

## **Stapsgewijs uit de coronacrisis voor 1 juli 2021**

*Notitie voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (17 februari 2021)*

Jaap Goudsmit  
Harvard T.H.Chan School of Public Health

**Stap 1.** Besluit om volgens de prioriteitsstelling van de Gezondheidsraad (2020/23) vanaf nu in eerste instantie uitsluitend en alleen de 60-plus populatie te vaccineren met als enig doel het verminderen van ziekte en sterfte ten gevolge van COVID-19. Daarna de mensen onder de 60 met onderliggend lijden. De doelstelling moet zijn dat al dezen compleet zijn gevaccineerd voor 1 juli 2021.

**Stap 2.** Besluit om de vaccinatie end-to-end capaciteit te verdubbelen in Q1 en misschien zelfs te verdrie of viervoudigen in Q2. Daarvoor moet wellicht in Q1 de strategie meer gericht op mobiele prikbusen in plaats van statische centrale prikstraten. ( naar de 60-plusser toe ipv oproepen). Er zijn 4.2 miljoen vaccin dosages voor Q1 toegezegd en voor Q2 21.9 miljoen dosages, waarvan per 15 februari er 1.378.770 beschikbaar zijn en de rest voor 31 maart. Er zijn daarmee genoeg vaccins. Het huidige vaccinatie tempo is +/- 200.000 per week, dat betekent dat +/- 30.000 vaccinaties per dag (geschat). Dit tempo moet minimaal verdubbeld om de deadlines te halen.

**Stap 3.** Besluit om rapportage aan het publiek van vaccinatie tempo ( eerste prik, tweede prik) per leeftijdscohort in lijn te brengen met het aantal positieve testen . Dit wil zeggen dag en week rapportage. ( **Nu:**alleen per week en niet in leeftijdcohorten maar per doelgroep, en soms geaggregeerd). Dit zou in de “wekelijkse update epidemiologische situatie COVID-19 in Nederland” van RIVM moeten worden opgenomen, in plaats van de huidige decentrale rapportage.

**Stap 4.** Besluit om de goedkeuring van sneltesten in Nederland te regelen en in EU te coördineren en niet tot CE-markering te beperken. Mijn voorstel is om het onder te brengen bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen ( zoals in USA bij de FDA). Deze test ,-of laat testen-, de specificiteit en sensitiviteit van de testen op basis van panels zoals gekweekt en geïnactiveerd virus in een verdunningreeks ( idem pool van PCR positieve patienten) en een panel van individuele geanonimiseerde positieve en negatieve sputum monsters verdeeld in symptomatische en asymptomatische virale load reeksen. Dit moet leiden tot markt autorisatie op basis van analytische criteria onafhankelijk van de klinische status van de consument.

**Stap 5.** Besluit om twee test-trajecten te volgen met als reden het onderscheid tussen testen voor het diagnosticeren van een infectie, waarbij differentiaal diagnostiek van kortademigheid, verkoudheid en longontsteking voorop staat ( het medische traject) en testen om besmettingen in de maatschappij te voorkomen op risicolocaties of in risicosituaties ( het maatschappelijk traject). De eerste soort testen zijn laboratorium testen met randapparatuur om maximale gevoeligheid bij maximale specificiteit te garanderen. De

tweede soort testen zijn er om jezelf en anderen te beschermen tegen infectie, waarbij op gevoeligheid kan worden ingeleverd op de PCR maar niet ten opzichte van infectieus virus. In het eerste geval betreft het alleen symptomatische individuen ( medisch traject), in het tweede geval lichte verkoudheden en asymptomatische infecties, die minstens in de helft van de infecties plaats vinden ( maatschappelijk traject). Voor het medisch traject is getraind personeel nodig, voor het tweede niet. ( Onderzoek:Prof.dr. J.A.J.W. Kluytmans et al; drs. J Swart, Prof.Dr. F.W. van der Waals, Prof.dr. J. Goudsmit). Het doel moet zijn net als de zwangerschapstest en de alcohol blaastest, dat de sneltesten bij drogist verkrijgbaar zijn of via internet.

**Stap 6.** Besluit om nu ook (snel)testen voor het meten van antistoffen die doorgemaakte infectie aantonen en/of (snel)testen die antistoffen opgewekt door vaccins aantonen in het traject van regulatie onder te brengen als weergegeven voor testen op besmetting en besmettelijkheid ( zie stappen 4 & 5)

**Stap 7.** Besluit om de besmettingskans op alle school en onderwijsinstellingen te reguleren en te controleren via de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd .

**Stap 8.** Besluit om via lokale gekwalificeerde laboratoria van alle via GGD's afgenomen positieve virustesten te bepalen of er nieuwe varianten worden overgedragen die ofwel de kans op besmettelijkheid en/of ziekte verhogen en/of ontsnappen ( partieel of geheel) aan de werking van vaccins. Voorbeelden zijn de 501Y. V1 ( UK variant), 501Y.V2 (Zuid-Afrikaanse variant), en de 501. V3 mutant ( Braziliaanse variant).

**Stap 9.** Besluit om in de “wekelijkse update epidemiologische situatie COVID-19 in Nederland” ( zie ook stap 3) de frequentie van de verschillende in stap 8 genoemde ( of nieuwe) virus varianten per regio per week te rapporteren ( per dag technisch niet haalbaar op dit moment, en wordt nu alleen steekproefgewijs en geaggregeerd en gedecentraliseerd gerapporteerd)

**Stap 10.** Indien door het College ter beoordeling van geneesmiddelen goedgekeurde sneltesten voor virus beschikbaar zijn in hoeveelheden die de markt nodig heeft om het risico van besmetting zo laag mogelijk te maken op risikolokaties en risicosituaties en alle 60-plussers zonder aanzien des persoons en alle 60-minners met onderliggend lijden zijn gevaccineerd, kunnen de 1.5 meter regel en alle andere regels per 1 juli opgeheven.

**Stap 11.** Het vaccinatie programma wordt rest van het jaar voortgezet totdat iedereen vanaf 10 jaar is gevaccineerd. De gezondheidsraad wordt gevraagd advies uit te brengen of de hele bevolking jaarlijks of om de zoveel jaar moet worden gevaccineerd tegen COVID-19 en of de COVID-19 vaccinatie moet worden uitgebreid naar kinderen onder de 10. Een alternatief zou kunnen zijn om jaarlijks een COVID-19 vaccin toe te voegen bij het 60-plus vaccinatie programma tegen influenza en pneumococcale pneumonie ( en gordelroos en kinkhoest) dat via de huisartsen loopt.

---