



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

verslag

Onderwerp	Expert Meeting COVID-19
Vergaderdatum en -tijd	Dinsdag 28 april 2020, 10.00-12.30 uur
Vergaderplaats	RIVM, U 0.22 / GoToMeeting
Voorzitter	5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

KvK Utrecht 30276683

T 030 274 91 11
F 030 274 29 71
info@rivm.nl

Aanwezigen: zie deelnemerslijst (bijlage 1).

1. Welkom en opening vergadering

Dit is een Expert Meeting met overwegend telefonische deelname gezien de genomen maatregelen. De deelnemers bij de LCI houden in de ruimte zo goed mogelijk 1,5 meter afstand van elkaar. Introductie van de deelnemers is niet meer nodig en blijft achterwege.

Omdat er deze week geen specifieke vragen zijn van de ministeries en er daarmee geen adviesbrief wordt opgesteld, is deze bijeenkomst formeel geen OMT maar een expert meeting. Hiervoor gelden dezelfde regels en vertrouwelijkheid. Het doel vandaag is om discussie te voeren over enkele specifieke onderwerpen rondom COVID-19, die waarschijnlijk volgende week in het OMT aan de orde zullen komen.

De voorzitter meldt dat de media toenemende interesse hebben in de OMT-werkwijze en besluitvorming. Belangenverklaringen van de deelnemers worden opgevraagd en zijn in principe openbaar. De belangenverklaringen van de deelnemers aan het OMT zullen daarom op de website van het RIVM geplaatst worden zoals de Gezondheidsraad dat doet, samen met toelichting en uitleg over het OMT. Als er veranderingen in de belangen zijn, kan men dit bij de LCI melden.

Het blijkt dat er vertrouwelijke OMT-informatie naar de media uitlekt. De voorzitter maakt duidelijk dat dit onaanvaardbaar is. Dit maakt de besprekingen onveilig. We kunnen ons er op voorbereiden dat er parlementaire onderzoeken gaan plaatsvinden. Het RIVM onderzoekt of de stukken voor het OMT beveiligd verstuurd kunnen worden, maar dat geeft geen garantie dat ze niet alsnog doorgestuurd worden.

Als er onenigheid is over werkwijze of standpunten van het OMT, moet dat in het OMT besproken worden en niet daarbuiten via de media. Het staat iedereen vrij om zijn mening te geven tijdens het overleg. 5.1.2e geeft aan dat hij zich dit weekend heeft geschaamd voor zijn beroepsgroep. 5.1.2e geeft aan dat hij de pers te woord heeft gestaan, maar niets uit het OMT heeft genoemd. Hij wil geen 'opgelegd zwijgen' ervaren. De vertrouwelijkheid van het overleg is duidelijk. Hij geeft aan dat het duidelijk mag zijn in het land dat er uiteenlopende meningen binnen het OMT zijn. Hij geeft aan goede bedoelingen te hebben gehad en dat het OMT hier sterker van kan worden doordat meer draagvlak bij de bevolking gaat ontstaan als de verschillen in inzichten van de experts duidelijk worden. Uitspraken hoeven niet op een persoon herleidbaar te zijn. Journalisten kunnen dit anders opschrijven. Hij benoemt dat het hem spijt als zijn media-uitingen anderen een onveilig gevoel hebben gegeven. 5.1.2e heeft hier

ervaring mee met het programma Nieuwsuur en heeft zich gedistantieerd van de manier waarop zij dingen hebben gebracht. Hij gaat dit met Nieuwsuur afsluiten.

5.1.2e voelde zich dit weekend gestalkt door de NOS met stukken die uit het OMT komen. Hij was daardoor gedwongen om eerder met het onderzoek, dat straks besproken zal worden, naar buiten te komen dan gepland. Dit heeft gelukkig wel goed uitpakkt maar hij voelde zich hier onprettig bij.

5.1.2e benoemt dat het handig is om een soort van mediacode te hebben. 5.1.2e geeft aan dat het RIVM persvoorlichters heeft, zij kunnen hier bij helpen. Er kan altijd naar hen verwezen worden. De OMT-leden worden nog geïnformeerd op welke wijze ze gebruik kunnen maken van de communicatieadviseurs van het RIVM.

De voorzitter benadrukt dat het zeker niet de bedoeling is om mensen het zwijgen op te leggen. Als men individueel iets aan de pers wil melden, is dat geen probleem. Ook als dit afwijkende meningen zijn. Het OMT moet hier echter niet bij betrokken worden. Binnen het OMT moet een veilige sfeer zijn en moet een open discussie gevoerd kunnen worden.

12. 5.1.2e benoemt dat 5.1.2e door in de media zijn verbazing uit te spreken over de geheimhouding, de indruk wekt dat de rest van het OMT niet kritisch is en daardoor het gezag van het OMT in twijfel trekt. Zij geeft ook aan dat de mediaoptredens suggereren dat het afstand nemen van beleid zoals geadviseerd door het OMT en door veel meer te testen dan elders, ervoor heeft gezorgd dat het noorden is gevrijwaard. Dat is niet zo, andere regio's hebben evenveel of zelfs meer getest, en de landelijke maatregelen hebben ook in het noorden de epidemie gedempt. 5.1.2e geeft aan dat hij zich hier niet in herkent. Hij heeft in verschillende mediaoptredens aangegeven dat hij achter het OMT-besluit staat. Hij benoemt dat er verschillende gepubliceerde interviews zijn waarin hij genuanceerd aangeeft dat verschillende situaties, maatregelen, en ook toeval de redenen kunnen zijn voor het verschil in voorkomen van COVID-19 in de regio's. Sommige media proberen dit vooral op het testen te reduceren, hier heeft hij geen controle over. Het afwijkende testbeleid van begin tot eind maart had te maken met de andere epidemiologische situatie waarin het noorden zich bevond en containment nog mogelijk was. Hij zou het een goed idee vinden als het OMT meer openheid geeft over hoe de discussies zijn verlopen, zoals de Gezondheidsraad dat doet.

2. Verloop van de epidemie

2.1. Effecten (versoepeling) maatregelen

5.1.2e presenteert de gegevens over het verloop van de epidemie en de modellering. Het aantal IC-opnames en aantal bezette IC-plaatsen verloopt volgens de voorspelling. Bij het aantal bezette ziekenhuisbedden liggen de meest recente datapunten boven de voorspelde lijn, dit komt mogelijk door de rapportagevertraging.

5.1.2e heeft verschillende scenario's gemodelleerd. Als alle maatregelen losgelaten worden, kunnen we een nieuwe piek verwachten. Als de voorgestelde versoepelingen van maatregelen van kracht zijn, is de voorspelling dat dit nauwelijks van invloed zal zijn op de IC-bezetting. Uit de Google Mobility Reports (meest recent 17-4) zijn geen bijzonderheden te zien, men blijft veel thuis. Deze

rapportage heeft een vertraging van 3 dagen, er lopen momenteel gesprekken met Google om te kijken of dit sneller kan.

De schatting van het effectieve reproductiegetal R_t was in het begin van de epidemie ongeveer 2 en sinds 16 maart net onder de 1. Met de huidige voorspellingen lijkt R_t richting 1 te gaan, er is nog maar weinig ruimte. Ook in de epicurve is te zien dat deze afvlakt.

Door het samenvoegen van verschillende bronnen (evidence synthesis) is een schatting gemaakt van het aantal symptomatische COVID-patiënten. Er wordt geschat dat de huidige prevalentie 15 besmettelijke personen per 10.000 inwoners is (1,5 promille). De kans dat er onder 100 willekeurige personen minstens 1 besmettelijk persoon is, is 0,14. In deze berekeningen zijn de a- of presymptomatische personen niet meegenomen en ook is geen data van verpleeghuizen opgenomen. Tevens zouden symptomatische personen thuis moeten blijven, wat invloed heeft op de kans dat je iemand tegen komt.

5.1.2e vraagt of er iets te zeggen is over regionale verschillen, die een bandbreedte aan kunnen geven. 5.1.2e antwoordt dat landelijke gegevens gebruikt zijn en regionale situaties hier lastig uit te halen zijn.

Sinds 16 maart zijn strenge maatregelen ingegaan, maar daarna is nog wel transmissie te zien. De verwachting is dat de overdracht vanuit symptomatische personen klein is, aangezien die thuis zijn. Je verwacht meer transmissie in gezinnen. Dit is echter lastig uit Osiris te halen. Ook is het gerelateerd aan de testindicatie; huishoudcontacten worden meestal niet meer getest. Bron- en contactopsporing (BCO) wordt nog wel gedaan, maar contacten worden niet meer geregistreerd. De precieze effectiviteit van BCO is daarom onduidelijk en kan niet gemodelleerd worden. Het feit dat R_t dichtbij 1 zit, geeft wel aan dat het geheel kwetsbaar is.

BCO gaat gedaan worden bij mensen bij wie COVID-19 is vastgesteld. Ook zullen mensen met klachten die bij de versoepeling van de maatregelen betrokken zijn, getest worden. Verder wordt in ziekenhuizen en verpleeghuizen getest. Bij huisartsen wordt alleen getest als het gevolgen heeft voor de behandeling. 5.1.2e merkt op dat we maar 20% van de mensen lijken te vinden als de preventieschattingen kloppen. Is dan de toegevoegde waarde van BCO niet klein? 5.1.2e benadrukt dat ook 20% invloed zal hebben.

Minister-president Rutte heeft als doel van de transitiestrategie benoemd er voor te zorgen dat R_t onder 1 blijft, waarbij we accepteren dat er een stroom patiënten zal blijven, met inachtneming van het beschermen van kwetsbaren. Ook moet de werkdruk acceptabel zijn in ziekenhuizen en op IC's. C. Hoebe benoemt dat er dan wel een monitoring moet zijn die sneller is dan de ziekenhuisopnames, aangezien die 2 weken achterloopt. 5.1.2e geeft aan dat hier aan gewerkt wordt. 5.1.2e deelt indien gewenst graag zijn regionale data, waarbij de R_t niet alleen op ziekenhuisopnames is gebaseerd, maar ook op positieve casussen.

Wanneer de maatregelen versoepeld worden, zal R_t dicht bij 1 komen. Ook moet in de modellering meegenomen worden wat de seroprevalentie gaat doen op het aantal nieuwe gevallen. De consensus is dat we dit virus niet meer kwijtraken.

Hoe lager Rt, hoe langer het zal blijven circuleren. Deze Rt is een schatting op nationaal populatieniveau voor IC-bezetting en druk op ziekenhuizen.

5.1.2e merkt op dat we beter inzicht nodig hebben in waar de nieuwe infecties optreden, zodat gericht maatregelen kunnen worden genomen en de algemene maatregelen gericht kunnen worden afgebouwd. Voor de beteugeling van de epidemie wil je misschien meer lokaal maatregelen nemen.

5.1.2e vraagt zich af wat de compliance is aan de maatregelen.

5.1.2e geeft aan dat in de modellen meegenomen wordt dat niet iedereen compliant is. Dit wordt afgemeten aan de Google-indicatoren en er is contact met de Corona Gedragsunit van het RIVM. 5.1.2e benoemt dat de compliance sinds 24-2 gemonitord wordt i.s.m. het Nivel. De data wordt vandaag naar buiten gebracht. De zelfgerapporteerde compliance lijkt hoog. 5.1.2e geeft aan dat de Corona Gedragsunit van het RIVM op 1 mei ook met gegevens komt.

5.1.2e benadrukt dat het van belang is om een snel en adequaat surveillancesysteem te hebben om snel clusters te herkennen. Hier wordt vanuit het RIVM aan gewerkt. 5.1.2e benoemt dat we wel rekening moeten houden met de roep om versoepeling van maatregelen vanuit de maatschappij. 5.1.2e zal desgevraagd uitzoeken waar de afgelopen 500 gevallen geïnfecteerd zijn geraakt en of dit gelinkt is aan bijvoorbeeld ziekenhuizen of de VVT-sector.

5.1.2e vraagt zich af of een deel van de data van 5.1.2e niet openbaar moet worden gemaakt om het publiek te informeren. Ook is ze benieuwd of er economische modellen zijn m.b.t. de impact van de maatregelen, die zou het kabinet naast onze modellen moeten leggen. 5.1.2e geeft aan dat dit bij het kabinet is neergelegd. Er zal een projectmatige structuur ingericht worden. Alle planbureaus hebben een team opgericht om dit soort vragen te beantwoorden. Het OMT zal in de toekomst waarschijnlijk heel specifieke vragen gaan krijgen, waar de politieke keuzes al in verwerkt zijn.

2.2. Prognose met aanvulling voor de IC

5.1.2e presenteert gegevens voor de IC. De NVIC probeert voorspellingen te doen wat hen te wachten staat in de zomer en in de komende 3 jaar. Nu is zo'n 4% van de bevolking besmet, als je naar 60% gaat in 3 jaar dan wordt verwacht dat er nog 37.000 patiënten bijkomen in de komende 3 jaar. Daaruit kan worden afgeleid dat er de komende 3 jaar 500-600 extra IC bedden nodig als er geen vaccin komt. Er wordt nu gewerkt om deze bedden structureel te maken.

Uit de modellering blijkt dat er op 1 mei minder dan 700 patiënten op de IC's zullen liggen. Er lijkt wel enige vertraging te zijn. Rond 11 mei lijken er 300-400 bedden nodig te zijn. Om personeel ook vakantie te kunnen geven, moeten er (maximaal) rond de 400 bedden bezet zijn door COVID-patiënten. J. Wallinga zal hier in zijn modellering rekening mee houden. 5.1.2e benoemt dat we mogelijk wel een hogere Rt gaan zien, maar dat zijn relatief gezonde mensen die betrokken zijn bij de versoepelde maatregelen. Dat hoeft niet te leiden tot meer ziekenhuis- of IC-opnames.

3. De rol van presymptomatische transmissie

S. Bantjes presenteert recente gegevens uit de wetenschappelijke literatuur. Uit verschillende modelleerstudies blijkt dat 10 tot 60% van de gevallen door presymptomatische personen veroorzaakt wordt. Er zijn meerdere clusterstudies beschreven, met name in gezins- en familieverband, waarbij uit BCO blijkt dat de

enige logische verklaring is dat er besmetting heeft plaatsgevonden vóór mensen symptomen krijgen.

Een andere studie heeft gekeken naar de Ct-waarden van de PCR. Hieruit bleek dat de Ct-waarde het laagst was bij start van symptomen. Verder zijn er dwarsdoorsnede- en longitudinale studies, met name in verpleeghuizen, waar hele afdelingen getest zijn. Hier zijn Ct-waarden over de tijd bepaald en is het virus gekweekt. Hieruit bleek dat alleen monsters met een Ct-waarde onder de 25 gekweekt kunnen worden bij niet-immuungecompromitteerden.

Hoewel de studies meerdere limitaties hebben, lijkt het er al met al wel op dat er pre- of vroegsymptomatische transmissie is. Het ECDC schrijft dan men 2 dagen voor de eerste ziekte dag besmettelijk is. Volgens hen moet dit meegenomen worden in het BCO en mogelijk ook bij andere maatregelen.

5.1.2e benoemt dat de FMS hierover ook een stuk heeft opgesteld. Zij concluderen dat er veel recall bias is en dat patiënten vaak beter uitgevraagd moeten worden. De FMS stelt dat de bijdrage van a- en presymptomatische transmissie onduidelijk is. Zij gaan er vanuit dat er geen extra maatregelen nodig zijn, behalve bij risicovolle handelingen.

5.1.2e benoemt dat wanneer je medewerkers en patiënten met lichte klachten heel vroeg uit het proces haalt, er geen nosocomiale transmissie wordt gezien. Als je a- of presymptomatische transmissie als grote bijdrage inschat, heeft dat veel consequenties. 5.1.2e geeft aan dat de setting van belang is voor hoe je er mee om gaat. Het is afhankelijk van hoe lang en hoe intensief het contact is. 5.1.2e is het hier mee eens. In de zorg kun je goede triage doen en bij contactberoepen waarschijnlijk ook. Er moet goed uitgelegd worden hoe de kennis uit de wetenschappelijk literatuur vertaald wordt naar de maatregelen, die mogelijk verschillend zijn in verschillende settings. 5.1.2e benadrukt dat de focus moet liggen op opsporen en testen van mensen, in het bijzonder zorgmedewerkers, die mogelijk blootgesteld zijn in de presymptomatische fase van de patiënt, meer dan alleen op PBM. 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e is het eens met voorgaande en benoemt dat de definitie van asymptomatisch soms twijfelachtig is. 5.1.2e 5.1.2e merkt op dat in de studies vaak geen maatregelen m.b.t. verspreiding zijn genomen, maar dat de maatregelen in Nederland van 1,5 meter afstand en thuisblijven veel invloed hebben op de mogelijkheden voor transmissie. Het stuk van de FMS zal gedeeld worden met de deelnemers aan dit overleg.

5.1.2e benadrukt dat de context van belang is. De presentatie van klachten bij ouderen is anders. Ook is in een verpleeghuis sprake van een langdurig verblijf en zijn PG-patiënten vaak lastig uit te vragen. 5.1.2e geeft aan dat het FMS-stuk is opgesteld voor de acute zorg, maar dat definities overal wel overeen moeten komen. 5.1.2e zou graag een soortgelijk stuk voor verpleeghuizen willen hebben wat afgestemd is met de FMS. Zij kan het moeilijk volhouden om in verpleeghuizen geen PBM te dragen. Met BCO ben je 3 dagen te laat. 5.1.2e 5.1.2e beaamt dat er veel onrust is in verpleeghuizen. Er moet snel een duidelijk en goed uitlegbaar beleid zijn. 5.1.2e geeft aan dat hier vorige week al een advies voor geschreven is. 5.1.2e benoemt dat de transmissieroutes soms onduidelijk zijn, maar (luid) spreken lijkt wel een route te zijn. Wellicht kan lichamelijk onderzoek en wassen van verpleeghuisbewoners in stilte?

Er wordt geconcludeerd dat de bijdrage van presymptomatische transmissie niet groot lijkt te zijn (hoewel dit wel uit modelleringsstudies komt), dat het context/setting-afhankelijk is en dat het voor surveillance en BCO wel van belang is.

4. Besmettelijkheid en einde isolatie na COVID-19

5.1.2e presenteert het document dat is opgesteld voor buiten de ziekenhuizen. De uitgangspunten zijn dat men 24 uur klachtenvrij en 48 uur koortsvrij moet zijn en dat men minimaal 7 dagen na de start van symptomen uit isolatie kan. Het bewijs voor 24, 48 of 72 uur klachtenvrij zijn is beperkt. 5.1.2e benoemt dat in voorgaande OMT's al veel discussie is geweest om mensen 'gezond' te verklaren als ze 24 uur klachtenvrij zijn. De FMS heeft een eigen document voor de ziekenhuizen waarin 48 uur klachtenvrij staat, de LCI heeft een document voor buiten het ziekenhuis en sluit aan bij het ECDC. K.E. Veldkamp vraagt zich af of het document van de LCI en de FMS niet gelijkgetrokken moeten worden voor de uniformiteit. 5.1.2e is het hier mee eens. Wel vraagt hij zich af wat met de laatste categorie wordt bedoeld: asymptomatische personen, die na minimaal 7 dagen na afname van het monster uit isolatie kunnen. Het is geen beleid om asymptomatische personen te testen, maar in de praktijk wordt dit wel gedaan en komen er veel vragen over. Men kan presymptomatisch zijn, daarom is er toch een grens gesteld. 5.1.2e geeft aan dat als je er vanuit gaat dat iemand presymptomatisch is, je ook 72 uur kunt aanhouden om het pragmatisch te houden. 5.1.2e sluit zich hier bij aan. Als iemand toch symptomatisch wordt, handel je daarnaar. Als je in wetenschappelijk onderzoek asymptomatische personen vindt, ga je hier anders mee om dan in een 'normale setting' en acteer je hier niet op.

12. 5.1.2e 5.1.2e is benieuwd wat je doet met positieve PCR-resultaten bij immuuncompromitteerde personen die je twee keer kunt testen volgens het beleid. 12. 5.1.2e heeft hier niet direct een antwoord op. Een optie zou kunnen zijn om serologie te overwegen. Bij een goed meetbare immuunrespons zou je kunnen verwachten dat dit voldoende is. 5.1.2e en 5.1.2e verwachten niet dat serologie bij deze patiëntengroep gaat werken.

5.1.2e vraagt zich af wat de public health professionals vinden van het gelijk trekken van de duur van klachtenvrij zijn met FMS, dus 48 uur. Tot nu toe houden we 24 uur aan. 12. 5.1.2e geeft aan dat dit goed gecommuniceerd moet worden, aangezien dit verandering van het beleid is. Ook het feit dat men minimaal 1 week thuis moet blijven na een positieve test moet goed gecommuniceerd worden. 5.1.2e geeft aan dat de meeste mensen echter ook wel minimaal een week ziek zijn. 5.1.2e benoemt dat in zijn ziekenhuis 48 uur aangehouden wordt. 5.1.2e geeft aan dat zij 72 uur aanhouden. De FMS heeft het geformuleerd als '48 uur +/- 24 uur'. In het volgende OMT zal hier nog op teruggekomen worden. 5.1.2e merkt nog op dat men in het FMS-stuk dan ook 1 week na start symptomen moet opnemen.

5. Afwegingskader voor hervatting van werkzaamheden van verschillende beroepsgroepen/sectoren

5.1.2e presenteert het afwegingskader voor de hervatting van werkzaamheden voor contactberoepen. Hieronder worden verstaan de paramedische beroepen, uiterlijke verzorging, dienstverlening en welzijn. Het uitgangspunt van de bio-

arbeidshygiënische strategie is om eerst de bron aan te pakken, vervolgens technische maatregelen te nemen, daarna organisatorische maatregelen, en persoonlijke bescherming pas als laatste. Door een pakket van samenhangende maatregelen tracht men te streven naar een zo klein mogelijk restrisico. Daarin moet proportionaliteit en subsidiariteit meegenomen worden.

De uitgangspunten van het kader zijn:

1. Adviezen in lijn met RIVM-adviezen;
2. De aanname dat men zonder klachten niet besmettelijk is en dat een besmette cliënt dingen kan aanraken en daardoor het virus kan achterlaten;
3. Er moet rekening gehouden worden met risicogroepen.

Dit zijn minimale eisen, de beroepsgroep of wetgeving (bijv. voedselveiligheid) kan strengere eisen stellen.

Het afwegingkader contactberoepen omvat onder andere:

- Algemene en preventieve maatregelen (triage en ontvangst cliënten)
- Beperken van aantal aanwezige cliënten/personen
- Werkplekinrichting en schoonmaak
- Infectiepreventie beroepsbeoefenaars
- PBM naast branchespecifieke richtlijnen

Voor PBM bij contact met mensen binnen 1,5m zijn de richtlijnen van de beroepsgroep leidend. Verder is uiteraard goede hand-/hoest-/nieshygiëne van belang. Ook moet goed getriageerd worden op klachten. Faceshields worden benoemd als eventueel alternatief.

5.1.2e geeft aan dat de FMS een document heeft opgesteld waarin staat beschreven welke aerosolvormende handelingen (mogelijk) infectieus zijn. Dit is afhankelijk van de plek op het lichaam waar de handeling wordt uitgevoerd.

12. 5.1.2e mist de aanbeveling dat men bij personen uit hoogrisicogroepen wel PBM kan gebruiken. 5.1.2e beaamt dit. 5.1.2e antwoordt dat dit een framework/methodiek is, wat moet worden ingevuld door de sectoren zelf. Vaak zit in specifieke beroepsrichtlijnen al iets over kwetsbare cliënten. 12. 5.1.2e ziet toch liever dat dit expliciet geadviseerd wordt. 5.1.2e reageert dat dit wel nuttig moet zijn en moet kunnen. 5.1.2e geeft aan dat er speciale aandacht moet zijn voor risicogroepen. Dan moet eerst goed op papier gezet worden wie dit zijn. 12. 5.1.2e merkt op dat als we deze kwetsbare personen willen beschermen, we overal hetzelfde moeten adviseren, zowel bij de kapper, als op de poli in het ziekenhuis, als in een verpleeghuis. 5.1.2e geeft aan dat we uitgaan van triage. Anders gaat mogelijk iedereen met maskers werken, die zullen fout gebruikt worden. Eigen gemaakte maskers hebben hier geen plaats.

5.1.2e vraagt zich af of de beroepsgroep zelf de triagering moet doen. 5.1.2e antwoordt dat de kappersbranche hun protocol heeft gedeeld en dat zij een goede triage heeft voorgesteld. Men denkt graag mee. Bij risicolopers wordt aangegeven dat de afweging gemaakt moet worden of het risico nodig is. Er is ruimte om dan adembescherming te gebruiken. 5.1.2e vindt dat er dan wel een kader moet zijn bij welke risicogroepen dit nodig is. 5.1.2e is het hier mee eens en geeft aan dat mensen denken dat we naar nul risico kunnen, maar dit is niet zo. 5.1.2e onderschrijft dit. Beroepsgroepen hebben de neiging om

verder te gaan dan geadviseerd. Hoe concreter het kader, hoe beter. 5.1.2e vindt dat er eenduidig beleid moet zijn tussen een kapper en bijvoorbeeld op de poli in het ziekenhuis en dat communicatie hierover heel belangrijk is. 5.1.2e benoemt dat wanneer je voor kwetsbare groepen gaat adviseren dat een mondkapje gebruikt moet worden, je ook vragen kunt verwachten van andere mensen die daardoor denken dat er toch verspreiding mogelijk is. 5.1.2e geeft aan dat er niet gesuggereerd wordt dat adembescherming nodig is, alleen bij personen met verhoogd risico. Het gaat om het restrisiko, wat overblijft na alle maatregelen. Communicatie en duidelijke uitleg is hier van essentieel belang. Een andere optie die ook benoemd wordt is om kwetsbare personen aan het begin van de dag te ontvangen en te scheiden van de rest van de cliënten. 5.1.2e geeft aan dat de communicatie als uitgangspunt moet hebben dat we de verspreiding onder controle proberen te houden, maar niet naar nul (kunnen) brengen.

5.1.2e benoemt dat de kwetsbare personen apart genoemd zullen worden. Het document van het vorige OMT zal hiervoor gebruikt worden. 5.1.2e geeft aan dat je ook kunt omdenken en dat de kwetsbare zichzelf moet beschermen. 5.1.2e vult nog aan dat contactberoepen zullen worden meegenomen in BCO en getest zullen worden.

6. Stand van zaken initiatieven ouderenzorg

6.1. Onderzoek presymptomatische transmissie en clustering

5.1.2e presenteert het onderzoek waarin 1969 bewoners van verpleeghuizen gevolgd zijn vanaf het moment van klinische verdenking voor COVID-19. Bij 857 personen is dit bevestigd, bij 112 personen is het uitgesloten. De symptomatologie was heel vergelijkbaar tussen beide groepen. Van de bewezen positieve patiënten is 30,5% overleden, van de negatieve personen 4,3%. Gemiddeld zat er 3,6 dagen tussen de verdenking en het moment dat de uitslag kwam, na verruiming van het testen (10 april) was dit teruggebracht tot 1,3 dagen.

Tevens gaat een studie starten in lijn met Gandhi NEJM 2020. In 3 verpleeghuizen zullen op T0 alle bewoners getest worden en zal een vragenlijst afgenomen worden. Op T1 wordt iedereen met negatieve of dubieuze PCR nogmaals getest en wordt er wederom een vragenlijst afgenomen. Ook zal er dan een vragenlijst afgenomen worden bij mensen die asymptomatisch waren op T0, maar wel een positieve testuitslag hadden. Op T2 wordt hetzelfde gedaan. Twee organisaties en GGD'en zijn al aangesloten, met een derde is men nog bezig. De METC aanvraag loopt. Het onderzoek wordt goed ontvangen in het veld en in de media.

6.2. Randvoorwaarden bezoekregeling in verpleeghuizen

Twee weken na het instellen van de bezoekverbod is het aantal besmettingen in verpleeghuizen gedaald. De minister wil daarom graag weer bezoek toelaten in een aantal verpleeghuizen. Experts ouderenzorg geven aan dat zij graag eerst een gecontroleerde pilot willen. In de academische werkplaatsen ouderenzorg zal daarom een pilot bezoekregeling verpleeghuizen worden uitgevoerd. Er zullen 2 kleinschalige, gecontroleerde pilots gestart worden op verpleeghuisunits/afdelingen. Het idee is om deze uit te voeren op plekken waar besmetting is (geweest), om iets te kunnen leren. Er bleek echter wel weerstand tegen de wetenschappelijke aanpak van deze pilot en de ethische vraag of dit een 'niet-therapeutisch wetenschappelijk experiment met wilsonbekwamen' is. De

experts ouderenzorg beargumenteren dat dit juist teruggaan naar de normale situatie is. Er moet echter zorgvuldig gekeken worden of de studie bedoeld is om beleid te informeren of ook om te publiceren.

5.1.2e geeft aan het eens te zijn met 5.1.2e dat dit eigenlijk geen onderzoek is. Maar de risico's in deze groep zijn wel substantieel. 5.1.2e steunt dit soort onderzoek en pleit voor meer transparantie over de epidemiologische situatie met betrekking tot COVID-19 in VVT-instellingen. 5.1.2e 5.1.2e geeft aan dat hij met de jurist van het CIB naar deze vraag zal kijken.

Er is discussie tijdens het overleg of de studie in een verpleeghuis met veel of weinig circulatie van SARS-CoV-2 moet zijn. Men komt er op uit dat beiden informatief zijn, en dat het ook een optie is om in 3 soorten huizen (veel/midden/weinig transmissie) te kijken.

5.1.2e benoemt dat er in de maatschappij meer ruimte gaat komen, en dus meer circulatie. Ook al gaat de bezoekenregeling nog niet in, waarschijnlijk zal dit wel leiden tot meer introductie van ziekte door medewerkers. De rol van bezoek is dan moeilijk te scheiden. 5.1.2e antwoordt dat er ook kwalitatief gekeken gaat worden. Ook zal nog naar omliggende landen gekeken worden.

7. Communicatie

Er moet een goede boodschap en uitleg komen over de presymptomatische transmissie en het risico van verspreiding wat we accepteren.

8. Rondvraag

Een groot deel van de OMT-leden heeft een mail gehad van een (autistische) leerling die aandacht wil voor de risico's van het openen van VSO-scholen. Het RIVM zal een antwoord opstellen namens het OMT en dit later met de leden delen.

5.1.2e wil het graag hebben over de consequenties van een negatieve test, met name bij zorgmedewerkers met klachten. Dit zal door de LCI opgepakt worden.

5.1.2e is benieuwd of er al iets te zeggen is over het toepassen van serologie. Welk tijdspad wordt hierin voorzien? 5.1.2e antwoordt dat daar in de taskforce serologie momenteel een discussie over gaande is. De vraag is of je bepaalde groepen serologisch wilt testen, maar wat is de consequentie van de uitslag? 5.1.2e benoemt dat een aantal mensen graag toe zou willen naar een 'immunitetsbewijs'.

9. Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering.

Actiepuntenlijst

Nr.	Wat	Wie	Wanneer
1	Belangenverklaringen OMT-leden op website RIVM publiceren	5.1.2e	4-5
2	Informatie delen met OMT leden over consultatie bij mediavragen met telefoonnummers persvoorlichters RIVM		4-5
3	Uitzoeken waar de afgelopen 500 gevallen geïnfecteerd zijn geraakt, is er een link met verpleeghuizen of ziekenhuizen?		4-5
4	Meenemen in modellen dat er voorlopig maximaal 400 bedden beschikbaar zijn voor COVID-19 patiënten		4-5
5	Stukken FMS delen met deelnemers	LCI	(28-4 gedaan)
6	Duur klachtenvrije periode afstemmen met FMS	LCI	4-5
7	Kwetsbare personen apart benoemen in afwegingskader en omschrijven welke dat zijn	5.1.2e	4-5
8	Met jurist Cib studie bezoekregeling ouderenzorg bespreken		4-5
9	Namens OMT antwoord sturen naar vraagsteller VSO onderwijs	LCI	4-5
10	Uitwerken consequenties van een negatieve test, met name bij zorgmedewerkers met klachten	LCI	11-5