

Kernpunten Technische briefing 20 mei

Kernpunten (10/2e)

- **Huidige situatie:** Zowel daling te zien in aantal gemelde patiënten en aantal ziekenhuisopnames. Meer vrouwelijke besmettingen gemeld, dit komt onder andere omdat het testbeleid eerst nog vooral gericht was op zorgmedewerkers.
- **Testen:** Inmiddels is het percentage positieve testen onder de 5%. Er worden 4000-7000 testen per dag uitgevoerd. Bij de NIVEL peilstations 6,9 positief getest. Steeds minder mensen melden zich met klachten bij deze stations. De indruk is dat de druk van het coronavirus aan het afnemen is.
- **Verpleeghuizen:** We zagen een toename tot 30-40% van verpleeghuizen met ten minste 1 besmetting. Ook hier zien we nu een daling. Ook het aantal overlijdens in de verpleeghuizen is aan het afnemen.
- **Sterfgevallen:** 5.700 (bevestigde) sterfgevallen, maar dit is een onderrapportage. De afgelopen weken was er een oversterfte van ongeveer 9.000 personen. De griep epidemie in 2017-2018 laat ongeveer een gelijk aantal oversterfte zien, maar dit was over een langere periode. Ook waren er bij deze uitbraak lang niet zoveel IC-opnames.
- **Reproductiegetal:** Dit hangt af van in hoeverre men zich aan de maatregelen houdt. Google Mobility report laat een constant beeld zien, de bevolking geeft gehoor aan de maatregelen. Dit zijn gegevens van begin mei. Het reproductiegetal heeft sinds eind maart geschommeld tussen de 0,7 en 1,0. We hebben niet alle reproductiegetallen van andere landen. We hebben daarom vergeleken wanneer de piek in andere landen was in vergelijking met NL.
- **Exit strategie:** De filosofie van alles is dat je het aantal contacten wil beperken. Je begint voorzichtig, je begint met het toestaan van extra contacten van individu naar groep, dan van buiten naar binnen, daarna van lokaal naar regionaal.
- **Internationale vergelijking:** Alle EU landen zijn aan het versoepelen en maken daarbij allemaal gebruik van een gefaseerde aanpak. Ook maken ze gebruik van een mogelijkheid om op de rem te trappen waar nodig. Het is nog te vroeg om de effecten van versoepelingen van maatregelen in andere landen te duiden. In Denemarken is geen verandering gezien na de opening van de scholen. De meeste landen voeren hetzelfde beleid wat betreft mondkapjes. Medische mondkapjes zijn gereserveerd voor de zorg. Sommige landen kiezen voor mondkapjes op drukke plaatsen, zoals bijvoorbeeld in supermarkten.
- **Dashbord:** Ziekenhuisopnames zijn nog steeds belangrijk om het reproductiegetal vast te stellen, maar hier is een vertraging van ongeveer 14 dagen. Je kijkt dus altijd in de achteruitkijk spiegel. Wat kunnen we doen zodat we niet steeds naar de R0 hoeven te kijken? Hiervoor willen we een Early Warning systeem opzetten. Data voor dit systeem komt bijvoorbeeld uit het Gedragsonderzoek GGD/RIVM, de nalevingsmonitor, verplaatsingsgegevens via de telefoon (dit kan AVG proof). Deze gegevens richten zich vooral op het vaststellen van risicogebeurtenissen. Dan hebben we ook surveillance, waarbij we eerder op de infectie willen zitten dan bij ziekenhuisopnames. Hierbij gebruiken we Infectieziekte radar, rioolwatersurveillance, surveillance van zorgmedewerkers, NIVEL peilstations (die gaan we verdubbelen in de komende tijd), OSIRIS GGD-contactgegevens en testen in teststraten.
- **IC-opnames in de exit strategie:** Wanneer je ziet dat je IC-opnames toenemen en je trapt dan op de rem, dan kan je nog steeds een nieuwe piek in IC opnames verwachten. Die is dan namelijk al onder de radar gestegen in de twee weken ervoor. Een R0 van 1,5 kan al leiden tot 1150 IC-opnames. Dit laat zien hoe complex dit is en hoe belangrijk het is om niet alleen in de achteruitkijkspiegel te kijken, maar dicht op de infectie te blijven zitten.
- **Toekomstscenario van vaccin:** Dit beidt uiteindelijk de mogelijkheid om groepsimmunitet op te bouwen. Wel weten we dat sommige vaccins, zoals het griepvaccin, maar een bepaalde tijd werkzaam zijn. In de situatie dat er geen vaccin zou zijn, zullen we ongeveer nog twee jaar te maken hebben met het coronavirus (studie Harvard).
- **Versoepeling van de maatregelen:** Dit vertaalt zich naar meer contacten en leidt ook tot meer onzekerheid in de modellering. De opening van de middelbare scholen zal tot een groter risico leiden dan de opening van het primair onderwijs.

- Conclusie: De versoepeling van de maatregelen zal leiden tot een hogere incidentie van ziekte. Met bron en contact onderzoek kan de stijging van deze incidentie onderdrukt worden.

Kernpunten (10)/(2e)

- Achterstand in de acuut planbare zorg: Na de persconferentie van 12 maart zien we het aantal verwijzen (ziekenhuizen) sterk afnemen tot bijna 0. In de afgelopen weken zien we deze verwijzingen weer toenemen. We zien eenzelfde patroon voor de GGZ.
- De NZa heeft een aantal voorwaarden gesteld voor het opstarten van de reguliere planbare zorg:
 - Gebruik bestaande structuren, ROAZ-plus
 - Gebruik een urgentielijst
 - Samenwerking en afstemming binnen ROAZ-plus
 - Opschaling op basis van urgentie
 - Risicoclassificatie voor professionals
 - Voldoende beschikbaar personeel
 - Voldoende beschikbare beschermingsmiddelen
 - Voldoende capaciteit
- Cijfers medisch specialistische Zorg: Ook hier zie je in de week na 12 maart het aantal verwijzingen helemaal teruglopen. In de afgelopen weken neemt dit weer toe. Goed nieuws is dat het aantal spoedverwijzingen niet is afgenomen. Het aan semi-spoedverwijzingen zit inmiddels weer op hetzelfde niveau.
- Cijfers GGZ: De GGZ is druk bezig om weer op het oude niveau terug te kijken. Tot nu toe zijn er in de GGZ 49.000 minder verwijzingen dan normaal. Bij de GGZ bestond al een stuwmeer van 35.000 mensen.

Kernpunten (10)/(2e)

Testen nu: In de eerste half van april voerde de GGD 10.000 testen per dag uit. Daarna zagen we een daling. In de afgelopen weken is dit weer toegenomen door de verruiming van het testbeleid. Waar er eerst sprak was van medewerkers in de zorg, zien we nu een meer gemixt beeld.

Testen vanaf in juni: Vanaf juni gaan we iedereen met klachten testen en bij iedereen met een positieve test BCO uitvoeren. We hebben nu een testcapaciteit van 17.000 testen per dag. We hebben dus nu een overcapaciteit. We verwachten dat er in juni 34.000 testen per dag uitgevoerd moeten worden. De GGD zal ongeveer verantwoordelijk worden voor 80% hiervan. 7 dagen per week zijn er 24-48 mensen per GGD nodig om deze testen te kunnen uitvoeren.

Vanaf 1 juni is er een landelijk telefoonnummer. Vanaf eind juni is er ook een webportaal. Dit webportaal is al beschikbaar, maar hier moeten nog een aantal testen op worden uitgevoerd. Er kan dus vanaf eind juni met één klink een afspraak gemaakt worden. Voor een afspraak is geen tussenkomst van een arts meer nodig. Bij een negatieve uitslag wordt er een appje gestuurd. Wanneer een test positief is dan wordt de persoon gebeld, later kan dit ook via het webportaal.

BCO: Na een positieve test gaan we in gesprek met de patiënten om na te gaan met wie deze persoon in contact is geweest. De data uit dit BCO maakt onderdeel uit van het dashboard. Het dashboard kan ons ook op extra risico's wijzen. Contacten uit het BCO worden verdeeld in 3 categorieën: huisgenoten, overige nauwe contacten, overige (niet nauwe) contacten. De eerste twee categorieën zullen op dag 1, dag 7 en dag 14 gebeld worden. Ook kunnen zijn aangeven wanneer ze behoefte hebben om vaker gebeld te worden.

In het ondergrens scenario hebben we 800 FTE nodig, hier is 670 reeds beschikbaar. GGD'en zullen zich voorbereiden aan de mogelijke vraag uit het bovengrens scenario te kunnen voldoen (3200 FTE doormiddel van een flexibele schil die binnen 24 uur ingezet kan worden)

Landelijke coördinatiestructuur: Landelijke samenwerking is in deze crisis flink versterkt. Ook is er een landelijk programmateam samengesteld, de namen worden vandaag bekend gemaakt. Zij gaan zij onder andere bezig houden met landelijke samenwerking met VWS en RIVM, monitoring van landelijke gegevens, realisatie en benutting van capaciteit, coördinatie van inzet vrijwilligers en eenduidige communicatie.

Inbreng kamer

- Kritische vragen gesteld omtrent BCO. Doen we wel het maximale? Bellen we wel genoeg? Doen we minder dan andere landen, specifiek Duitsland? (PvdA, GL, SP)
- Twee vragen over nertsen en risico's op dier-op-mens transmissie (PvdD en CDA)
- Vragen over de onduidelijkheid rondom aerosol verspreiding (SGP, PVV, (10)(2e))
- FvD kritisch over beleid, is het virus niet minder gevaarlijk dan gedacht voor een hele grote groep Nederlanders? Waren maatregelen voor deze mensen dan niet onnodig?

Inbreng kamer vraag + antwoord

- **PVV:** In de krant stelt het RIVM dat het onduidelijkheid is welk risico bijvoorbeeld koren of aerosol verspreiding hebben, terwijl uit voorbeelden blijkt dat deze events wel hebben geleid tot toename in verspreiding. Hoe kan het RIVM adviseren wanneer het RIVM de effecten van koren of andere super spreading events negeert?

We houden absoluut rekening met deze super spreading events, dit is meegenomen in alle modellen. In het OMT advies staat een duidelijke passage over aerosol verspreiding. We geven aan dat we hier een apart advies over uit gaan brengen. Er moet een gedegen wetenschappelijke onderbouwing zijn over deze aerosol verspreiding, niet gebaseerd op anekdotisch bewijs.

- **PVV:** In de afgelopen jaren is de ziekenhuiscapaciteit afgenomen. Het kabinet heeft nog steeds plannen om de ziekenhuiscapaciteit af te bouwen. Wat is de visie van mevrouw Kaljouw hierop?

Er is een stuwmeer te zien in alle zorg. De NZa staat voor toegankelijkheid van de zorg. We moeten tijdens en na de corona uitbraak kijken of de capaciteit nog toereikend is.

- **D66:** Hoe kijken we naar de verspreiding van het virus om verspreiding de kop in te drukken. Wanneer u in de achteruitkijk spiegel kijkt, heeft u dan geleerd van de Groningse aanpak mbt BCO en testen?

Groningen had een uitzonderlijke situatie, omdat zij een laag aantal besmettingen zagen. Daardoor hadden zij meer capaciteit om dit daadwerkelijk uit te voeren. Ie early warning e.d. is gericht om BCO op de goede plaats in te zetten. Zoals net gezegd gaat er ook weer intensief BCO plaatsvinden in andere regio's.

- **D66:** Heeft u zicht op gezondheidsschade door uitstel van zorg?

We hebben hier niet volledig zicht op, maar we ontvangen hier wel signalen over. Zo gaan mensen minder snel naar de huisarts. Daar moeten we echt iets aan doen. Het RIVM gaat ook onderzoek doen naar gezondheidsschade.

- **VVD:** Wat de doorloop snelheid moeten zijn om te kunnen stellen dat het dashboard betrouwbaar is?

We proberen het dashboard zo accuraat mogelijk te krijgen, maar tegelijkertijd moeten hier nog veel in leren. Verplaatsingstekens zijn bijvoorbeeld een goede manier om risico's in beeld te krijgen. Hoe kort die periode zal zijn zal moeten blijken.

- **VDD:** Ik heb ook gehoord dat er een bepaalde zorgvraag nu verdampt. Gaat er een evaluatie komen van zorgvragen die er eerder wel waren, maar dus eigenlijk niet nodig waren?

Wij weten niet hoeveel dit is en wat dit is. We zullen dit wel nagaan. We zien ook een enorme toename in digitale zorg. Dit zal de zorgvraag niet doen afnemen, maar wel anders doen beantwoorden.

- **SP:** Er wordt een kunstmatig onderscheid gemaakt tussen een medisch en niet-medisch mondmasker. Veel mensen maken zich zorgen dat ze niet met een goed werkend maskers in het OV mogen zitten. Wanneer er voldoende maskers beschikbaar zijn, moeten deze dan niet voor het OV gebruikt worden?

Denk het niet, vanuit wetenschap geredeneerd. 1,5m maakt dat toegevoegde waarde beperkt is, maskers hebben ook risico. Als je onvoldoende gedisciplineerd gebruik maakt van maskers dat je dan verhoogde risico's loopt. Als je de basismaatregelen in acht neemt, dan hebben maskers geen toegevoegde waarde.

(Niet tevreden over dit antwoord)

- **SP:** Wat is nu precies de strategie van de GGD, is dit het indammen van het virus, of het opbouwen van groepsimmunitet? Waarom kiezen we niet voor een strategie van sommige landen, waar de strategie is om zo dicht mogelijk bij de nul te komen?

Het Nederlandse beleid is een afweging tussen druk op de economie en de maatschappij aan de ene kant en gezondheidsbelangen aan de andere kant. We gaan iedereen testen en bij alle positieve gevallen BCO uitvoeren, meer kunnen we niet doen. Dit zijn ook dezelfde beleidslijnen als in andere landen.

- **GL:** De heer (10)(2e) zegt dat we hetzelfde doen als andere landen op het gebied van BCO. Maar we zien ook dat we qua FTE onderaan bungelen. Ook wordt er in Duitsland meer gebeld.

Er is geen wetenschappelijk onderzoek waaruit blijkt dat elke dag bellen helpt. Dit is ook onze ervaring met andere infectieziekten. We testen we iedereen en doen BCO bij alle positieve gevallen, net zoals veel landen om ons heen.

- **GL:** We zien een enorm stuwmeer. Is hier een planning voor? Wat zijn de twee grootste uitdagingen?

Zal cruciaal zijn wat er gebeurt als er dan een tweede golf komt, maar hoop echt dat er dan geen tweede lockdown van de zorg komt. Hebben robuust systeem, maar zijn grenzen aan.

- **DENK:** Uit de CBS cijfers blijkt dat er hogere oversterfte is onder mensen met een migratieachtergrond hoe kan dit?

Het CBS heeft nog geen duiding gegeven aan deze cijfers, maar we zien in het buitenland (bijvoorbeeld de VS) dat er grote sociaal maatschappelijke verschillen zijn. kan sociaal gedrag zijn of erfelijkheid, moet onderzocht worden

- **DENK:** Tweede vraag gemist

Dat heeft te maken met werking van dashboard, metingen van beweging tussen gemeenten, bij ongewone patronen wordt dat geregistreerd. Als besmette beweging geregistreerd wordt word onderzoek gedaan. Dan gaan we zoeken naar wat de bron is, dan gaan we proberen te kijken of er nog bronnen zijn die gestopt moeten worden.

- **PvdA:** Er worden veel systemen voor het dashboard opgesteld, maar die zijn nog niet in werking. Welke stijging van IC opnames is nog acceptabel in de periode dat we deze systemen nog niet goed werkend hebben?

We willen dit zo gering mogelijk maken. Wij kunnen nu niet met zekerheid stellen waar we uit gaan komen, omdat zoveel karakteristieken nog onduidelijk zijn. Daarnaast is het buitenland een onzekere factor. Zij zullen de grenzen weer openen op een gegeven moment.

- **PvdA:** Wat zou u nodig hebben wanneer de opdracht wordt om BCO maximaal op te schalen?

Er is door VWS gezegd dat we moeten doen wat nodig is om maximaal BCO uit te voeren. Hierin zijn dus geen beperkingen opgelegd. Wij mikken niet op maximaal maar op optimaal.

- **CDA:** Om de R0 te compenseren is het heel belangrijk om te testen. Ik hoor dat testuitslagen soms vijf dagen op zich laten wachten. Ook zien we dat een nerts een mens heeft besmet. Vind u dat mensen met huisdieren eerder getest zouden moeten worden?

is voor dhr. (10)(2e) Bedoeling is dat zonder triage van arts meteen mogelijk is om te testen. Nertsen: komen we een keer apart op terug. Er is nu bij nertsbedrijf 1 geval geweest van persoon die besmet is geraakt. Licht heel complex, is uitspraak van OMT zoönosen. Zijn protocollen/richtlijnen voor.

- **CDA:** Waar komt volgens u het stuwmeer in de GGZ vandaag?

Dit komt omdat er in de eerste periode niet is doorverwezen is vanuit huisartsen.

- **SGP:** Wat wordt er precies onderzocht over omstandigheden waarop het virus extra kan verspreiden zoals zingen, ventilatiesystemen ect?

Je moet niet te vroeg concluderen. We vinden het nodig om daar meer tijd voor te nemen om dit te kunnen onderzoeken, ook om na te gaan of buitenlandse partners hier bevindingen over hebben. Daarom hebben we aangegeven hier later op terug te komen.

- **SGP:** Cruciaal is dat er veel getest wordt. Is de beschrijven 'test bij COVID-gerelateerde klachten' niet te onduidelijk?

Er komt hier extra communicatie over, waarin precies uitgelegd staat wanneer je contact kunt opnemen met de GGD, dat je niet langs een arts hoeft, wordt toegankelijk.

- **50-plus:** Er is veel aandacht voor verpleeghuizen, is er ook aandacht voor andere woonvormen voor ouderen?

Ja. Er zijn hier meerdere richtlijnen voor

- **50-plus:** Welke maatstaven hanteren de ziekenhuizen in het opschalen van de zorg?

Daar gebruiken zij urgentielijsten voor. Ziekenhuizen gebruiken urgentieclassificatie ook nog, omdat ene patiënt de andere niet is.

- **PvdD:** Bij nertsen is het probleem dat deze ook getransporteerd wordt. Dit is een risico. Hoe schat u nu het risico in op transmissie van dier tot mens?

Hier zijn al verschillende acties op uitgevoerd. Er is gekeken of er een bepaald gevolg was van gevallen binnen het gezin en de dieren. Hier werd gezien dat er vaker een gevolg is van mens tot nerts, maar bij 1 persoon is dit andersom aangetoond. Onderzoek wordt nu uitgerold naar andere nertsbedrijven. Er vindt een grote inventarisatie plaats naar risicofactoren. We kijken ook of dit in het buitenland al eerder heeft plaatsgevonden. Dit lijkt nu wel een uniek geval te zijn. Je stopt niet met verderkijken, dat bespreken we in de volgende briefing.

- **PvdD:** GGZ patiënten die Face-2-face contact missen

Herken ik zeker vanuit GGZ, willen graag f2f contact, die mensen kunnen zich melden bij huisarts, dat ze f2f contact willen met een POZ, ik ga ervanuit dat dat stap voor stap weer wordt opgeschaald. Maar momenteel is het nog steeds eerst digitaal voor f2f, goed signaal, dankuwel.

- (10)(2e): Uit onderzoek van het Erasmus systeem heeft aangetoond dat het hooikoortsseizoen een positieve impact heeft op de corona uitbraak. Hoe is dit meegenomen in het advies voor versoepeling van maatregelen?

Dit zit echt nog in de beginfase, de causaliteit moet verder worden uitgewerkt.

- (10)(2e): Ik krijg veel vragen van mensen die bezorgd zijn over aerosole verspreiding. Wordt er ook onderzoek gedaan naar de rol van luchtvochtigheid?

In het OMT advies kunt u een paragraaf lezen over aerosole verspreiding. Hier werd geconcludeerd dat de rol voor de verspreiding beperkt is.

- (10)(2e): Hoe gaan we om met mensen die geen mobiele telefoon hebben. Worden die toch gebeld bij een negatieve uitslag?

Daar moeten we uiteraard op andere manieren mee in contact komen, via brief of anders.

- (10)(2e): Waarom is er gekozen voor 1,5 afstand? Sommige landen houden 1 meter aan, de WHO houdt 2 meter aan. Moeten ook geen verschil maken tussen binnen en buiten?

Op basis van jarenlange ervaring in ziekenhuizen is de 1,5 meter veilig gebleken. Wel moeten we ons realiseren dat het hier gaat om risicoreductie, dit is niet absoluut.

- **FvD:** Kunnen we al iets zeggen over hoe gevaarlijk dit virus is voor de gehele populatie? Misschien kunnen we concluderen dat het virus voor sommige mensen helemaal niet

gevaarlijk is. Deze mensen hoeven misschien helemaal niet aan voorzorgmaatregelen te houden.

Een infectieziekte heb je nooit allen. Het is moeilijk om een scheiding te maken wie risico loopt en wie niet. Als we kijken naar griep en griepvaccinatie, zien we dat ongeveer 30% verhoogd risico loopt. Daarnaast is het belangrijk om de bevolking als geheel te beschermen, het is hierbij ook belangrijk dat jij het virus niet aan iemand anders kan doorgeven. Daarnaast zien we ook dat niet iedereen die op de IC beland onderliggend leiden heeft.

- **FvD:** De causaliteit van besmetting van de maatregelen en de afname in besmetting. Ook is het veel minder dodelijk dan we verwachten. Kunnen we hieruit concluderen dat het veel minder gevaarlijk is dan we dachten?

Dit is eigenlijk een vraag voor de heer van Dissel. u weet de piramide van van dissel, die heeft hij vaker gepresenteerd, vandaag gezegd dat 0,3% dat die op IC terecht komen en 4x zoveel op IC bed. Daaronder ook wel ernstige klachten, we weten dat mensen met onderliggend leiden last hebben maar ook jongeren kunnen ook hard geraakt worden, met wekenlange klachten of toch plots in IC. We zijn dus nog steeds voorzichtig.

- **CU:** In het OMT staat dat er beperkt ruimte is voor versoepeling van maatregelen, omdat de R0 net onder de 1 is. Ook geeft het OMT aan het niet duidelijk is in hoeverre we de extra risico's kunnen indammen door BCO en testen. Denk van Dissel dat er wel genoeg grond is om de maatregelen te versoepelen?

Je moet het systeem testen. Je moet er natuurlijk wel vertrouwen in hebben. Dat doe je op grond van wat je wel weet en ervaring en voorspellingen, maakt dat we vertrouwen hebben in huidige aanpak. Tegelijk moeten we leren, we kunnen niet alles voorspellen. Je probeert juiste weg te kiezen en hebben we dashboard nodig. Ook met verbetering BCO is het antwoord op dit moment ja.

- **CU:** We moeten ook aandacht hebben voor kwetsbare groepen bij testen en BCO. Hoe gaan we bijvoorbeeld om met mensen die verstandelijk beperkt zijn?

precieze inhoud publiciteitscampagne wordt door minvws bepaald, als u dit vanmiddag tijdens het debat vraagt, dan verwacht ik daar positief antwoord op, omdat iedereen bereikt moet worden. Daar is ook inmiddels een goed protocol voor ontwikkeld.