

CONCEPTVERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING OVER: update coronavirus

Desgewenst kunt u correcties in de weergave van uw woorden aanbrengen. U wordt verzocht, deze correcties **uiterlijk donderdag 28 januari 2021 te 18.00 uur aan de Dienst Verslag en Redactie** te retourneren. Hebben wij op het moment van het verstrijken van de correctietermijn geen reactie ontvangen, dan gaan wij ervan uit, dat u instemt met de weergave van uw woorden. **Let op!** Neem voor uitstel van de uiterste correctiedatum contact op met de griffier van de desbetreffende commissie.

Inlichtingen: tel. 3182104.

Tweede Kamer, Update coronavirus

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 20 januari 2021 gesprekken gevoerd over **Update coronavirus**.

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Lodders

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
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, Hermans, Hijink, Kerstens, Kröger, Lodders, Van Otterloo en Van der Staaij,

alsmede de heer Van Dissel.

Aanvang 14.45 uur.

De voorzitter:

Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Ik heet uiteraard de aanwezige leden van harte welkom, zeker de mensen thuis die deze briefing op afstand volgen hartelijk welkom, en in het bijzonder natuurlijk hartelijk welkom aan de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM. Vandaag is de 25ste briefing, dus een bijzonder moment. Ik stel voor om snel van start te gaan met de presentatie van de heer Van Dissel. Daarna krijgen de leden de gelegenheid tot het stellen van vragen. We hebben voor deze technische briefing een uur gepland, dus tot kwart voor vier. Ik stel voor dat iedereen één vraag en een korte vervolgvraag stelt, waarbij ik een beroep op u doe om het vooral kort te doen, zodat we allemaal de gelegenheid krijgen om die vragen te stellen binnen de beschikbare tijd.

Mag ik het woord geven aan de heer Van Dissel? Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik wil u kort weer meenemen in een update van de stand van zaken met betrekking tot COVID-19 in Nederland. Ik wil u vooral duidelijk maken dat we momenteel eigenlijk voor een soort paradox staan. We zien een afname van het aantal gevallen, maar tegelijkertijd zien we een donkere wolk hangen, waarop we ons willen voorbereiden. Dat zal ik hopelijk met name duidelijk maken. Ik wil eindigen met ook wat toe te lichten op het OMT-advies, voordat u daar verder vragen over heeft.

Eerst met betrekking tot de epidemiologie op dit moment. Die tweede golf in Nederland verloopt inmiddels in twee grote rimpels. U ziet dat we de afgelopen week weer zo'n 20% à 22% minder gevallen hadden dan de week ervoor. Dat gaat dus op zich goed. U ziet de spreiding over Nederland. Limburg-Noord en Twente zijn momenteel gebieden met speciale aandacht. U ziet dat de afname van het totale aantal meldingen zich eigenlijk ook vertaalt, zij het zeer aarzelend en ook wel met behoorlijke schommelbewegingen, naar het aantal ic-opnames en ziekenhuisopnames. Die laatste gaan vaak vooraf aan de ic-opnames. Dit beeld lijkt dus op zich een positief beeld, zeker wanneer je het met de situatie eind december vergelijkt.

Als we dan kijken naar de testen en het percentage positieve testen, dan ziet u daar eigenlijk ook een beeld dat zeker niet ongunstig te noemen is. Allereerst ziet u weer het verloop tijdens de tweede golf en het zeer hoge testaantal vlak voor de kerstperiode en oud en nieuw. Daarbij hebben waarschijnlijk een heleboel mensen zich extra laten testen, vanwege familiebezoek of vriendenbezoek bijvoorbeeld. Daarna ziet u de afname van het aantal testen en dat we inmiddels weer ongeveer op het niveau van oktober en november zitten. De doorgetrokken lijn geeft het percentage positieve testen aan en daarvan zien we nu toch over de afgelopen drie weken wel een afname tot inmiddels net onder de 11%. Dat is ook weer een afname ten opzichte van vorige week. Dus niet alleen het aantal testen is wat afgenomen tot zo tegen de 10%, maar ook het percentage positieve testen is gedaald van iets boven de 12,7% naar net onder de 11%. Dat is een positief gegeven, ook al testen misschien minder mensen zich. Het is in ieder geval niet zo dat dan het percentage toegenomen is. Uiteraard hoop je dat het aantal

testen hoger is en dat het percentage ongeveer rond de 5% komt; dat is een beetje het streefgetal en daar zitten we natuurlijk nog lang niet, maar het feit dat dat percentage positieve testen omlaaggaat, is op zich gunstig te noemen.

Dan kijken we, net als vorige week, naar de incidentiegetallen: het aantal getallen per 100.000 inwoners. Dat geeft natuurlijk een meer relatieve maat tussen de, in dit geval, verschillende veiligheidsregio's. U ziet dat Twente daar nog hoog uitkomt, maar waar vorige week het gemiddelde zo rond de 270 en 275 lag, is het gemiddelde inmiddels gedaald naar rond de 220, ietsje lager zelfs. Dat gemiddelde is in geel aangegeven in de tabel. Ik heb nog even een aantal hoge en een aantal lagere waarden aangegeven. Er zitten dus nog verschillen tussen de regio's. Met name Twente en Limburg-Noord zitten nog hoog en een aantal andere regio's zijn duidelijk verder gedaald. Dat ziet u ook terug in de grafieken aan de rechterzijde, waar eigenlijk alle regio's wel een duidelijke dalende trend tonen. Misschien Limburg-Noord en Twente dan nog het minst.

Als we kijken naar de leeftijdsverdeling van het aantal nieuwe gevallen, op incidentie geplaatst, kun je de lijn doortrekken en dan ziet u het aantal meldingen binnen die leeftijdscategorie per 100.000 inwoners van die leeftijdscategorie. Dan valt op dat in alle leeftijdscohorten, zoals wij dat noemen, er een afname te zien is. Het leeftijdscohort tussen de 18 en 24 is overall genomen nog het hoogst, zij het dat daar wel een trend omlaag is ten opzichte van vorige week, toen ik nog aangaf dat het iets van 10% hoger was dan de week ervoor. Dus ook hier, over alle cohorten heen, is gelukkig sprake van een afname. Het cohort 18 tot 24/25 is overall genomen nog het hoogst.

Nou, dat ziet u eigenlijk ook weer terug op de volgende slide, waar ik het aantal afgenomen testen aan de rechterzijde in grijze balken weergeef. Daardoorheen is het percentage positieve testen in een rode lijn opgenomen. Ten slotte staat linksonder zowel het aantal testen als het aantal positieve testen op de kaart van Nederland. Ook daar vallen in ieder geval Limburg-Noord en Twente weer op. U ziet aan de rechterzijde de verschillende leeftijdscohorten. Als u even kijkt naar het cohort 13 tot 17, dan ziet u dat die een piek heeft gekend rond de eeuwwisseling ... Jaarwisseling, sorry. Dat betekent dat er toen een heleboel ... Ik ben even temporeel verstoord, maar het ging om de jaarwisseling. Dan ziet u dat er toen een hoog aantal testen was in die groep. Dat is daarna eigenlijk heel snel omlaag gegaan. Het aantal positieve testen ziet u aanvankelijk gelijk blijven en inmiddels ook dalen. Dat is het beeld dat ik u net ook liet zien, weer op een wat andere wijze weergegeven. Overall genomen zie je over alle leeftijdscohorten dat er in verschillende mate getest wordt, maar dat de lijn inmiddels omlaag gaat, hetgeen gunstig is.

Die gunstige trend zien we ook op een afgeleide maat, de zogenaamde Infectieradar, een website waarop iedereen vrij is om zich op te geven om wekelijks te rapporteren of men covidachtige klachten heeft. Hier ziet u dat het aantal mensen met klachten een lange tijd zo tussen de 2,5% en 3% lag. Daar zien we eigenlijk ook sedert de jaarwisseling een trend omlaag, inmiddels zo'n 40%. Dat betekent dat we bij de 20.000 personen die in dit systeem rapporteren, zien dat het aantal personen met klachten naar alle waarschijnlijkheid ook daadwerkelijk daalt momenteel. U ziet de website rechtsboven aangegeven, mocht u zich willen aanmelden. Dat geeft natuurlijk toch wel een goede indruk van wat er gaande is onder de bevolking. Aan de rechterzijde zien we dan weer even de verdeling over de kaart van Nederland.

Misschien is het voor de duidelijkheid nog even interessant om te noemen: dit is

natuurlijk ook het seizoen na het respiratoir syncytieel virusseizoen, het RSV-seizoen, dat normaliter vooral kinderen treft in de december-januariperiode. Dat seizoen loopt dan vaak over in de influenza-, in de griepperiode. Huisartsen houden via het Nivelsysteem dezelfde klachten bij, waarbij ze dan ook een aantal bemonsteringen doen. In het aantal isolaten dat we daarvan hebben, vinden we momenteel noch griep — noch het influenzavirus — noch het RSV-virus terug. Dat is natuurlijk gunstig, omdat het minder verstoring geeft op de lijn. De klachten lijken erg op covid. Dat zou dan weer tot een aanloop bij de teststraten kunnen leiden. Maar eigenlijk ziet u ook hier weergegeven dat dat percentage afneemt en we dus weinig — of eigenlijk geen — griep en RSV vinden. Normaal zitten die — zoals ik al zei — in januari en februari op hun piek.

Dat waren de gegevens met betrekking tot de bevolking. Dan de gegevens met betrekking tot personen in verpleeghuizen, woonzorgcentra en de gehandicaptenzorg. U ziet hier dat het aantal besmette locaties wat is afgenomen. Voor de duidelijkheid: het is nog steeds hoog. Het aantal is in de tweede golf ook al met al volumineuzer geweest. Er zijn meer huizen besmet geweest dan in de eerste golf. Maar u ziet dat het een week geleden rond de 850 locaties zat en gedaald is naar 807 locaties. Het betreft inmiddels nog zo'n een derde van de huizen. Het aantal bewoners dat in die huizen covid heeft, is vaak meer dan één, omdat het zich daar soms kan verspreiden. U ziet dat daar ook een voorzichtig dalende trend is. Ook dit is een gunstige ontwikkeling. Dat neemt niet weg dat de zorg voor deze groep nog steeds heel erg hoog is. Dan gaat het om de mensen in de verpleeghuizen, maar natuurlijk ook om de zorg voor oudere personen die nog thuis leven en die door mantelzorgers, thuiszorg en wijkverpleegkundigen worden verzorgd.

Met betrekking tot de gehandicaptenzorg zien we eigenlijk hetzelfde beeld. Daar is overigens een veel geringer aantal locaties waar besmettingen optreden. Ook daar zien we sedert de jaarwisseling nog een afname. Hetzelfde ziet u bij het aantal personen dat gemeld wordt met covid binnen die locaties. Dat vertaalt zich in 144 besmette locaties. Dat was vorige week in de 160. Ook daar zien we een afname van het aantal locaties met besmettingen.

Dan een update op het punt waar ik u vorige week ook al even in heb meegenomen. Dat is het bron- en contactonderzoek in Nederland. We proberen — en dat lukt bijna weer in alle regio's — van alle personen die gemeld worden met een covidbesmetting, uit te vinden of er ook gerelateerde gevallen zijn. U ziet dat het in ongeveer 60% van de gevallen gelukt is om die gerelateerde gevallen te vinden. Dan ziet u rechtsonder in een tabel en linksonder in een grafiek waar die besmettingen het meest plaatsvinden. Dat is allereerst in de thuissituatie. Dat is grofweg de helft. Maar het moet natuurlijk in een thuissituatie geïntroduceerd worden. U ziet dat er enige verandering is ten opzichte van het beeld van vorige week, maar dat het nog steeds vooral bezoek van familie en vrienden is. Dat is nummer één. Nummer twee is de werksituatie, waarbij men op het werk een infectie opdoet en die mee naar huis neemt. U ziet wel dat het sedert de kerstvakantie afgelopen is: een deel is weer aan het werk, waardoor er een verschuiving is, in de zin van wat minder via de bezoeken en weer wat meer via de werksituatie. Dat zijn eigenlijk de twee grootste.

Daarboven wordt dan nog het percentage weergegeven dat in de vervolgonderzoeken positief wordt bevonden. Dat is natuurlijk nog altijd het hoogst binnen de thuissituatie. De minder nauwe contacten komen dan als tweede. Dat zijn zo'n 15% en zo'n 6% à 7% die gevonden worden. Dat is waar het BCO zich in eerste instantie op richt, om die zo snel

mogelijk op te sporen en te verwittigen van het feit dat ze een contact zijn geweest, om ervoor te zorgen dat ze bij klachten zo snel mogelijk naar de teststraat gaan en dat ze tot die periode, zeker als het nauwe contacten zijn geweest, zoals hier, in quarantaine gaan. De overdracht vindt dus nog steeds met name thuis plaats, en is dan thuisgebracht via ofwel bezoek van een ander huishouden ofwel de werksituatie. Dat zijn de grootste groepen.

Dat kan ik u ook laten zien aan de clusters. Die heb ik u, dacht ik, eerder al laten zien. Deze zijn alweer wat bijgewerkt. U ziet het aantal clusters in de verschillende leeftijdscategorieën. Dat zijn dan natuurlijk clusters waarbij de leeftijd ook in deze categorieën valt. Een cluster van een heel gezin met ouders en kinderen vindt u in deze grafiek dus niet terug. Dit gaat om kinderen van dezelfde leeftijd of ouderen van dezelfde leeftijd. Dan ziet u dat bezoek en werk belangrijker zijn, en voor de kinderen — dat is de grafiek die ik u eerder liet zien — natuurlijk school en vrijetijdsbesteding, waaronder sporten. Als je inzoomt op de niet-leeftijdgebonden, meerjarige clusters, krijg je deze grafiek.

Die maakt twee dingen misschien wat makkelijker duidelijk. Allereerst dat het aantal clusters in de meerjarige leeftijdsgroepen vele malen hoger is dan wanneer je alleen maar binnen een leeftijdscohort kijkt. Dat komt natuurlijk doordat het soms het hele gezin is. Dan heb je ouders en kinderen van verschillende leeftijden; die vindt u in deze grafiek terug. Daar ziet u niet alleen dat het totale aantal veel hoger is — deze grafiek gaat tot 1.500 en de grafiek die ik u net heb laten zien, gaat steeds tot ongeveer 500 — maar ook dat "thuis" en "bezoek" echt de twee meest prominente oorzaken zijn die leiden tot uitbraken in huishoudens met personen van verschillende leeftijden, terwijl je, als je bijvoorbeeld naar werk kijkt, natuurlijk veel meer in eenzelfde leeftijdscohort kijkt.

Dan de parameters die wij gebruiken en die ons iets zeggen over de vraag of de uitbraak toe- of afneemt, en als die afneemt, hoe snel die dan afneemt. Dat is het reproductiegetal, het aantal secundaire besmettingen als gevolg van een geval. We kunnen ongeveer twee weken terugrekenen. U ziet dat het op 1 januari onder de 1 was, maar ook niet heel enthousiast onder de 1; het was 0,98 met een betrouwbaarheidsinterval dat zelfs door de 1 heen gaat. Dit geldt voor de hele uitbraak; dat zult u zich al realiseren. Ik heb u aan het begin al gezegd dat we eigenlijk steeds meer moeten denken aan twee uitbraken die door elkaar lopen in het reproductiegetal. Daar kom ik zo op terug. Maar overall genomen zit het gemiddeld nog onder de 1. Het zal nu misschien nog ietsje meer onder de 1 zijn, omdat we een wat enthousiastere afname zien, maar dat is natuurlijk de fase na 1 januari.

Op 1 januari — dit is één dag eerder, maar dat geeft hetzelfde beeld — ziet u dat waar het reproductiegetal eerst groen was, en dus significant onder de 1, het nu meer rond de 1 is, waarbij het er in sommige regio's net boven is en in andere regio's net onder. Dat zijn de gele en oranje verkleuringen. Er zijn eigenlijk nog maar twee kleine regio's waar het groen is; dat wil zeggen dat het daar echt significant onder de 1 is. De schatter, het betrouwbaarheidsinterval, raakt de 1 daar niet meer, maar zit er alleen maar onder. Het belangrijke van deze grafiek is dat je ziet dat de verdeling over heel Nederland weinig verschillen toont. Twente en Limburg-Noord springen er qua aantallen nog uit, maar niet met betrekking tot het R-getal.

Ten slotte, voordat ik overga naar de samenvatting en het beeld met met name de Engelse variant erdoor, wil ik u nog meenemen naar de oversterfte, die momenteel toch

weer aanzienlijk is. Allereerst ziet u hier linksonder de grafiek van het CBS, die de totale oversterfte weergeeft ten opzichte van de verwachte sterfte. Dan zou de lijn zich in de gele balk moeten bevinden. U ziet dat er een duidelijke piek was in het voorjaar — daar hebben we het natuurlijk eerder over gehad — maar dat de tweede golf ook weer een toename geeft die buiten het verwachte gemiddelde komt en dus op oversterfte duidt.

Om te kijken waar die oversterfte dan vooral plaatsvindt, moet ik u eigenlijk in die drie grafieken meenemen. Allereerst ziet u linksboven alle gevallen binnen de verpleeghuiszorg. Dat zijn er voor deze bepaling zo'n 31.000 en daar overleden er 6.300 van. Dan kom je op een percentage van 20%. Voor de duidelijkheid: in de eerste golf lag dat beduidend hoger, zaten we rond de 30%, 35%. Daar is dus wel een afname te bespeuren. Ik denk dat het belangrijkste is wat u aan de onderzijde van hetzelfde plaatje ziet, namelijk het aantal gevallen en de sterfte, maar dan onder de personen van 70 jaar en ouder die thuis wonen en die gebruikmaken van de Wet langdurige zorg. Daar zit u dat daar ook een behoorlijk aantal ziek geworden is, bijna het dubbele van het aantal dat u ziet in de verpleeghuizen, maar dat het percentage dat komt te overlijden mede als gevolg van covid met 3,5% lager uitvalt, gelukkig. Aan de rechterbovenzijde ziet u eigenlijk hetzelfde beeld, maar dan voor personen in de gehandicaptenzorg. U ziet dat daar het aantal overlijdens gelukkig nog lager is. We zien dus weer een toename van de oversterfte en die lijkt zich toch vooral te concentreren bij patiënten die zijn opgenomen in verpleeghuizen, waarvan momenteel ongeveer 20% komt te overlijden aan covid.

Samenvattend, voordat ik doorga op de Engelse variant. Ik heb u denk ik laten zien dat het aantal nieuwe meldingen met ruim 20% is afgenomen, maar dat we de incidentie met zo'n 216 natuurlijk nog steeds hoog vinden. Die willen we beduidend lager hebben. Ook de signaalwaarden liggen natuurlijk veel lager. Maar het is wel gedaald ten opzichte van vorige week en de week daarvoor. U ziet dat er nog een redelijke spreiding is, tussen 150 en 300, tussen de verschillende regio's. We hebben gezien dat er een afname van de klachten is en in lijn daarmee ook een afname van de testvraag. Er zijn minder mensen getest en dat heeft gelukkig niet geresulteerd in een toename van het percentage positief. Ook daar is een verdere afname, wat gunstig is. Ik heb u laten zien dat de instroom in ziekenhuizen en de ic's af lijkt te vlakken, maar nog steeds tot een hoge bedbezetting leidt. Van de ic's is die nog steeds rond 600, 700 bedden. Dat lijkt wel wat af te nemen, maar dat gaat toch traag. In de instellingen nemen de meldingen ook af, heb ik u laten zien. Ik heb ook iets verteld over de oversterfte.

Dan zou je zeggen: dat is al met al, zeker als ik u zo nu een paar keer gehoord heb, weer een positiever beeld. Dat is het ook, maar dan komt die Britse variant, afgekort met VOC, variant of concern, zoals de Engelsen dat noemen, met een bepaalde cijfercode ook wel aangeduid met B.1.1.7, die toch eigenlijk de vooruitzichten een beetje overschaduwet en ook al aanleiding is tot het advies voor verdere maatregelen. Ik zal u meenemen in waarom dat zo is.

Allereerst het eerste plaatje. Wat dit plaatje weergeeft — dat zijn de driehoekjes en de dots — zijn de actuele metingen. Dat is het percentage in onze kiemsurveillance, waarbij we bij toeval bemonsteringen doen van de duizenden gevallen die er natuurlijk per dag zijn. Daar kunnen we natuurlijk maar een fractie van testen. Daarvan kijken we of ze het klassieke virus hebben of de Engelse, Britse, variant van het virus. Wat u hier ziet is de langzame toename, tot nu toe, van het percentage van de Britse variant van het virus dat daarin wordt aangetroffen. In dit geval is het als fractie weergegeven. Dat betekent dat het van 0 tot 1 gaat, maar u kunt dat eigenlijk net zo goed lezen als van 0% tot

100%. Dat is hetzelfde. U ziet dat we inmiddels rond de 10% van de nieuwe infecties kunnen toeschrijven aan deze Britse variant. Dat is 10% en u ziet dat dat eigenlijk in vrij korte tijd is opgelopen. Als daarop gemodelleerd wordt en gekeken wordt hoe snel dat verder gaat oplopen, kunnen we kijken naar de Engelse gegevens daarover. We kunnen inmiddels ook kijken naar Denemarken. Daar is de situatie momenteel min of meer dezelfde als in Nederland, maar worden er van nature nog veel meer sequentieanalyses, dus genetische analyses, van het virus uitgevoerd, waardoor ze er heel nauwkeurig het percentage van de Britse variant weten. Dan komt u op een lijn zoals hier weergegeven in het rood, waarbij de onzekerheidsinterval met het rode vlak wordt aangegeven. Wat die lijn toont, is eigenlijk dat wij verwachten dat we een vrij snelle toename zien van het aandeel van de Britse variant. U ziet dat die toename ertoe leidt dat het begin april op zo'n 100% van alle virusisolaten zit en dat het bijvoorbeeld begin februari op rond de 25% zit. Dat is toch een snelle toename en die vindt plaats terwijl alle andere condities van dit moment, constant worden gehouden. Ik zal u zo laten zien hoe zich dat dan vertaalt naar het R-getal en naar aantallen.

U ziet hier een percentage van het totaal aantal gevallen. Dan kunt u dat, als we nu enkele duizenden gevallen per dag hebben waarvan al 10% het variantvirus betreft, snel afzetten tegen de potentiële import, bijvoorbeeld via de ferry's of via de luchthavens. Dan moet je toch constateren dat dat zeker voor de Britse variant momenteel klein is, maar dat neemt niet onze zorg weg. We hebben namelijk ook te maken met de Zuid-Afrikaanse en de inmiddels twee Braziliaanse varianten. Het zullen er ongetwijfeld meer gaan worden. Met name die Zuid-Afrikaanse en Braziliaanse varianten, specifiek degene die uit Noord-Brazilië komt, geven ons om veel andere redenen nog extra zorg en die wil je dus gewoon uit je land houden. Vandaar dat we allerlei maatregelen adviseren — u heeft dat in de OMT-brief ook kunnen lezen — met betrekking tot hoe je reizigers controleert voordat ze eventueel in Nederland komen en als dat niet kan, dat je in ieder geval een inreisverbod instelt voor reizigers uit landen waar deze virussen circuleren.

Ik denk dat u hieraan moet overhouden dat in drie maanden tijd die Britse variant van een gering percentage naar bijna 100% van het aantal gevallen gaat. Wij verwachten dan ook — en dat klopt met het gegeven dat de R-waarde voor de klassieke variant onder de 1 is — dat de klassieke virusvariant gaat uitfasen en dat die langzaam wordt overgenomen door de Britse variant. Ik neem u even mee naar de grafiek linksonder, want die kent u nog. U ziet hier weergegeven het reproductiegetal, in het blauw van onze klassieke variant en in rood hoe dat dan met die Britse variant zit. U ziet dat we op basis van de huidige getallen die we hebben, kunnen berekenen dat de Britse variant momenteel al op een effectief reproductiegetal komt van tegen de 1,3. Daar zit natuurlijk een behoorlijke onzekerheid in. Dat ziet u ook, maar u ziet ook dat het ondanks die onzekerheid wel helemaal boven de waarde van 1 is en daar significant boven zit. Dat betekent dus dat je ervan uit moet gaan dat de Britse mutant momenteel alleen maar toeneemt. Met de huidige maatregelen zijn we onvoldoende in staat om die Britse mutant het hoofd te bieden. We zien hem toenemen en ik zal u straks meenemen in wat dat op wat langere termijn betekent.

Het grafiekje rechtsboven geeft het percentage weer van die Britse mutant in de tijd. U ziet na een zeer geringe start opnieuw een exponentiële toename; het begint nu toch in de lift te zitten en dan was dit nog een moment waarop die op rond de 5%, 6% zat. Maar de essentie is dus dat we eigenlijk in Nederland twee uitbraken met coronavirussen hebben, namelijk een met het klassieke virus, die we met de huidige lockdownmaatregelen in ieder geval in die zin bedwingen dat het effectieve

reproductiegetal onder de 1 ligt. Als je het berekent, kom je gemiddeld uit op 0,98, maar voor het klassieke virus ligt die natuurlijk net iets lager. We hebben inmiddels een tweede uitbraak met een coronavirus, waarbij het reproductiegetal boven de 1 ligt met de huidige maatregelen. Als je dat doortrekt naar de komende maanden, zal dat steeds meer gevallen betreffen, tenzij we wat aan onze maatregelen doen. Dat is een somber beeld, maar ik kan het helaas toch niet anders uitleggen. Op deze grafiek ziet u weergegeven hoe u zich dat kan voorstellen. Als u naar het totale aantal besmettelijke personen kijkt, dan ziet u hier in eerste instantie in blauw de wellicht inmiddels bekende grafiek met de hobbels van de tweede golf. Die geeft het aantal personen per tijdstip weer dat besmettelijk is met het klassieke virus, de zogenaamde prevalentie. We gaan er in de modellering van uit dat ze zo ongeveer een week besmettelijk zijn. U ziet dat het op en neer ging — dat is hetzelfde beeld als vorige week — en dat het momenteel wat stopt, maar dat het na de extra maatregelen toch weer de weg omlaag gevonden had. Wat ik hieraan heb toegevoegd, is de rode lijn. Die lijn geeft de ontwikkeling weer van het Britse variantvirus. U ziet in de modelleringen dat het Britse variantvirus langzaam aan het opkomen is. Momenteel is het natuurlijk absoluut gezien nog steeds beperkt. Als dat berekend wordt door onze modelleers, dan komen ze uit op iets meer dan 7.000 gevallen in Nederland met het Britse varianttype. U ziet ook dat het klassieke type goed is voor ongeveer 130.000 gevallen.

Moeten we heel even wachten?

De voorzitter:

Ik stel voor om even te wachten. Dit is de bel voor de aanvang van de middagvergadering.

Ik geef graag de heer Van Dissel de gelegenheid om verder te gaan. Er is op dit moment een regeling van werkzaamheden. Het is nog niet helemaal duidelijk of het debat vanmiddag zal plaatsvinden of morgen, dus zodra we die duidelijkheid doorkrijgen, zal ik die met u delen.

Gaat u verder.

De heer Van Dissel:

Ik ga snel door, begrijp ik. Wat ik hier laat zien, is dat we twee uitbraken hebben: een met het klassieke type en een met het Britse varianttype. U ziet dat de overgrote meerderheid daarvan momenteel nog het klassieke type is, maar dat het Britse varianttype, in tegenstelling tot het klassieke type, de laatste tijd toch wat toeneemt. Het betreft inmiddels zo'n 7.000 personen, terwijl het voorkomen van besmettelijken met het klassieke type zo tegen de 130.000 ligt.

Hoe vertaalt zich dat nou naar de prognoses? Ik heb u laten zien dat waar de huidige maatregelen effectief lijken te zijn voor het klassieke type, ze dat niet zijn voor het varianttype. Dat heeft natuurlijk met name te maken met de wat langere termijn beduidende effecten. Allereerst het aantal ic-opnames; deze plaatjes heb ik u natuurlijk vaker laten zien. U ziet de eerste en de tweede golf; de tweede golf met in ieder geval de twee rimpels. Maar u ziet dat het een nog dalende lijn is, die het ook mogelijk maakte om bijvoorbeeld te voorspellen wanneer we door signaalwaarden zouden gaan. Maar deze lijn loopt wel slechts tot 1 februari. Dat is in dit geval het belangrijkste, waar ik op terugkom. U ziet ook dat de maatregelen in december effect hebben gehad, want we zitten inmiddels zonder meer buiten de lijn die we anders hadden gehad. De lijn is op

deze grafiek alleen nog omlaag.

Dan hebben we het probleem van dat nieuwe type dat begint op te komen. Als we uitgaan van dezelfde maatregelen en dezelfde mate van opvolging van de maatregelen, dan gaat het erom hoe dat nieuwe type uiteindelijk het klassieke type gaat verdringen en hoe zich dat vertaalt naar een nieuwe lijn met betrekking tot de komende maanden voor bijvoorbeeld ziekenhuis- en ic-opnames. Dat beeld ziet u hier. U ziet weergegeven het aantal ic-opnames en de ic-bezetting. U ziet met stippen aangegeven waar we nu eigenlijk zijn. Met de rode lijn is weergegeven wat er was gebeurd als de Britse variant niet gekomen was en we waren doorgegaan met de huidige maatregelen. U kunt terugvinden hoe dat toen met de signaalwaarde zat. Aan de hand van de nieuwe lijn die er getrokken is, de blauwe of magenta lijn, ziet u de voorspelling van het beeld onder de huidige maatregelen met betrekking tot opnames en bedden op de ic. U ziet een indrukwekkend beeld. Ik wil wel benadrukken dat dit altijd schattingen zijn. U ziet ook dat er een hele grote onzekerheid in de schatting is. De lijn geeft de medianen, dus de 50%-waarden, aan. U ziet met betrekking tot de bedbezetting dat, als alles gelijk blijft en er ook geen extra seizoenseffect is — ook de vaccinaties zijn hierin nog niet meegenomen; wel het ontstaan van immuniteit na infectie, maar niet het effect van de vaccinaties — de schatting ongeveer aangeeft dat we over een paar maanden tijd op een aantal bezette ic-bedden zijn dat eigenlijk het aantal overtreft dat we in de eerste golf hebben gehad. Dat is natuurlijk toch een zeer zorgelijk beeld.

De hele groep van Jacco Wallinga op het RIVM is dagelijks bezig met het aanpassen van de modellering. Ik geloof dat mevrouw Van den Berg de vorige keer daarover een vraag had met betrekking tot seizoensinvloed, luchtvochtigheid en dergelijke. Dat soort dingen wordt in berekeningen ook meegenomen. Daar ziet u een extra effect van. Dat is namelijk wat gunstiger, omdat we weer naar een wat warmere periode toe gaan. U ziet de lijn in het kleine grafiekje linksboven weergegeven. De zwarte lijn is dezelfde lijn als de blauwe lijn onder. Als we zo'n seizoenseffect meenemen en we dus naar een warmere periode gaan, ziet u dat zich dat vertaalt naar een iets gunstiger voorspelling. Maar nog steeds is de voorspelling dat we weer een derde golf tegemoetzien die uiteindelijk, als je rechtsonder kijkt, tot een forse ic-bezetting zal leiden. Normaliter hebben we op de ic zo tegen de 1.000 bedden en doen we ook andere zorg. Met zo'n 600 à 700 bedden naast nog eens een belangrijk aantal non-covidzorgbedden ziet u dat in de voorspelling allemaal covidzorg zit. Dat is een zeer sombere voorspelling waar je wat aan wilt doen.

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

Er staat: met gevolgde maatregelen. Dat is met de huidige maatregelen, zonder de extra maatregelen die aangekondigd zijn.

De heer **Van Dissel**:

Ja, exact. Daar kom ik nog op terug. U kunt zich voorstellen dat wij, zodra wij dit beeld zagen, heel snel het idee kregen: we moeten meer doen. Dat meer doen — dat wil ik wel benadrukken — komt niet omdat we vinden dat het nu niet afneemt, want dat doet het gelukkig. Het meer doen is met name ingegeven door het feit dat we nu al zien dat de Britse variant van het virus toeneemt. Blijkbaar doen we daar nu met zijn allen onvoldoende tegen. Als er al een derde golf komt, wil je liever een uitgangssituatie hebben waarbij de ic's en de ziekenhuizen zo leeg mogelijk zijn — zoals u op de tijdsas ziet, lijken we daarvoor nog enigszins de tijd te hebben — dan een situatie waarin je de derde golf laten komen boven op wat we nu nog hebben liggen. Dat is een belangrijke

reden voor de aanscherping die we gesuggereerd hebben. Hier betekent voortzetting van het huidige maatregelenpakket inderdaad: alles met uitzondering van wat er vandaag is gesuggereerd als nieuwe maatregel.

Hetzelfde ziet u hier terug voor de ziekenhuisbedden, dus niet zozeer de ic-bedden maar de ziekenhuisbedden waarbij overigens wel de ic inbegrepen is. Er is opnieuw een duidelijke derde golf die hoger is dan de tweede golf, die waarschijnlijk ook nog hoger kan worden dan de eerste golf en die je natuurlijk wilt voorkomen. Daar zal vaccinatie een onderdeel van zijn. Hopelijk is er ook weer dat seizoenseffect, dat u linksboven ziet aangegeven, dat toch de piek met de oranje lijn iets gunstiger doet zijn dan de zwarte lijn. Maar nog steeds kijk je tegen een zeer forse in wezen derde golf aan.

Als ik dit even samenvat, dan zien we een afname van het aantal infecties, maar we zien dat die afname gekeerd wordt, dat die daarna toch lange tijd hoog is en dat de piek ook hoger lijkt te zijn dan de piek die we nu net achter de rug hebben. Ik kijk nog even naar de grafiek, met het hele grote vlak van onzekerheid die de grafiek ook ver ontstijgt. Dat moge duidelijk zijn, dat is het gebied waar 95% van de schattingen in ligt. U kijkt natuurlijk naar de lijn. Dat is de 50%-waarde. Dat betekent dat je grofweg genomen 50% kans hebt dat je eronder zit. Nou, dat is gunstig. Maar je hebt ook 50% kans dat je er eventueel boven zit. Dus dat geeft dat onzekerheidsgebied weer. Dat wil ik hier maar benadrukken. Dit zijn voorspellingen. Daar moet je een heleboel aannames bij doen, en met name aannames met betrekking tot het effectieve reproductiegetal van die Britse variant. Dat maakt dat het onzeker is, maar dat wat wij zien natuurlijk toch een beeld is waar we, denk ik, gewoon zorgen over hebben. We willen graag voorkomen dat het zo hoog wordt.

Zoals gezegd, dit beeld is zonder het effect van vaccinatie. Dat zal natuurlijk ook afhankelijk zijn van hoe snel de vaccins er kunnen komen. Het is wel met doorrekening van immuniteit na infectie. Daar is eind vorige week het nodige over bekend geworden vanuit Engeland. Er is daar onderzoek gedaan onder verpleegkundigen en artsen die een covidinfectie doormaakten tijdens de eerste golf en van wie sommigen ook een tweede infectie tijdens de tweede golf kregen. Men heeft berekend dat als je het eenmaal gehad hebt, de bescherming ten minste 85% is, maar mogelijk zelfs nog wat meer, en dat die bescherming ten minste zes maanden duurt. Dat geeft je dus een idee van hoe de natuurlijke infectie tot afweer leidt. En voor de duidelijkheid, dat "ten minste zes maanden" zou dus best langer kunnen worden. Maar dit is in ieder geval wat ze nu al vinden.

Wat ook in dat onderzoek gevonden wordt — en dat is toch wel een beetje een somber beeld — is dat personen die het gehad hadden en die opnieuw besmet bleken en dan niet ziek werden, het wel opnieuw in de keel hadden en misschien ook konden doorgeven. Dat maakt dat de immuniteit dus geen steriliserende immuniteit is. Zo noemen wij dat met een technische term. Met andere woorden: je voorkomt niet dat je het virus nog kan dragen in de keel en waarschijnlijk ook kunt doorgeven, terwijl je dan zelf wel beschermd bent. Het zou natuurlijk niet verwonderen als vaccineren uiteindelijk ook dat effect heeft: wel de persoon beschermen maar niet 100% beschermen tegen eventuele doorgifte van het virus. Want anders zou de vaccinatie een ander effect hebben dan de natuurlijke infectie, en dat is niet meteen waarschijnlijk.

Ik wil u nog even meenemen naar het beeld zoals zich dat ontwikkeld heeft in een aantal andere landen in Europa. Dit is de toename in Engeland, met de lichte blokken die de

toename weergeven die heeft plaatsgevonden, met de lockdownperiode die tussen november en de eerste week van december gold, die daarna werd vrijgegeven, wat zich daarna vertaalde in een vrij snelle piek die daar ontstaan is. Inmiddels is er weer sprake van wat afname en de donkere blokken geven weer wat het percentage is van die variant strain. Dus u ziet dat in Engeland die variant strain eigenlijk heel snel is opgekomen en momenteel een bepaald percentage uitmaakt. Die heeft nog niet 100% verdrongen. En u ziet ook, en dat is ook wel belangrijk, dat de nieuwste balk inmiddels weer wat lager is. In feite betekent dat dus dat gemiddeld over Engeland genomen men dus in staat is met de aangescherpte maatregelen toch bijvoorbeeld in de regio Londen een afvlakking van de toename te bewerkstelligen. Terwijl nog niet iedereen het gehad heeft. In Engeland is de lockdownmaatregel eigenlijk een soort stay-at-homemaatregel, waarbij huishoudens worden beperkt tot de vier muren van hun eigen huis. Het virus gaat daar niet doorheen. Dan zal het uiteindelijk binnen zo'n gezin secundaire gevallen geven, maar daarna ook weer afnemen. Dat is eigenlijk wat u hier in Engeland ziet. Wat er tevens doorheen speelt, is dat er regio's zijn die over de piek heen lijken te zijn, maar dat er tegelijkertijd ook meer rurale regio's zijn waar het duidelijk toeneemt. Dus u kijkt hier altijd naar een summatie van toe- en afnames die zich in Engeland inmiddels overall vertalen in een kleine afname.

Dat is ook het beeld dat een aantal Europese landen tonen, onder andere Ierland. Ik dacht dat we het daar ook de vorige keer al even over hadden gehad. Van Ierland viel het grafiekje linksonder op, met een geweldige toename rond de kerstperiode en oud en nieuw. In Nederland is het de rode lijn. Door het nemen van de maatregelen gingen wij op hetzelfde moment eigenlijk omlaag. Als je in meer detail kijkt wat daar gebeurt, dan zijn dat een aantal dingen. Tijdens de periode van kerst en oud en nieuw had men eigenlijk geen belemmerende maatregelen wat bezoek betreft, en er kwamen veel Ieren voor de kerstperiode met het nieuwe virus terug uit Engeland waar ze werkten. Dat heeft geresulteerd in een geweldige spike in Ierland, met gebieden ruim boven de 2.000 per 100.000, dus meer dan tien keer meer het aantal dat wij hebben. Dat vertaalt zich dus ook in tien keer meer ziekenhuisopnames, voor de duidelijkheid. U ziet dan ook weergegeven dat men tegelijkertijd vond dat dat percentage Engelse variantvirus in die periode geweldig toenam.

Daarna heeft Ierland opnieuw ook weer hele scherpe lockdown- en stay-at-homemaatregelen afgekondigd, aanzienlijk sterkere maatregelen dan wij nu hier hebben. Ook daar zien ze dat er uiteindelijk een afname is. Hoeveel zich dat doorzet, zullen we moeten afwachten, want ook in Ierland zijn er grote verschillen tussen de verschillende regio's. Dan maakt zo'n gemiddelde grafiek altijd de interpretatie wat ingewikkeld. Maar u ziet dat er zowel voor Ierland als voor Engeland een piek lijkt te zijn geweest en dan een geringe afname.

Ik wil ook uw aandacht vestigen op een land als Portugal, dat opnieuw ook eigenlijk in dezelfde fase zit maar nog steeds een geweldige toename laat zien. Die is inmiddels, zo ziet u hier, hoger gekomen dan de toename in Engeland. Dat heeft u waarschijnlijk ook al op het nieuws gezien. Die leidt daar lokaal tot een geweldige druk op de zorg en een bijna onmogelijkheid om alle patiënten op te nemen. Mogelijk vanuit Zuid-Amerika, maar meer waarschijnlijk vanuit Engeland, omdat er natuurlijk nogal wat Engelsen in de Algarve zijn, heeft Portugal ook te maken met de mutantvirussen, die zich vertalen in zo'n toename. Dat is overigens nog niet helemaal duidelijk, want sequentieanalyses zijn daar minder, dus die getallen hopen we nog te krijgen. Maar dat is in ieder geval hoe we nu deze getallen interpreteren. U ziet overigens ook dat Spanje een geweldige

toename kent.

Tegelijkertijd is Nederland weliswaar ietsje hoger maar volgt het ongeveer dezelfde lijn als Denemarken, en geeft Duitsland eigenlijk min of meer een meer continu beeld te zien. Maar steeds zijn het landen met pieken, die tijdens de kerst en oud en nieuw toch eigenlijk veel minder maatregelen hadden en waar deels ook waarschijnlijk de variantvirussen een belangrijke rol hebben gespeeld bij de toename.

Dan wat betreft de maatregelen. In de ogen van het OMT hebben we momenteel een situatie die we enerzijds kwetsbaar achten omdat we nog steeds zo tegen de 130.000 besmettelijken hebben met het klassieke virus, met een R-waarde die maar net onder de 1 is. Als die R-waarde zou toenemen, hebben we ook op het klassieke virus natuurlijk al heel snel weer een absoluut gezien snelle toename van het aantal gevallen. Bij een R-waarde van 0,9 en een totaal aantal van 100.000 heb je altijd na vier dagen toch weer 90.000 nieuwe gevallen en een paar dagen later weer zo'n aantal, dus dat aantal is hoog en maakt het heel kwetsbaar.

Wat wij ronduit zorgelijk vinden, is natuurlijk de ontwikkeling van de Britse variant, waarvan we in Nederland achteraf gezien een introductie hebben gehad en inmiddels een toename, en waaraan we nu zo ongeveer 10% van de nieuwe gevallen kunnen wijten. Dus die combinatie maakt dat wij als OMT, dit beoordeelende, hebben gezegd dat we nu al in een lockdownfase zitten met vrij strenge maatregelen. Als je dit nu ziet, dan wil je toch eigenlijk zo snel mogelijk zo diep mogelijk komen. Ten eerste door met striktere maatregelen dat Engelse virus toch te gaan remmen; elke besmetting die je nu remt, voorkomt over een paar weken tientallen gevallen. Het tweede is dat door de aantallen, ook van het klassieke virus, gewoon sneller omlaag te brengen, er natuurlijk toch veel meer lucht wordt gecreëerd in ziekenhuizen en ic's. Dat heeft geleid tot verschillende overwegingen, natuurlijk ook kijkend naar wat er in andere landen wordt gedaan.

U ziet hier een viertal referenties van literatuur die maatregelen vergelijkt. Ik heb er één grafiek uitgelicht van het stuk van Bauner, waarbij hij een overzicht geeft van de invloed van verschillende maatregelen op dat reproductiegetal. Dit is met pictogrammen en tekst weergegeven en met een rode lijn door de 0%, aangevende dat als je daarin valt, de maatregel eigenlijk niet lijkt te hebben geresulteerd in een gunstig effect op de R_t . Ik ga u niet in alles meenemen, maar u ziet een aantal maatregelen die we ook in Nederland hebben genomen, bijvoorbeeld het dragen van maskers in de publieke ruimte. Maar waar het nu denk ik met name om gaat is de vraag wat we zouden kunnen toevoegen, en niet een evaluatie van wat we al doen.

Ik heb de "stay-at-home order" omcirkeld — dat men vooral thuisblijft — en u ziet dat dat toch een bepaald effect heeft op dat reproductiegetal. Als je die artikelen daar verder op naslaat en kijkt wat nou het aandeel is dat men aangeeft voor een avondklok, dan kom je dus tot de grove weergave dat het zo'n 8% tot 13% doet. Waarom is dat natuurlijk toch een schatting? Dat is een schatting omdat in de meeste gevallen die avondklok onderdeel uitmaakt van een hele bundel van maatregelen. Dat wil zeggen dat men meer dingen tegelijk doet. Je moet dan dus echt landen gaan vergelijken om te proberen eruit te halen wat door de ene, en wat door de andere individuele maatregel komt. Er is natuurlijk nooit een land dat dat als enige heeft toegevoegd. Maar als je die analyses leest, dan verwacht men dus een effect van tussen de 8 en 13%. Dat is een effect dat wij in ieder geval voldoende relevant achten om ons nu te helpen dat getal sneller

omlaag te brengen. Omdat de maatregelen eigenlijk al vrij streng zijn, is het een maatregel die wij zouden willen toepassen tot de evaluatie. Die evaluatie is op 2 februari, maar dan gaat het uiteindelijk over het loslaten van de maatregelen op 9 februari.

Want laat er geen enkel misverstand over bestaan: het OMT heeft een aantal prioriteiten en een daarvan is om het primair onderwijs en de kinderopvang zo snel als verantwoord mogelijk is, open te krijgen. We streven echt om dat per 9 februari te zien. Er kunnen natuurlijk altijd omstandigheden zijn die nog uit het Lansingerlandonderzoek voortkomen en die dan toch een belangrijk argument zouden kunnen zijn voor hoe je daar precies naar kijkt, maar dat is duidelijk ons streven. En voor de duidelijkheid, een tweede streven zou natuurlijk zijn om ook weer zo snel mogelijk van de avondklok af te zijn. Maar tegelijkertijd ziet u wel aan de curves dat je toch enige mate van maatregelen langer zou moeten doen, om ervoor te zorgen dat je niet die toename van de Engelse variant ziet. Wilde u al een vraag stellen?

De voorzitter:

Ik zag een technische vraag of een verduidelijkende vraag? Kort. Ga uw gang, meneer Azarkan.

De heer Azarkan (DENK):

Zeker, zodat ik het even goed begrijp en de mensen thuis ook. Als we zeggen 8% tot 13%, even bij benadering bij een R van 1, dan zou die R met deze maatregel tussen de 0,87 en 0,92 komen te liggen?

De heer Van Dissel:

Ja, en dus ook de 1,3. Ik wil daaraan toevoegen — daar heeft u waarschijnlijk zelf ook een mening over en de personen thuis ook — dat ik mij kan voorstellen dat zo'n maatregel en de hele discussie eromheen, toch nog eens duidelijk maakt dat wij dit niet voor niks doen. Dit soort grafieken maakt duidelijk dat wij ons grote zorgen maken over de invloed van die Britse variant. We weten allemaal dat de overgrote meerderheid gelukkig opvolging geeft aan de maatregelen. Er zal altijd een groep zijn die dat niet doet, maar het gaat ons er ook om dat we de groep die misschien twijfelt door onvoldoende begrip of toch de urgentie graag nog eens ziet, ook meetrokken met zo'n maatregel. Dan zou natuurlijk het percentage, omdat je dan invloed hebt op alle generieke maatregelen die er al zijn, nog wat gunstiger kunnen zijn. En dat hoop je eigenlijk. Dat is natuurlijk wat uiteindelijk in Engeland gebeurt, maar dan zit je wel al in een situatie dat de ziekenhuizen helemaal vol zijn. In Engeland zult u niemand meer op straat vinden, waar dat eerst wel het geval was. Daar is de urgentie wel zo hoog, omdat de ziekenhuizen op dat moment al helemaal vol zijn. Wij willen dat juist voorkomen of in ieder geval zo veel mogelijk uitsmeren. Dus dat misschien nog even in antwoord op uw vraag.

Dit geeft grofweg de werkzaamheid van verschillende interventies weer. U kunt de artikelen zo via onlineonderzoek terugvinden. Sommige zijn wel redelijk technisch, maar dit is het beeld dat wij als OMT daaruit halen. Nogmaals, dit zijn allemaal ook weer schattingen. Elke context is weer anders. In Italië is het weer anders dan hier. Dat maakt het natuurlijk toch moeilijk om het letterlijk een-op-een over te nemen, maar dit is grof het effect dat je verwacht.

Ik ben bij mijn laatste dia gekomen om het nog heel even samen te vatten. We zien een

daling van het aantal positieve meldingen, wat gunstig is. Het aantal testen daalt, maar blijft nog relatief hoog. We willen dat graag terugbrengen naar 5% en het is nog rond de 11%. De instroom in de ziekenhuizen en ic's lijkt over de piek heen, maar u ziet met mij dat dat eigenlijk schommelt en nog niet heel enthousiast daalt. Zo'n aantal wil je gewoon veel duidelijker terugbrengen om een eventuele volgende golf te kunnen opvangen. We zien een duidelijk effect van de lockdown, maar de bestendiging is onzeker vanwege de opkomst van de Britse variant. Wat erdoorheen speelt — maar goed, dat is vrij technisch — is het al of niet doorvoeren van zo'n seizoenseffect. Dat zou maken dat je verwacht dat het naar de lente en de zomer gaand wat gunstiger is dan naar de herfst en de winter, maar ook dat zal duidelijk moeten worden. Bijvoorbeeld in Engeland rekent men daar niet mee. De afdeling simulaties doet het met en zonder zoals ik u liet zien, maar eigenlijk hebben we nog niet heel duidelijk uitsluitsel of dat al of niet meespeelt. De Britse variant is er, en daarvan is de circulatie inmiddels zo'n 10%. Die circulatie lijkt dus duidelijk toe te nemen in een tijd dat de klassieke variant afneemt en we de lockdownmaatregelen van vandaag hebben. Dat zou betekenen dat we meer moeten doen of meer opvolging moeten geven om ook de Britse variant eronder te krijgen. Dat dat op zich kan, volgt eigenlijk wel uit de situatie nu in Engeland en Ierland.

Ik wilde u ook nog kort meenemen — helaas zult u daar binnenkort nog wel meer van horen — naar al die andere varianten die nu worden beschreven. Dat komt natuurlijk ook, omdat men getriggerd door de Britse variant meer gaat sequencen. Als je meer kijkt, dan vind je ook meer. Dat is ook letterlijk wat er gebeurt. Er zijn er twee die ik u kort wilde noemen en die, dacht ik, ook in de brief genoemd staan, omdat we denken dat ze relevant zijn. Dat is allereerst de variant die in Zuid-Afrika is ontstaan en die in Zuid-Afrika tot een belangrijke toename van het aantal gevallen lijkt te resulteren. Nogmaals, daar hebben we wat minder getallen over en minder inzicht in. Duidelijk is dat ook die mutant verschillende variaties heeft in het zogenaamde S-eiwit, het spike-eiwit dat het virus naar buiten steekt en waarmee het aangrijpt op de luchtwegcellen en naar binnen gaat. Je kan je voorstellen dat als daar bepaalde veranderingen in zijn, een gevolg van zo'n verandering is dat het proces sneller, efficiënter gaat of met een grotere bindingsaffiniteit zoals dat heet, dus dat het beter plakt. Dat lijkt bij de Zuid-Afrikaanse variant inderdaad mogelijk zo te spelen. Wat daar een beetje zorgelijk aan is ... Men kijkt dan natuurlijk ook meteen of dit eiwit nog wel wordt herkend door personen die net gevaccineerd zijn of door bloedserum van personen die de infectie hebben doorgemaakt om te kijken of het virus niet ontsnapt aan de afweer die dan ontstaat. Daar is in ieder geval wat de Zuid-Afrikaanse variant betreft onzekerheid over. Ik denk dat het nu wel duidelijk is dat dat bij de Engelse variant niet in belangrijke mate speelt, dus dat vaccinatie nog steeds effectief is om ook die infectie te voorkomen. Maar voor de Zuid-Afrikaanse variant moet er zeker nog meer onderzoek gebeuren, omdat de resultaten aanduiden dat er toch wel wat verschuivingen zijn. Dat is extra zorgelijk; daar komt het gewoon op neer. Want, voor de duidelijkheid, je wilt natuurlijk niet een variant waarvan je nu al weet dat die misschien een probleem gaat opleveren voor de vaccinatie. Ik neem u nu mee in wat er gaande is. Dit staat nog niet vast, maar het is gewoon een zorg met betrekking tot die varianten. De variant in Manaus, in Noord-Brazilië, is ontstaan in een gebied waarvan gezegd wordt dat daar al een heleboel infecties zijn geweest in de eerste golf. U kunt zich voorstellen dat als er clusters ontstaan in een gebied waarvan je eigenlijk verwacht dat er nog weerstand is van de eerste golf, dat dezelfde zorgen geeft die ik u net vertelde met betrekking tot de Zuid-Afrikaanse variant.

De antistoffen die iemand na een infectie of vaccinatie aanmaakt, richten zich vooral tegen dat S-eiwit en maken het voor dat S-eiwit onmogelijk om zich aan te hechten.

Wanneer dat S-eiwit subtiele varianten kent, verloopt de aanhechting van die antistoffen misschien minder goed. Dat is eigenlijk wat men nu moet onderzoeken en waarom we bezorgd zijn over al die varianten. Waar we dat nog kunnen voorkomen, willen we die varianten buiten Nederland houden. Vandaar dat de OMT-brief ook een hele paragraaf had met betrekking tot reisbewegingen. Dit is wat mij betreft niet heel vrolijk nieuws voor een 25ste keer, maar het is niet anders. Het is deels een somber beeld. Maar ik wil tegelijkertijd benadrukken dat als we intensiveren, we dat vooral doen met het oog op het kunnen bieden van perspectief straks, perspectief op schoolopeningen en misschien ook op andere zaken. Dat zullen we natuurlijk allemaal zorgvuldig overwegen, maar dat perspectief komt als we lager komen dan we nu zitten. Vandaar dat we u toch zeer sterk aanraden om dat te doen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik wil de heer Van Dissel namens de commissie hartelijk danken voor de presentatie. Voor de mensen thuis die de presentatie nog een keer na willen lezen: ze staat op de website van de Tweede Kamer. Ik ga even een punt van orde maken. Het plenaire debat staat nog steeds gepland voor vanmiddag 16.00 uur. Ik heb van de plenaire griffie doorgekregen dat er wellicht toch nog een verzoek kan komen om het debat uit te stellen, maar men is nu nog aan het stemmen over de moties. Er wordt nu gestemd over de laatste motie, als ik goed geïnformeerd ben. Ik kijk dus ook even in uw richting. Ik zou kunnen voorstellen om te beginnen met een vragenronde, maar als het plenaire debat vanmiddag plaatsvindt, dan kan het zijn dat een aantal leden deze briefing zo meteen moet verlaten. Zullen we beginnen met de vragen? Is dat een goed voorstel? We hebben iets meer tijd gepland in deze zaal. Ik zou u willen vragen om een korte vraag te stellen. Probeer een inleiding te voorkomen. Dan kan men nog een korte aanvullende vraag stellen, als dat nodig is. Ik geef als eerste het woord aan de heer Hijink namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Ik denk dat heel veel mensen best begrip hebben voor de extra maatregelen die misschien nodig zijn met de griezelige varianten die nu op ons afkomen. Ik vind alleen de onderliggende data nog best wel beperkt. Ik zou aan de heer Van Dissel willen vragen of hij de cijfers die we nu hebben, die uit die analyses komen, nader toe kan lichten. Hoeveel komen die varianten nu voor? En hoe zeker zijn de voorspellingen die in de verschillende modellen worden gedaan? Hoeveel metingen worden er bijvoorbeeld gedaan? En als je die gaat extrapoleren, uit hoeveel metingen blijkt dan dat het daadwerkelijk zo griezelig wordt? Kan hij daar wat meer over vertellen? Want ik denk dat heel veel mensen daar behoefte aan hebben, zeker op het moment dat je over zulke heftige maatregelen moet gaan beslissen.

De heer Van Dissel:

Daar heeft u gelijk in. De data zijn natuurlijk ook beperkt. In Nederland is natuurlijk wel kiemsurveillance gaande. Je kunt zeggen: wat is het percentage dat je wit sequencen om voldoende informatie te hebben over of er sprake is van de klassieke of de Britse variant? Het is duidelijk dat we die evidente toename al zien binnen datgene wat we doen. Aanvankelijk zaten we op 1% à 1,5% van degenen die gesequencet, geanalyseerd, werden, maar inmiddels zitten we op 10%. Nederland is natuurlijk geen eiland, dus we zien dezelfde ontwikkelingen in een aantal landen om ons heen. Met name Denemarken, waar men al veel langer en veel meer sequencet, ziet precies hetzelfde beeld, ook wat betreft snelheid. Dus wat ik u toon, is niet zozeer alleen de Nederlandse situatie; het is de Nederlandse situatie waarbij zo goed mogelijk gebruik

wordt gemaakt van informatie uit landen die zich in een soortgelijke context en situatie bevinden om de Nederlandse getallen door te rekenen. Als je dat doet, kom je op de analyses die ik u getoond heb.

Voor de duidelijkheid: daar zit een belangrijke onzekerheid in. Dat heb ik ook laten zien met het onzekerheidsinterval. Aan de andere kant denk ik: dat hebben we eigenlijk al het hele jaar; misschien moeten we ze eens alle 25 terug gaan kijken om te zien hoever we er nou al die tijd naast zaten. Ik denk eerlijk gezegd dat dat wel meevalt. Dat komt ook doordat het model continu wordt geüpdatet op basis van de actuele getallen. Wat u ziet, is dus een reële weergave van wat er momenteel gaande is, denk ik.

Als we dat toevoegen aan de situatie in een aantal andere Europese landen die het op eenzelfde manier volgen als Nederland, moeten we ons gewoon zorgen maken over de toename die ons te wachten staat. Dan is het uiteindelijk aan u om af te wegen of de heftigheid van de maatregel — die herken ik zelf natuurlijk ook heel duidelijk — voldoende in proportie staat tot wat we willen voorkomen. Maar de voorspelling met betrekking tot het aantal ic- en ziekenhuisopnames op een termijn van twee à drie maanden is dat dat in ieder geval gelijk blijft, zo niet hoger is dan bij de eerste golf, en we herinneren ons wat we toen voor druk op de zorg hadden. Als ik dat zie, zou ik dat niet willen afwachten. Dat is de reden voor het advies.

De voorzitter:

Dank u wel. We hebben net de bel gehoord vanuit de plenaire zaal. Ik kan u meedelen dat het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus morgen om 10.15 uur zal plaatsvinden. U zit dus hopelijk iets rustiger bij het stellen van de vragen. Meneer Hijink, uw aanvullende vraag. Gaat uw gang.

De heer Hijink (SP):

Kan ik nu eindelijk mijn uitgebreide inleiding gaan doen, voorzitter?

Ik zou iets willen vragen over het pakket aan maatregelen dat er nu ligt, bijvoorbeeld het nog verder terugdringen van het bezoek aan huis, van twee naar één. Als je al die maatregelen stapelt, zijn er natuurlijk heel veel zorgen bij mensen over de avondklok. Wat zou nou het verwachte effect zijn op het terugdringen van de Britse variant als we die avondklok niet zouden doen? Zouden we dan in een scenario terechtkomen dat heel goed te behappen is? Of zegt het OMT heel nadrukkelijk: doe het nu allemaal, om er helemaal zeker van te zijn?

De heer Van Dissel:

Ik denk dat het heel duidelijk het laatste is. We kunnen natuurlijk grofweg schatten wat de andere maatregelen tot gevolg hebben. Maar wat wij zelf een nadeel vonden van de meeste andere maatregelen, is dat we toch heel erg afhankelijk zijn van de manier waarop daaraan opvolging wordt gegeven, omdat een heleboel maatregelen toch eigenlijk dwingende adviezen zijn, bijvoorbeeld met betrekking tot de aantallen en de frequentie van bezoeken. Een avondklok is een vrij absolute maatregel in de zin dat je je wel of niet buitenshuis bevindt. Dat soort overwegingen hebben daarbij zeker een rol gespeeld.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel voor de presentatie. De Engelse variant is 30% besmettelijker, begrijp ik. Nu hebben de Engelsen met het complete "stay at home" de R-factor op dit moment blijkbaar toch echt onder de 1 kunnen brengen. Kan de heer Van Dissel aangeven of het misschien niet een nog hardere klap zou geven als we dat hier in Nederland zouden doen, of wat de overwegingen zijn geweest?

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Dat ziet u ook terug in de OMT-brief. Wij hebben aangegeven dat een nog striktere maatregel natuurlijk is: niemand meer het huis uit. Dat is in feite wat in Ierland en Engeland nu speelt, zeker in de gebieden met zeer hoge incidenties. Maar dat heeft natuurlijk een nog veel dramatischer effect. Daarom hopen we er ook te komen door een combinatie van het nauwkeuriger instellen van een aantal dingen die nog grenzen kenden, zoals hoe vaak iemand op bezoek gaat en bezoek ontvangt, bepaalde extra communicatie en bepaalde beschermende maatregelen ten aanzien van kwetsbaren. De variant in Engeland en Ierland is natuurlijk nog veel ingrijpender. Je hoopt eigenlijk dat we het redden met die eerste variant, de avondklok in combinatie met aanscherping van zaken waarvan we nu weten dat daardoor infecties plaatsvinden en waarvan de opvolging beter kan en misschien dus ook beter gaat, bijvoorbeeld maar één in plaats van meerdere personen op bezoek. We hopen dat we daarmee voldoende laag komen om de Britse variant heel laag te houden of eronder te krijgen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Afrondend, mevrouw Van den Berg.

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

De heer Van Dissel zei al: de opvolging is ook belangrijk, en de avondklok heeft het voordeel dat je die makkelijker kunt controleren of in ieder geval zien. In uw sheets zit ook het overzicht van wat er nog op het werk wordt besmet. Volgens mij zie je op sheet nummer 11 dat de groep van 40 tot 64 veel meer werkbesmettingen heeft dan de groep van 25 tot 39, terwijl beide groepen werken. Houdt die groep zich dan minder aan de regels? Kan de heer Van Dissel zeggen of wij daar misschien nog wat aan moeten doen?

De heer **Van Dissel**:

Werk is natuurlijk complex. Er zijn situaties waarin men thuis kan werken en dat misschien nog niet 100% doet. Wij krijgen door dat dat toch voor zo'n 75%, 80% gebeurt, dus daar is maar geringe winst te behalen. De meesten van ons zullen ook wel een keer naar het werk moeten. Daar zijn toch vaak samenkomsten die weleens nodig zijn. Juist bij die samenkomsten heb je een kwetsbare situatie, omdat we ook weten dat, wanneer mensen familie, vrienden of bekenden van het werk, collegae, ontmoeten, de afstandsmaat onder druk kan komen te staan, terwijl dat juist zo belangrijk is. Dat geldt overigens ook voor goed handen wassen. Dus dat zijn meteen de kwetsbare situaties. Daarnaast zijn er ook werksituaties waarin je gewoon niet thuis kan werken. Denk bijvoorbeeld aan werken in de bouw of aan het wegennet. Dat is de overige groep.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Hermans, namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Dank aan de heer Van Dissel voor de toelichting. Ik heb een vraag over de Zuid-Afrikaanse en Braziliaanse varianten. U vertelde daar het een en ander over, ook dat we daar nog niet alles over weten. Als u kijkt naar het voorliggende pakket maatregelen of het advies van het OMT om de Britse variant onder controle te houden, is dan uw verwachting dat we hiermee, voor zover u nu weet, in elk geval die andere varianten ook in de klauwen kunnen houden? Laat ik het maar zo formuleren.

De heer **Van Dissel**:

Daar spelen twee dingen. Allereerst wil je ze niet hebben. De Braziliaanse variant is hier nog niet opgepikt. Van de Zuid-Afrikaanse variant hebben we wel een aantal gevallen. Dus dat zou één zijn. Er gelden maatregelen als inreisbeperkingen maar ook het voorlopige inreisverbod uit deze landen, heeft u kunnen horen op de persconferentie. Die moeten voorkomen dat er nieuwe gevallen komen. Van de aanwezige gevallen is bekend dat de besmettelijkheid niet hoger is dan de Britse variant. Je zou dus verwachten dat die ook onder die maatregelen meegenomen worden.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Hermans.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ja, ik heb een korte afrondende vraag over sheet nummer 22. Zijn die varianten ook in die onzekerheidsmarge meegerekend of is dit puur de Britse variant?

De heer **Van Dissel**:

Dat is puur de Britse variant, ja.

De **voorzitter**:

Voldoende? Ja. Dan geef ik het woord aan mevrouw Agema namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik begrijp dat het OMT vooral de avondklok voorstelt om de besmettingen bij bezoek thuis te drukken. Vorige week zagen we een slide waarop stond dat het ging om 35,6% van de bekende besmettingen. We zien daar nu al een heel forse daling naar 22,8%. Ik begrijp dat het de bedoeling is van de avondklok om daar een klap op te geven. In het 96ste OMT-advies lees ik dat er ook alternatieven opgesomd worden voor de avondklok. Dat is nu juist het beperken van het bezoek thuis. Ik zie dat het kabinet allebei heeft gedaan. Het kabinet heeft gekozen én voor de avondklok én voor het beperken van het bezoek thuis. Er wordt dus eigenlijk niet gekozen voor het een of voor het alternatief maar voor allebei. Dat baart mij zorgen, want die avondklok is heel vergaand. Het is ook vergaand om het aantal mensen te beperken dat thuis mag worden ontvangen, maar mensen opsluiten in hun eigen huis gaat eigenlijk nog veel verder. Wat ik de heer Van Dissel zou willen vragen is: is het effect van de avondklok even groot als het effect dat te verwachten valt van de beperking van het bezoek thuis of is dat wellicht groter? Het laatste wat ik zou willen is dat we onterecht en onnodig overgaan tot de avondklok.

De heer **Van Dissel**:

Ik begrijp uw vraag heel goed. Voor de duidelijkheid, ik denk dat we allemaal lijden onder de beperkingen die we inmiddels al bijna een jaar hebben, en daar zo snel

mogelijk vanaf zouden willen. De reden dat wij dit toch geadviseerd hebben, zijn onze eigen analyses, die u zelf al noemt. Inmiddels zijn we uit de kerstperiode, dus dan verwacht je inderdaad dat het werk procentueel wat toeneemt en de bezoeken weer wat afnemen. Dat is wat u noemt. Dat is wat je een beetje kunt verwachten. Toch zijn dat de twee situaties waar je nog aan kunt werken. We denken dat we aan dat thuisbezoek door toch vooral jongere groepen die bij elkaar op bezoek gaan in de avond met de avondklok wat kunnen doen.

Verder is mijn antwoord een beetje gelijk aan wat ik tegen anderen zojuist heb gezegd over de meeste alternatieve maatregelen. Het is eigenlijk veel minder goed te beoordelen hoe die worden opgevolgd. We weten nu dat als men op bezoek gaat, dat lang niet altijd tot twee beperkt is. We weten in ieder geval uit het gedragsonderzoek van het RIVM en de GGD'en dat als dat familieleden en bekenden zijn de anderhalvemetermaatregel, het handen wassen en de hygiënische maatregel al heel snel verwateren naarmate de avond vordert. Dat kun je je overigens ook heel goed voorstellen. Dat ga je natuurlijk niet helemaal oplossen door die aantallen alleen maar te beperken. Je zult ook heel afhankelijk zijn van hoe daar opvolging aan gegeven wordt. We verwachten opnieuw dat de overgrote meerderheid van Nederland dat doet, want dat gebeurt nu ook, maar als 10% of 20% dat niet doet en een R-waarde van 2 tot 3 heeft in zo'n situatie, zul je nog heel lang kijken naar een belangrijk aantal besmettingen die uit die situaties voortkomen.

Ik vind dus de combinatie helemaal niet zo gek, vooral ook omdat we zeggen: we willen nu perspectief gaan bieden per begin februari; we willen graag zo snel mogelijk de scholen open, dus laten we nu van de huidige al relatief strenge periode gebruikmaken om nog harder te drukken om zo laag mogelijk te komen. Dat is in wezen wat we zo denken te bereiken.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Agema, afrondend.

Mevrouw Agema (PVV):

Dan hoop ik maar, tegen de tijd dat het 9 februari is en het aantal besmettingen flink is gedaald, dat er dan niet wordt gezegd dat dat alleen maar aan de avondklok lag, maar dat het er ook aan lag dat tegelijkertijd de beslissing werd genomen om het thuisbezoek fors in te perken, wat waarschijnlijk een veel groter effect heeft dan die avondklok.

Dat brengt mij bij de volgende vraag, want ik mis een heel belangrijk alternatief in het lijstje van alternatieven. In het voorjaar zag je dat die golf heel snel kwam en een heel hoge piek had, maar ook in het voorjaar weer heel snel wegtrok. Dat kwam natuurlijk door het goede weer. Dat kan ik me nog heel goed herinneren. De Koningsdag was een heel mooie dag; we hadden geen kraampjes, maar we konden wel met de burens over de heg praten. Het was prachtig weer. In die tijd wilde de heer Van Dissel niet erkennen dat het weer had meegespeeld. Nu, in deze situatie, zien we niet dat die piek heel hoog is en snel weg is, maar zitten we al een hele poos op een heel duidelijk plateau als het gaat om ziekenhuisopnames, terwijl we nu een veel zwaardere lockdown hebben. Dus de lockdown zoals die nu is, werkt niet. Tegelijkertijd is die Britse mutant nog maar voor een deel aanwezig. Dus zou het niet goed zijn om mensen nu te adviseren om vooral naar buiten te gaan en om buiten af te spreken? Als je die 16% ziet in de werksituatie, zou het dan niet goed zijn dat collega's als alternatief voor naar de zaak gaan een wandelafpraak maken? En in plaats van het thuisbezoek kan men dan met elkaar naar

buiten gaan. Waar ik nou zo bezorgd over ben, is dat die avondklok en het mensen thuis opsluiten een averechts effect hebben op het positieve effect dat je kunt hebben van het naar buiten gaan. Daar zou ik ook graag een reactie op willen.

De voorzitter:

De heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Nee, op zich heeft u daar een goed punt, want de buitensituatie is natuurlijk over het algemeen gunstiger dan de binnensituatie, zij het dat die ook niet voor 100% beschermt tegen besmettingen; daar zijn voldoende voorbeelden van. Maar als je buiten loopt, zeker als je op 1,5 meter afstand van elkaar loopt, zal de kans daarop weer minder zijn dan wanneer dezelfde situatie binnen plaatsvindt. Het moet wat betreft weer en dergelijke natuurlijk wel kunnen, denk ik. U zei al terecht dat in die periode na het begin van de eerste piek het weer eigenlijk heel mooi was en zeker kan hebben bijgedragen. Ik kan me ook niet herinneren dat wij op een of andere manier ontkend hebben dat dit kan hebben bijgedragen, want dat hebben we steeds in de modelleringen meegenomen, net zo goed als we dat nu meenemen. Natuurlijk maakt dat uit; buiten is beter dan binnen wat dat betreft.

Ik wil ook benadrukken dat we nou niet bepaald de uitzondering in Europa zijn die denkt dat een avondklok kan bijdragen, want dat idee vind je in de meeste landen van Europa. Zoals u wellicht gelezen heeft, heeft Frankrijk de avondklok afgelopen week zelfs nog naar voren gehaald. Dat zullen ze echt niet allemaal doen omdat alle wetenschappelijke instituten vinden dat het geen effect heeft. Wij waren er conservatief in, juist vanwege het feit dat het ingrijpend is en je het liefst zo lang mogelijk alternatieve maatregelen wilt treffen, maar we denken dat we in deze fase, met wat we zien dat we tegemoet gaan indien we geen aanscherping zouden hebben, gewoon echt moeten doorbijten om zo snel mogelijk laag te komen en perspectief te bieden, de scholen weer te kunnen openen, en weer meer lucht te geven. Dat moet na een fase van aanscherpen. Dat is onze advisering in ieder geval.

De voorzitter:

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

De heer Van Haga (FvD):

Dank u wel, voorzitter. Alles lijkt nu te draaien om de Engelse variant van het virus, die wel besmettelijker lijkt maar niet virulenter. Maar de piek in de Londense ziekenhuizen correleert precies met kerstmis en de bezetting van de ic's in Londen is lager dan in januari vorig jaar. Bovendien daalt het aantal positieve PCR-testen en het aantal bezette ic-bedden nu ontzettend snel daar. Het probleem lijkt voornamelijk te komen doordat Engelse verpleegkundigen minder inzetbaar zijn omdat ze bij een positieve PCR-test verplicht thuis moeten blijven, waardoor de arbeidsproductiviteit juist daalt. Heeft u deze overwegingen nu meegenomen bij het advies om een avondklok op te leggen? Want de R-waarde lijkt in ieder geval daar verkeerd ingeschat.

De heer Van Dissel:

Dat is uw mening. Ik kan zeggen dat wij natuurlijk contact hebben met onze Engelse collegae. En die hebben een andere mening. Dat is het enige wat ik daarvan kan zeggen. Ik wil u ook herinneren aan het feit dat het niet alleen Engeland is. Het is ook

Ierland, het is ook Portugal, het is ook Spanje. Daar krijgen we exact dezelfde berichten van terug. Ook in Portugal is het nou niet zo dat de ziekenhuizen alleen maar lege bedden hebben. Ik weet niet precies waar u uw informatie vandaan haalt, maar als wij bij Public Health England informeren, krijgen we in ieder geval andere informatie dan u nu geeft.

De voorzitter:

Dank u wel. Afrondend de heer Van Haga.

De heer Van Haga (FvD):

Dat verbaast me. Dan misschien een vervolgvraag. Klopt het dat de collega die u dan consulteert, de pessimistische Britse epidemioloog Neil Ferguson is en dat hij die R-waarde heeft gebruikt? Zijn schattingen zijn namelijk altijd vrij pessimistisch. Hij gaat altijd uit van het ergste scenario, waardoor die R-waarde, als we die overnemen, vrij negatief is. Als we dan dezelfde fout maken ... Hij heeft bijvoorbeeld een keer gesteld dat er 500.000 doden zouden vallen in het Verenigd Koninkrijk als we niet allerlei maatregelen zouden nemen. Elke keer zijn zijn schattingen nogal negatief gebleken. Maken we dan dus niet dezelfde pessimistische fout?

De heer Van Dissel:

Hier heeft u een punt. Wij kijken natuurlijk ook kritisch naar wat men daar doet. Als men bijvoorbeeld in Engeland een wat andere generatietijd aanhoudt voor het virus, kom je automatisch uit op andere reproductiegetallen, domweg vanwege de tijd, een simpele aritmie. Dus daar houden wij natuurlijk rekening mee. Het is niet zo dat we een stuk openslaan en de getallen overschrijven en in onze modellen stoppen. Er wordt natuurlijk gekeken wat er precies gebeurt. U heeft gelijk dat de modellering van Engeland anders werkt. Dat komt doordat ze bepaalde waarden anders aannemen. Dat betekent dus ook, voor de duidelijkheid, dat als daar een R-waarde uitkomt, je die R-waarde niet direct een-op-een op de Nederlandse situatie kan leggen. Die is anders in Nederland en daar houden wij rekening mee. En voor de duidelijkheid: de persoon die ik gebeld heb, was in dit geval niet Neil Ferguson. Dus als u dat geruststelt, dan ... "Ook niet" hoor ik nu; oké.

De voorzitter:

Goed, dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Dank u, voorzitter. Ik vind het zorgelijk dat het percentage mensen dat besmet wordt in een werksituatie omhoog is gegaan de afgelopen week. Ik zie dat dat naar 16% is gegaan. In het OMT-advies zie ik aangegeven dat 20% van de mensen die thuis kunnen werken, toch nog steeds naar kantoor gaat. Ik vind dat best een hoog percentage. U geeft aan dat daar allerlei redenen voor zijn, maar ik vind 20% echt best wel veel. U geeft aan dat er mogelijkheden zijn om het thuiswerken te stimuleren en daarop te handhaven. Maar in het OMT-advies hier worden daar eigenlijk geen opties voor gegeven. Ik ben er nieuwsgierig naar of die opties wel besproken zijn. In Duitsland bijvoorbeeld is de werkgever verplicht om mensen een thuiswerksituatie te geven, indien dat mogelijk is, uiteraard. We kunnen ook denken aan het afschaffen van de plicht dat je als werknemer naar kantoor zou moeten. Ik mis nog de mogelijkheden om die werksituatie aan te pakken. Want daar zien we toch echt een stijging.

De heer Van Dissel:

Terecht punt. Ik kan het alleen maar onderstrepen. Ons advies is: werk thuis. Het is aan het beleid om na te gaan wat voor afspraken daarover kunnen worden gemaakt met werkgevers, werknemers en ga zo verder. Het is niet aan het OMT om dat nou tot in die details te moeten uitwerken. Wij zouden het aanmoedigen als dat percentage van 75%, 80% naar 95% kan. Daar heeft u zonder meer gelijk in.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Van Esch.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik ga daar nog even op door. De vergaande maatregel van zo'n avondklok wordt wel vanuit het OMT geadviseerd. Dat is natuurlijk uiteindelijk ook een beleidsmaatregel. Ik vraag me toch af: heeft u niet de opdracht gekregen om over werksituaties een advies uit te brengen? Ik mis ze hier echt in. Natuurlijk, uiteindelijk is het het beleid dat het kan uitvoeren, maar ik had het zelf bijzonder fijn gevonden om ook vanuit het OMT-advies die werksituatie te kunnen aanpakken. U zegt dat een plicht of een verbod — het daarin gaan sleutelen — misschien wel meer effect heeft dan nu dat dringende advies.

De heer Van Dissel:

Ik zit toch een beetje te zoeken naar waar wij elkaar dan vinden. Voor de duidelijkheid, wij zijn geen arbeidsspecialisten. Ik denk dat dat bijvoorbeeld via Sociale Zaken zou kunnen lopen. Het ministerie moet dan nagaan of we daar al alles in doen. Ik denk eerlijk gezegd dat er al een heleboel gebeurt, maar als je hoger of misschien wel op 100% wilt komen, dan geeft dat denk ik winst. Dat is zonneklaar. Hoe je dat precies doet, vind ik toch echt iets voor het tripartiete overleg tussen overheid, werkgevers en werknemers. Zij moeten in de verschillende situaties uitkomst bieden en faciliteren waar het kan.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Kerstens namens de fractie van de Partij van de Arbeid.

De heer Kerstens (PvdA):

Dank u wel. Bij de grafieken die we hebben gezien over de ontwikkeling van de Britse variant, kun je aan de ene kant zeggen dat ze er schrikbarend uitzien, maar tegelijkertijd zijn ze met heel veel onzekerheden omgeven. De heer Van Dissel heeft dat ook aangegeven. Hij benadrukte een paar keer dat niet bekeken is wat het effect van het vaccineren is. Is dat omdat dat nog eens een extra onzekerheid zou zijn die eigenlijk niks toevoegt? Is dat omdat het tempo van vaccineren nog zo laag is dat het sowieso geen zoden aan de dijk zet? Is het misschien zo dat we over een paar weken die vaccinaties wel terugzien in de modellen die dan wellicht een wat helderder beeld geven?

De heer Van Dissel:

Ik denk zeker het laatste. Wij willen dat natuurlijk ook meenemen. We zijn er natuurlijk wel afhankelijk van dat we ongeveer weten wanneer alles gezet wordt. Uiteindelijk gaat het om de totale aantallen die bereikt worden. Tegelijkertijd gaat het ook om de toename van het aantal personen dat de infectie heeft doorgemaakt en dus immuniteit heeft. In de komende modellen zult u zien dat we dat soort dingen gaan introduceren.

De voorzitter:

Dank u wel. Afrondend, de heer Kerstens.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Ik stelde de vraag ook omdat toch ergens in mijn gedachten de vraag zat: wat als we eerder waren begonnen met steviger en massaler vaccineren? Zou dat dan al geleid hebben tot wat meer zicht op de ontwikkeling van die Britse variant?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat denk ik niet, domweg door het feit dat de snelheid van vaccineren nu toch vooral gelimiteerd wordt door de mate van aanvoer en niet zozeer door het geven. Er zijn misschien een of twee weken in het begin geweest, maar dat zou geen duidelijk effect nu hebben. U heeft ook kunnen zien dat een aantal landen kiezen voor alternatieve strategieën, zoals één keer vaccineren en onzekerheid over de tweede. Daar denkt de Gezondheidsraad natuurlijk ook aan. Recente informatie uit Israël toont aan of suggereert althans dat dat ook weer een onzekere strategie is om te volgen. Dat soort dingen wordt natuurlijk nauwkeurig gevolgd. De vaccinatiestrategie ligt vooral bij de Gezondheidsraad. Waar die eventueel de actuele bestrijding kruist, zal die ook bij ons liggen. Daar wordt natuurlijk heel kritisch naar gekeken. In de persconferentie vanmiddag heeft u daar ook iets over gehoord. In het voorraadbeheer kun je je al meer vrijheden veroorloven als je dat heel goed opzet. Dat is er allemaal op gericht om zo snel mogelijk die aantallen omhoog te krijgen. Maar je bent natuurlijk snel een kwartaal verder voordat die aantallen zo substantieel zijn dat je effect gaat zien op het rondgaan van het virus. Op het beschermen van kwetsbaren zou dat natuurlijk wat eerder kunnen zijn, want daar richt de vaccinatie zich nu natuurlijk met name op.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Azarkan namens de fractie DENK.

De heer **Azarkan** (DENK):

Dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. We kregen geen lekkere boodschap van het kabinet vandaag. De heer Van Dissel geeft ook aan dat hij zich realiseert dat dit nogal binnenkomt bij mensen. Mensen zitten er mentaal doorheen. Het is echt een hele stevige maatregel, die nog een beetje vrijheid verder inperkt. Mijn vraag is de volgende. Is een daling van ongeveer 8% tot 13%, zoals voorspeld, nou ook te realiseren met beter en sneller testen en een beter bron- en contactonderzoek?

De heer **Van Dissel**:

Eerlijk gezegd denk ik van niet. Testen heeft natuurlijk zin. U kunt daarover in de brief het nodige lezen en we hebben dat eerder ook naar scholen toe vertaald. Daar zijn bepaalde situaties waarin je meer kan testen. Er is natuurlijk veel gemodelleerd en nagedacht over veel breedschaliger testen, en dan komt het er uiteindelijk toch op neer dat een test verrichten alléén geen bestrijdingsmaatregel is. Als je vaststelt dat iemand positief of negatief is en daar verder niks mee gebeurt, gaat dat op geen enkele manier bijdragen. Helaas is het zo — dat zie je bij een heleboel preventieve programma's — dat juist de risicogroepen, die er het meest van zouden kunnen profiteren, bijvoorbeeld niet komen. Je kan het niet verplichten, dus je zal altijd een groep hebben die niet meedoet. Dat zijn vaak risicogroepen voor wat je nou juist probeert te bestrijden. Dan zou je dus door testen juist een zekere onveiligheid creëren, omdat mensen na een test denken dat ze veilig zijn.

Het tweede belangrijke bij testen is dat je het frequent moet doen, omdat het eigenlijk

maar een hele korte periode van zekerheid biedt dat je niet besmettelijk bent. Daarom passen we het bijvoorbeeld wel toe bij vliegreizen. Dat vindt u ook in het advies terug. Maar die periode is eigenlijk zo kort dat als ik dat te snel zou vertalen naar gedrag waarbij iemand de maatregelen een beetje laat varen omdat hij net te horen heeft gekregen dat hij toch niet besmettelijk is, maar hij dat wel is — met name de snelsten zijn nooit 100% betrouwbaar — je dus juist gedrag krijgt met een R-waarde van 2 of hoger bij iemand die misschien wel besmettelijk is. Dan kan het overallresultaat weer zijn dat je de epidemie juist voedt. Dus veel testen ligt echt complex. Dat moet echt op situaties zijn gefocust en afgestemd. Dat is ook wat wij zo veel mogelijk proberen te bereiken. Maar het is echt de vraag of het ons nu helpt om dat heel breedschalig te doen.

De voorzitter:

De heer Azarkan, afrondend.

De heer Azarkan (DENK):

We zien in landen waar die avondklok wordt ingevoerd dat dit inderdaad leidt tot een daling van de R-waarde, maar dat het daarmee stoppen onmiddellijk weer leidt tot het tegenovergestelde effect. De R gaat niet terug naar hetzelfde niveau, maar wel naar een behoorlijk niveau. Nou ben ik zo bang dat we, als we dit doen, er heel moeilijk mee zullen kunnen stoppen. Want als we stoppen weten we één ding, namelijk dat we dat negatieve effect zullen zien. Hoe kijkt de heer Van Dissel aan tegen het argument dat we dan langdurig in een avondkloksituatie zullen zitten?

De heer Van Dissel:

Daarvoor kun je kijken naar landen die het zo gedaan hebben. Dan kijk ik toch weer naar Ierland, want eigenlijk waren we wel wat jaloers op hoe men het daar aanpakte. Ierland voerde toen het een beetje begon te stijgen, meteen een aanpak uit met een totaalpakket met een lockdown. Daar waren ze ook heel effectief in. Maar op het moment dat iedereen het gehad had en de aantallen laag waren, kwam net de kerstperiode, met de influx van Ieren uit Engeland. Dat maakte dat er zo'n geweldig makkelijk ontbrandbare situatie ontstond. Je wilt dus straks bij het afschalen zo snel mogelijk perspectief bieden wat betreft de maatregelen waar je de meeste schade van ziet. Ik denk dat dat toch het onderwijs en de kinderdagopvang zijn, en het weer stoppen van de avondklok zou ook hoog moeten staan. Dat perspectief wil je bieden op het moment dat je veel lager zit. Dan blijft het natuurlijk wel zaak — dat geeft u al terecht aan — om een aantal dingen voort te zetten waarvan je weet dat ze ook effect hebben, maar misschien veel minder impact, om niet de situatie te krijgen, zoals bijvoorbeeld in Ierland, dat het omhoog schiet. Dat is eigenlijk de opgave waar we straks voor staan, zo tegen 9 februari. Hopelijk zien we dan dat we verder dalen dan dat hele gekabbel dat we nu hebben, dat zich gewoon onvoldoende vertaalt naar ziekenhuizen die weer veel meer lucht krijgen. Dat hebben we echt nodig om een tweede golf op te vangen. We zullen daarbij dan natuurlijk de meest effectieve maatregelen proberen te continueren gedurende enige tijd — hopelijk zijn dat niet de meest ingrijpende — om daar toch vat op te houden tot vaccinatie en misschien de betere temperatuur ons weer verder helpen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Diertens, namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw Diertens (D66):

Dank u wel, voorzitter. Dank voor deze toelichting, want die geeft echt heel waardevolle

informatie. Net als vorige week zien we dat de Britse variant echt reden is voor zorgen, maar die avondklok heeft wel een enorme impact op het sociaal en geestelijk welzijn van mensen. Daarom wil ik toch nog even doorvragen op die R-waarde. Ook in de OMT-brief staat dat die R-waarde door de avondklok beïnvloed kan worden, met 8% tot 13%, maar dat is niet exact weer te geven. Die 8% tot 13% heeft alleen betrekking op eerder verschenen onderzoeken, dus tot nu toe. Welke belemmeringen zijn er in het vergelijken van deze landen en heeft het ermee te maken dat veel onderzoeken gaan over overdag binnenblijven, stay-at-homeoproepen en dergelijke? Die invloed hebben wij natuurlijk nog niet gehad. In hoeverre kunt u daar nog een toelichting op geven?

De heer Van Dissel:

Ik kan u alleen maar zeggen dat u er natuurlijk gelijk in heeft dat het een complexe analyse is. Dat vindt u ook terug bij het lezen van die stukken, denk ik, want daar staat ook behoorlijk wat gemodelleerd in. In de stukken is getracht om die verschillende effecten zo goed mogelijk uit elkaar te halen. Daar zijn natuurlijk allerlei statistische en modelleurstechieken voor en die zijn daarin toegepast. Die maken dat onze modelleers zeggen: dit is een effect waarvan wij denken dat het inderdaad te behalen is. Dan kom je op de percentages die we hebben aangegeven. Maar dat is altijd — dat kan niet anders — met een slag om de arm, omdat die uiteindelijk in een andere cultuur, andere context en ga zo maar door zijn toegepast in een heleboel landen. Je moet dus gaan ontwarren, de spaghetti uit elkaar zien te halen, om te zien wat nou door het een komt en wat door het ander. Dat is gewoon soms niet mogelijk of buitengewoon complex. Dat betekent ook dat de onzekerheid daar ook in aanwezig is. Als we kijken naar waar de meeste infecties spelen en in wat voor situaties — want dat voeg je er dan aan toe — kom je tot de analyse die we in de brief schrijven. Ik denk niet dat we daar verder veel aan kunnen toevoegen, anders dan ook u verwijzen naar de literatuur die we daarvoor hebben gebruikt. Die maakt duidelijk hoe ingewikkeld dat proces van ontwarren natuurlijk is.

De voorzitter:

Dank u wel. Afrondend, mevrouw Diertens.

Mevrouw Diertens (D66):

Als we het dan hebben over de avondklok, waar we behoorlijk tegen aanhikken, zien we een enorm effect op mensen dat ook heel veel negatieve kanten kent. Wat is dan het effect van de avondklok als we deze om 22.00 uur in laten gaan? Er zijn landen, zoals Duitsland, waar nachtklokken zijn in deelstaten, dus die daarin variëren. Kunt u daar iets mee over vertellen?

De heer Van Dissel:

Het is gewoon — misschien herhaal ik mezelf nu — erg complex om daar echt iets zinnigs over te zeggen voor de Nederlandse situatie. In zijn algemeenheid probeer je natuurlijk rekening te houden met verschillende factoren. Een factor is bijvoorbeeld dat er personen zijn die 's avonds nog naar een leverancier moeten of naar de Albert Heijn of Jumbo of wat dan ook. Je hebt groepen die 's avonds nog willen sporten. We hebben ons met name op de jongeren gericht. We willen die mogelijkheid blijven geven. Dan moet je toch op een gegeven moment een arbitrair startpunt kiezen voor zo'n klok, dat natuurlijk ook weer niet zo ver naar achteren ligt dat er eigenlijk überhaupt niemand meer op straat is en je alleen te maken krijgt met uitzonderingen. Het OMT heeft daarover gedelibereerd en heeft gezegd: tussen 20.00 uur en 21.00 uur lijkt ons een redelijke startperiode. Daarbij maak je het voor mensen ook niet onmogelijk om hun levensmiddelen nog te krijgen en kan je ze hopelijk ook nog laten sporten buiten. Dan

wordt dat de startperiode. Kijk naar andere landen. Frankrijk had het om 20.00 uur, maar heeft het juist naar voren gehaald, omdat het daar wat meer effect van verwacht. Maar het heeft natuurlijk veel meer impact als je vanaf 18.00 uur niet meer naar buiten mag. Dit is de gekozen grootste gemene deler van wat er tot nu toe gedaan is.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag 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, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel. Ook mijn vragen gaan over het pièce de résistance, de avondklok, waartegen wij ons ook steeds heel erg kritisch en afwijzend hebben opgesteld. Dat zit 'm een beetje in de vraag naar de effecten op het mentale welbevinden van mensen bij het voortduren van de maatregelen die er al zijn. Mijn vraag voor onze weging is: welk inzicht is er nu wat betreft de gevolgen van de bestaande maatregelen en het voortduren daarvan op het mentale welbevinden? Is daar meer inzicht in?

De heer Van Dissel:

Ja, dat wordt onder andere gemonitord door de gedragsunit. Dan moet ik u toch aanraden om die misschien een keer uit te nodigen om dat toe te lichten, want dat is niet echt het gebied waar wij dagelijks mee bezig zijn. Ik weet wel dat ze contact hebben gehad over het invoeren van zo'n avondklok en de gevolgen daarvan. Daar kunt u straks of morgen dan ook nog naar vragen. Maar het is geen expertisegebied waarin ik mij heel vrij voel om te freewheelen; dat moet ik volgens mij niet doen. Maar het klopt dat er aandacht voor is. Dat is informatie die relevant is. Die wordt door het beleid gebruikt om maatregelen, uitzonderingen en dergelijke te kiezen. Misschien is het dus iets voor een aparte briefing.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dank. Ik heb nog een vraag, over de feitelijke ontwikkelingen rond de Engelse mutant. Het viel op dat er in Bergschenhoek een uitbraak was die als eerste in het nieuws kwam. Dat is best al een flink aantal weken geleden. Ondanks het feit dat er toen tientallen besmettingen zijn geweest met die Engelse mutant, zien we dat in die gemeente geen heel groot aantal stijgingen terug te vinden is. De situatie lijkt juist aardig onder controle. Hoe moet ik dat zien? Hoe moeten we dat duiden?

De heer Van Dissel:

Dat is precies iets waar het vervolgonderzoek zich nu op richt. We hebben het systeem van het risicogericht grootschalig testen. We wilden dat op een aantal plekken in Nederland inzetten. We begrijpen niet goed waarom er zo veel circulatie was. Dat richt zich nu precies op dit gebied. Als we daar de uitkomsten van hebben — we hopen dat mee te kunnen nemen in de beoordelingen voor versoepelingen na 9 februari — kan ik daar misschien meer op zeggen. Dat grootschalig onderzoek richt zich namelijk juist op de vraag in hoeverre de haard die we daar gevonden hebben rond de school zich verder verspreidt en ook nog andere groepen in de samenleving betrof. Dat onderzoek loopt momenteel. Dat loopt heel erg goed. Er wordt veel opvolging gegeven aan de oproep om mee te doen, zo heb ik gehoord. Het is er juist op gericht om hier inzicht in te krijgen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik het woord aan de heer Van Otterloo namens de fractie van

50PLUS. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel. Iedereen heeft het over de avondklok, maar in de brief wordt ook nog een quarantaineplicht geïntroduceerd. Waar ik zo benieuwd naar ben, is het volgende. Veel mensen denken: wij moeten allemaal lijden onder een avondklok omdat er een aantal mensen zijn die wel besmet zijn en niet in quarantaine gaan op het moment dat ze hebben begrepen dat ze positief getest zijn. U heeft het model aangegeven over de avondklok. De vraag is of er ook iets soortgelijks is wat betreft verplicht thuiswerken en in quarantaine blijven. Wij zijn er natuurlijk echt op gericht om iedereen te overtuigen thuis te blijven en niet weg te gaan als die besmet is, maar de vraag is waar de grenzen van de overtuiging liggen.

De heer **Van Dissel**:

Dat vind ik een hele interessante vraag, maar ik vraag me af of u die aan mij moet stellen. Het advies zou zijn — dat is tenslotte waar wij ons mee bezighouden — dat iemand die positief test zonder meer in quarantaine gaat. U noemde een quarantaineplicht of -verplichting, maar dat speelt met name in het kader van die reisbeperkingen, waarbij het erom ging of wij een inreisverbod, het helemaal tot nul terugbrengen, nodig vonden of dat daarvoor toch nog een soort technisch alternatief is. Over dat technische alternatief hebben we gezegd: als iemand voor vertrek een negatieve PCR heeft, bij vertrek een negatieve antigensneltest, na binnenkomst vijf dagen in quarantaine gaat — maar dan moeten we wel zeker weten dat hij dat doet — en dan weer een moleculaire test doet op dag vijf, dan zijn we overtuigd dat hij bijvoorbeeld niet zo'n Braziliaanse variant mee naar binnen neemt. Maar als je de twee testen doet, maar dat laatste deel niet zeker stelt, dan gaat het niet goed, en dan zou je voor zo'n inreisverbod kiezen.

We probeerden daarmee aan te geven welke condities wij wilden scheppen om wat ons betreft voldoende zeker te zijn dat het eigenlijk net zo goed is als een inreisverbod. Daar komt deze opmerking vandaan. Maar verder zijn we er natuurlijk voor dat iedereen zo veel mogelijk opvolging geeft aan wat er geadviseerd wordt. Er kunnen soms overigens heel valide redenen zijn om dat niet te kunnen. Dat wil ik toch ook wel benadrukken. Mensen moeten immers levensmiddelen halen en de hond uitlaten. Dat kan gewoon niet anders, maar daar zijn ook al de nodige provisies voor. Zo kan er bijvoorbeeld via het Rode Kruis om allerlei hulp worden gevraagd. Daarmee hoop je natuurlijk de overgrote meerderheid zover te krijgen dat die daar ook opvolging aan geeft. Ik ben er ook van overtuigd dat de overgrote meerderheid dat ook doet.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Van Otterloo.

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

Ik wil de heer Van Dissel niet uitnodigen om politieke uitspraken te doen. Mijn vraag was dan ook juist of er soortgelijke modellen zijn die dat laten zien.

Mijn tweede vraag. Als we kijken naar het Verenigd Koninkrijk, dan zien we inderdaad een wat harde lockdown, een bubbel waar je dan nog wel een of twee mensen in mag ontvangen. Tegelijkertijd zien we dat in het Verenigd Koninkrijk al miljoenen mensen gevaccineerd zijn. Maar ik begrijp dus dat men in het Verenigd Koninkrijk nog niet precies weet of die scherpe daling het effect is van die vaccinatie.

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat moet zeker nog blijken. Maar als je rekensommen uitvoert met betrekking tot het totale aantal dat nu gevaccineerd is, ook in Engeland, en het aantal dat de ziekte heeft gehad, dan kom je nog altijd ver onder het theoretische niveau dat je moet bereiken om de infectie te bestrijden. Wij denken dus dat wat u suggereert of althans oproept, een belangrijke rol speelt bij het feit dat het nu daalt, maar dat die rol nog beperkt is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Tot slot geef ik graag het woord aan mevrouw Kröger namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ook ik heb twee vragen, om te beginnen over de avondklok. Dat is natuurlijk een hele heftige maatregel. Mijn vraag is eigenlijk: is het op basis van de modellen de verwachting dat we op code zwart afstevenen als we de avondklok nu niet invoeren?

De heer **Van Dissel**:

Dan doelt u op de grafieken die ik heb laten zien van de doorrekening op bijvoorbeeld de ic-bezetting in de periode van mei tot juni, want daar hebben we het dan over. Eerlijk gezegd ben ik er niet helemaal mee bekend wanneer de code zwart precies ingaat, maar wat u in ieder geval ziet is dat de mediaan van de voorspelling dan, dacht ik, zo tegen de 1.200 aan komt. In die zin is het dus in ieder geval een stuk hoger dan in de tweede golf. U zou moeten nagaan of dat al of niet code zwart betekent. Ik wil wel benadrukken dat die hele interval van onzekerheid natuurlijk nog meer speelt naarmate je verder weg komt. De zekerheid dat we daar komen of dat toch uiteindelijk via vaccinaties ... Want tegen juli hebben we natuurlijk wel al een belangrijk deel gevaccineerd, ook in Nederland. We proberen dan zeker ook personen te vaccineren die momenteel vooral ook naar ziekenhuizen gaan. Dat zou daar natuurlijk al een belangrijk effect op kunnen hebben, maar daar zitten een heleboel onzekerheden in. Vandaar ons advies: probeer de situatie nu in ieder geval zo goed mogelijk te stellen als maar kan, ook met het oog op het feit dat je al in februari perspectief wil bieden. Als het dan te veel voortkabbelt en als de Engelse mutant het dan al overneemt, dan is de mogelijkheid om perspectief te bieden immers ook geringer.

Het is dus eigenlijk vanwege een complex van redenen waarom wij zeggen: we zijn nu al streng en nu enige tijd wat strenger om zo laag mogelijk te komen, in ieder geval wat het klassieke virus betreft. Daardoor creëren we voor onszelf de ruimte om perspectief te bieden voor scholen, kinderdagverblijven en natuurlijk ook op het weer kunnen stoppen met de avondklok, terwijl we dan toch zo laag zitten dat we met het vaccineren en het seizoenseffect juist die belasting van de zorg misschien gaan voorkomen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Afrondend, mevrouw Kröger.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

De avondklok is natuurlijk een zeer rigoureuus en heel zwaar middel. Er wordt ook gesproken over een soort stay-at-homemaatregel. Er is natuurlijk ook de variant dat elk huishouden alleen contact heeft met één persoon of één ander huishouden. Dan wordt

de sociale bubbel dus eigenlijk beperkt tot één uitgekozene. Wat is daarvan te zeggen qua effect op de R, als je dat vergelijkt met de 8% tot 13% van de avondklok?

De heer Van Dissel:

Ik ken eerlijk gezegd geen studies waarin dat een-op-een vergeleken wordt. Dat weet ik dus domweg niet, maar op zich heeft u gelijk: uiteindelijk gaat het om het aantal contacten, hoelang die contacten duren en wat de intensiteit van de contacten is. Bijvoorbeeld: hoe dicht kom je bij iemand? Aan al die parameters kan je sleutelen. We sleutelen nu in ieder geval aan aantallen, want dat is natuurlijk een hele sterke. Als er geen contact is, kan er ook geen virus worden overgedragen. Met de mogelijkheid van bubbels, mits die werken — die moeten natuurlijk wel werken; dat weten we momenteel niet, zeker voor de Nederlandse setting — vergroot je het primaire huishouden eigenlijk gewoon tot de hele bubbel. Op die manier bereik je dat, als er een infectie is, die infectie binnen die bubbel plaatsvindt, maar in ieder geval niet daarbuiten. De logica is daar dus zeker, maar we weten domweg niet wat het exacte effect op Nederland zal zijn. We kunnen dat niet uit de literatuur halen om ook daar heel makkelijk een getal aan te kunnen koppelen, zoals we wel een getal kunnen koppelen aan de avondklok. Dat was toch uw vraag?

Mevrouw Kröger (GroenLinks):

Er is dus geen studie naar dit soort sociale bubbels?

De heer Van Dissel:

Nee, er is op dit moment — bij mijn weten, hoor — geen rechtstreekse vergelijking die dat antwoord geeft ten opzichte van de avondklok.

Mevrouw Kröger (GroenLinks):

Sorry, voorzitter, even ter verduidelijking: mijn vraag ging niet zozeer om een vergelijking met de avondklok. Mijn vraag was wat het instellen van een sociale bubbel zou doen met de R.

De heer Van Dissel:

Dat kan je theoretisch berekenen. Misschien kan je het zelfs tot een bepaalde hoogte modelleren, maar daar ken ik geen studies van. Nee.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik zou u heel graag de gelegenheid willen geven om nog meer vragen te stellen, maar we zitten met de planning van deze zaal, waar andere mensen straks gebruik van willen maken.

Wij zijn hiermee aan het einde van deze technische briefing gekomen. Ik wil de heer Van Dissel voor de 25ste keer hartelijk dankzeggen voor zijn komst naar de Kamer. Ik dank uiteraard de Kamerleden voor de belangstelling en de gestelde vragen. Ik dank de mensen thuis die deze briefing gevolgd hebben. U heeft begrepen dat morgenochtend om 10.15 uur het plenaire debat plaatsvindt over de ontwikkeling van het coronavirus. Ik dank onze ondersteuning voor de begeleiding, waardoor wij hier mochten vergaderen. Daarmee sluit ik deze vergadering. Hartelijk dank.

Sluiting 16.34 uur.

