</sup> OMT-advies wordt over Bretonse variant gesproken. Nadere toelichting gevraagd op het risico (in ziekenhuisomgeving)*

5.1.2e betreft enkele tientallen personen. In eerste analyse werd deze niet gevonden door een neusswap, maar pas na bemonstering van de long. Diepere luchtweginfectie van de longcellen zelf, daardoor overdracht op andere wijze plaatsvindt. Als dat bevestigd wordt (is nog niet zo), lijkt dat te wijzen op een potentieel nieuwe variant zonder de keelinfectie. Kan consequenties hebben op overdracht (want dat gebeurt via de keel en niet via de longen). Daarom is er meer kans op verspreiding binnen ziekenhuizen zelf en niet zo zeer onder de bevolking. Goede ziekenhuishygiëne kan verspreiding zeer adequaat tegengaan.

#### **SGP – Van der Staaij**

*Q1: luchtreiniging. Begrijpelijk dat wetenschappelijke eisen worden gesteld, maar aan de andere kant nemen we in deze pandemie wel vaker maatregelen zonder dat we zeker weten wat het wetenschappelijk bewezen effect is. Zou in deze pandemie niet de drempel lager moeten liggen om dit te stimuleren?*



5.1.2e wil meegeven om het niet te veel in (high)tech-oplossingen te zoeken, want naleving van basismaatregelen heeft waarschijnlijk een groter effect.

*Q2: draagvlak en naleving maatregelen. Liggen er geen kansen om bij basismaatregelen aanvullende maatregelen te nemen?*

5.1.2e absoluut. We denken dat meer opvolging van basismaatregelen belangrijk is (communicatie, context, handhaving). Binnenkort start een grote campagne voor naleving basismaatregelen.

#### **D66 - Diertens**

*Q1: coronadashboard. Wat zegt de afname van rioolwaterdeeltjes?*

5.1.2e in algemeenheid zien we een relatie met ziekenhuisopnames. In dat model moet nog wel beter gekeken worden hoe het beter aangesloten kan worden aan de realiteit. Wat betreft rioolwatersurveillance op de Cariben: nog niet goed mogelijk omdat daar gebruik gemaakt wordt van beerputten.

#### **CU – Dik-Faber**

*Q1: negatieve antigeentest. In welke epi-situatie vindt het OMT sneltesten wel voorspelbaar? Niet alleen de medische kant maar ook sociale kant.*

5.1.2e personen die gevaccineerd zijn, mensen die al besmetting hebben doorgemaakt, en mensen die negatief testen. Op zich een prima idee om zo'n bewijs te gebruiken, maar we weten nog niet alles over doorgifte van virus bij vaccinatie of al besmetting hebben doorgemaakt. Daarover moet verder worden nagedacht, oplossing kan zijn om iedereen van deze groepen een antigeentest te laten doen.

*Q2: luchtreiniging/ventileren. Onderzoek door TU/Eindhoven ism commerciële partijen. Ontdekt dat eventuele overdracht vermindert kan worden door ventilatie. Reactie van RIVM is dat het niet in de praktijk is gebleken. Bedrijven ervaren tegenwerking vanuit VWS en RIVM. Laten we kijken naar wat er wel kan. Belangrijk om onderzoek een impuls te geven.*

5.1.2e grote druppels zijn belangrijk in overdracht van virus, maar komen niet erg ver. Kleine druppels hebben kleinere rol in overdracht.