

#### Discussiestuk: COVID-19 Strategie voor de (middel)lange termijn

Nu de uitbraak op z'n retour is dringt de vraag zich op wat de bestrijdingsstrategie wordt tot het moment dat er een 'game-changer' (werkzaam en veilig vaccin of behandeling) is. Wat valt daar vanuit de inhoud over te zeggen? Welke bijdrage kan het OMT hieraan leveren? Onderstaand is bedoeld om het gesprek hierover te faciliteren.

#### Beloop COVID-19 epidemie in Nederland tot nu toe

- De eerste casus in de COVID-19 epidemie in Nederland is eind februari vastgesteld. Het aantal geïnfecteerden nam vervolgens snel toe. De provincies Noord-Brabant en Limburg werden als eerste en het meest ernstig aangedaan. Vervolgens verspreidde de epidemie zich in midden-Nederland, met het hoogste aantal meldingen in de provincie Zuid-Holland. De noordelijke provincies (Groningen, Friesland en Drenthe) en Zeeland zijn nauwelijks aangedaan door de epidemie.
- Factoren die in Nederland bijgedragen hebben aan de verspreiding zijn:
  - Import van infecties uit met name Italië en Oostenrijk tijdens de voorjaarsvakantie;
  - Carnaval;
  - Uitbraken in verpleeghuizen, waarbij de incidentie van besmetting van verpleeghuizen grotendeels gelijk opliep met de incidentie in de algemene bevolking;
  - Protestantse kerkdiensten (waaronder mogelijk de viering van de Biddag voor Gewas en Arbeid op 11 maart). Aannemelijk door een hogere incidentie in diverse bible belt gemeenten;
  - Koren (oa gerapporteerd door GGD Amsterdam).
- In week 12 (week van 16 maart) zijn op advies van het OMT landelijk vergaande *social distancing* maatregelen ingevoerd. Deze zijn zeer effectief geweest om de epidemie in te dammen: in vrijwel iedere GGD-regio is in week 13 de afname van de epidemie begonnen, consistent met de incubatieperiode van ongeveer één week. Uitzonderingen hierop zijn West en Zuid-Oost Brabant, waar de afname één week eerder begon, consistent met de maatregelen die in Brabant in week 11 werden ingevoerd (zie Bijlage 1).
- In de week van 4 mei (week 18) is het aantal meldingen van ziekenhuisopnames gedaald naar zo'n xx per dag. Naar schatting zijn er in die week 25.000 huidig geïnfecteerden in Nederland (0.15%). De prognose is dat dit gedaald is naar xxx opnames en xx huidige geïnfecteerden (x%) in week 20 (de week dat kinderopvang en basisscholen weer (deels) openen).
- Eind maart zijn serologische surveys uitgevoerd door Sanquin en RIVM. Deze lieten een prevalentie van 3-4% zien. Het percentage seropositieven varieerde sterk per provincie (8-9% in GGD regio Brabant-Zuid Oost tot 0-1% in GGD regio Friesland (Sanquin)).
- De gemiddelde Nederlandse seroprevalentie van 3,5% komt overeen met zo'n 600.000 Nederlanders die met SARS-CoV-2 zijn geïnfecteerd. Groepsimmunitet wordt bereikt bij een proportie immunen van  $1-1/R$ , dus wanneer 50-65% van de bevolking geïnfecteerd is. Dit komt overeen met 8.5 – 11 miljoen Nederlanders die immuun moeten om groepsimmunitet te bereiken.

- Aangenomen dat iedere 100 infecties leidt tot één IC-opname, zal het bereiken van dit aantal immunen gepaard gaan met naar schatting 85.000 – 110.000 IC opnames. Wanneer de capaciteit van 700 IC bedden niet wordt overschreden, en de opnameduur gemiddeld 3 weken is, zal het naar schatting 10 jaar met volledige IC bezetting duren voordat de groepsimmunitet is opgebouwd. Het is aannemelijk dat voor die tijd een veilig en effectief vaccin beschikbaar is.

#### **Visie t.a.v. COVID-19 bestrijding in Nederland op de (middel)lange termijn**

- Het kabinet heeft eerder gekozen voor de strategie ‘maximaal controleren’, waarbij geaccepteerd wordt dat het virus er is en zich beperkt verspreidt en de bescherming van kwetsbare personen prioriteit heeft.
- Eerder heeft het OMT op hoofdlijnen de transitiestrategie vastgesteld en aangegeven dat dit beleid gevolgd moet worden tot groepsimmunitet bereikt is door vaccinatie of het doormaken van de infectie. De doelen van de transitiestrategie zijn:
  - Beperk de verspreiding van het virus;
  - Voorkom dat de zorg overvraagd raakt;
  - Beperk de maatschappelijke gevolgen van de maatregelen;
  - Behoud draagvlak voor het beleid onder de bevolking.
- Het is opportuun om met name de eerste twee doelen te concretiseren en een expliciete bestrijdingsstrategie te formuleren, om de *social distancing* maatregelen en de inzet van de publieke gezondheidszorg te sturen en motiveren.

#### **Bestrijdingsdoel: voorstel**

- ‘Maximaal controleren’ betekent dat de incidentie van SARS-CoV-2 zodanig laag is dat er geen community transmissie meer is naar kwetsbare personen (oa in verpleeghuizen).
- Het is niet goed mogelijk om hier een *evidence based* target voor te stellen. Targets op GGD niveau zijn toch nodig om richting te geven aan de benodigde intensiteit van de bestrijding en investeringen die daarvoor nodig zijn.
- De voorgestelde targets zijn:
  - Incidentie van ziekenhuisopnames per GGD-regio: <1/100.000 per week;
  - Proportie cases zonder opgespoorde bron <10%;
  - Transmissieketens van maximaal 3 generaties.

#### **Bestrijdingsstrategie**

- Algemeen publiek:
  - Social distancing: 1,5 meter samenleving waar mogelijk; iedere sector geeft hier zelf invulling aan. Waar niet mogelijk: gebruik van mondkapjes;

- Algemene hygiëne-maatregelen (hoest/nieshygiëne, handenwassen, etc)
- Internationale reizen zoveel mogelijk beperken (binnenlandse reizen volledig toegestaan);
- Verbod op hoog-risico situaties/activiteiten (zie Bijlage 2).
- Publieke gezondheidszorg
  - Laagdrempelig testbeleid voor groepen met hoogste risico op infectie
  - Isolatie van cases
  - Intensieve BCO met quarantaine en monitoring contacten
  - Epidemiologisch onderzoek naar risicofactoren voor transmissie
- Curatieve gezondheidszorg
  - Evaluatie van opschalingsprotocollen n.a.v. ervaringen maart/april 2020
  - Flexibel verhogen IC capaciteit tot xxx om onverhoopte toename van IC opnames aan te kunnen

#### Risico's

- Als de incidentie te hoog wordt, is introductie van het virus in verpleeghuizen vrijwel niet te voorkomen, en zal dit tot aanzienlijke oversterfte lijden.
- Het is een reëel risico dat de epidemie in het winterseizoen door andere contactpatronen oncontroleerbaar blijkt, en samen met het influenza- en RSV seizoen tot ernstige overbelasting van de gezondheidszorg leidt.

#### Monitoring

- De monitoring zal zich richten op de gestelde targets (opnames, volledigheid BCO) maar ook op vroegsignalering daarvoor (mobiliteitsgegevens, syndroomsurveillance, gedragssurveillance).
- Prevalentiestudies covid in bijzondere settings

#### Rol van het OMT

- (Middel)lange termijn strategie expliciet maken, inclusief targets, en dit bekrachtigen, zodat dit duidelijk is voor de politiek, het algemene publiek en de (publieke) gezondheidszorg.
- Indicatoren vaststellen voor monitoring van de implementatie en het effect van de gekozen strategie;
- Pakket aan maatregelen voor algemeen publiek en voor de publieke gezondheidszorg zo nodig aanpassen op basis van wetenschap (medisch en publieke gezondheid)
- Monitoring maatregelen en effecten;
- Advisering over inzet vaccin wanneer dit beschikbaar is.

**Vragen/stellingen**

- Alleen effectieve contactopsporing kan voorkomen dat  $R_t$  groter wordt dan 1 als maatregelen verder versoepeld worden
- Bij welke aantallen patiënten is contactopsporing redelijkerwijs nog mogelijk, al dan niet ondersteund door een app?
- Een  $R_t$  groter dan 1 is alleen een probleem als dit leidt tot capaciteitsproblemen in de zorg.
- Wanneer bron- en contactopsporing goed werkt, met welke maatregelenpakket kan naar verwachting uiteindelijk volstaan worden?
- Is het wenselijk/noodzakelijk de IC-capaciteit zoveel mogelijk te verhogen?
- De ernst van het beloop wordt mede bepaald door hoeveel virus je binnenkrijgt: toekomstige infecties zijn vanwege de maatregelen waarschijnlijk milder.
- Het heeft geen zin om Nederlanders te adviseren deze zomer thuis te blijven: we zitten allemaal al in hetzelfde schuitje.
- Mensen moeten zo snel mogelijk ook serologisch getest worden en een certificaat krijgen.
- Afhankelijk van hoe lang immuniteit aanhoudt na het doormaken van de infectie of na vaccinatie en in hoeverre er sprake is van kruisimmunitet met andere coronavirussen zou Sars-Cov-2 geelimineerd kunnen worden of zou zich bij de seizoensverkoudheidsvirussen kunnen voegen en jaarlijks of tweejaarlijks voor een uitbraak kunnen zorgen.

**Tot de zomervakantie**

- Wat wordt het advies voor de periode tot de zomervakantie? Tav:
  - o Thuiswerken
  - o Blijf zoveel mogelijk thuis
  - o Horeca
  - o Sportclubs
  - o Publieke plaatsen (musea, concertzalen, theaters) museade horeca?
  - o Hoger onderwijs
  - o Niet reizen
  - o Openbaar vervoer

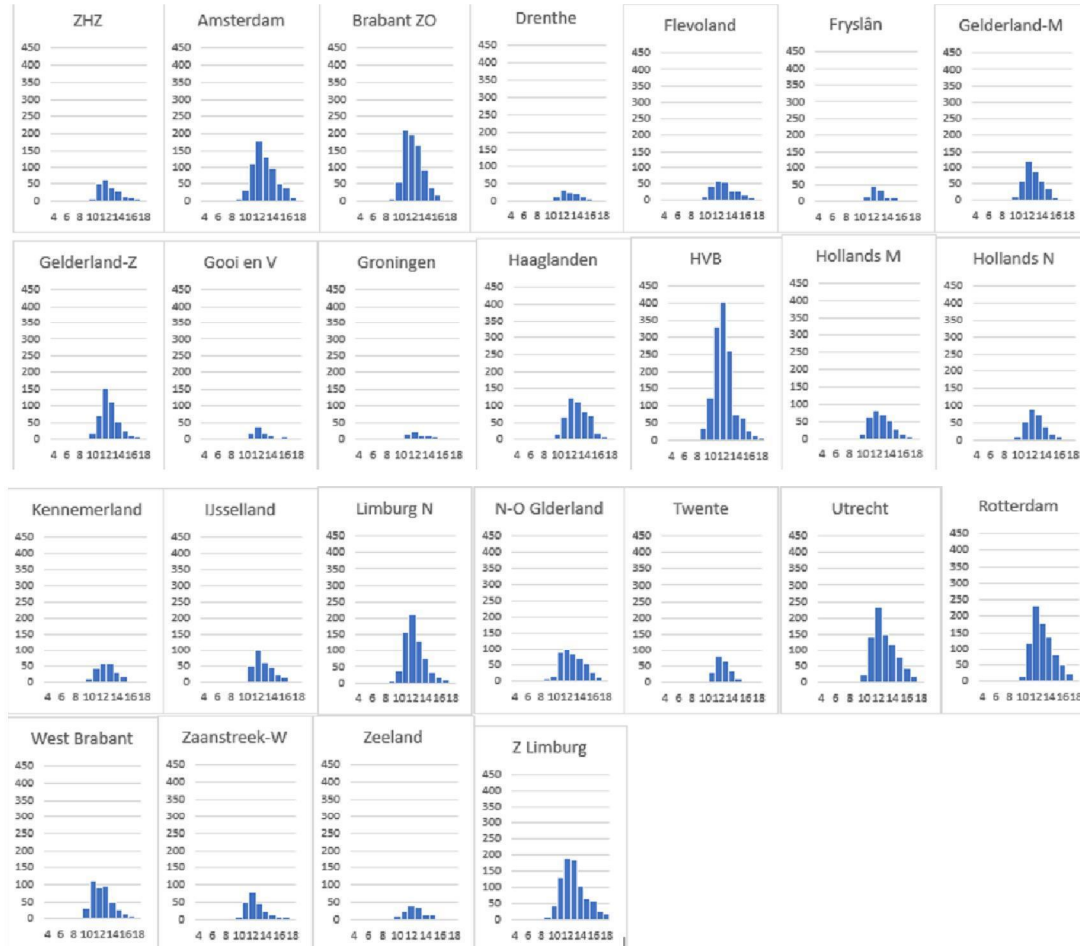
**Zomervakantie**

- Welk effect verwachten we van de vakantie?
- Wat is ons advies mbt vakantie?

**Najaar/winter**

- Hoe voorkomen we na de vakantie een uitbraak als sectoren tegelijkertijd opstarten?
- Hoe zien we het risico van gecombineerde COVID/griep-problematiek

Bijlage 1: Aantal ziekenhuisopnames naar week van 1<sup>e</sup> ziekte dag en GGD regio



**Bijlage 2: Hoog-risico omstandigheden voor SARS-CoV-2 transmissie gegeven de 1,5 meter samenleving (nog niet allemaal wetenschappelijk aangetoond)**

- Reizen naar gebieden met hogere incidentie dan in regio van herkomst
- Verpleeghuizen
- Religieuze bijeenkomsten, mn als er gezongen wordt
- Koren
- Evenementen
- OV
- Situaties waar op luide toon gecommuniceerd wordt (cafés, bepaalde restaurants, vergaderingen, xxx)