

## Aantekeningen Technische briefing TK 22 september 2020

(10)(2e)

- Immuniteit vergezocht, door vaccin in stand worden gebracht.
- Niet zoveel patiënten worden aangemeld bij huisartsen peilstations (wellicht meer mensen direct naar GGD teststraat.
- Versoepeling mogelijk omdat we hoopten dat iedereen zich hield aan basis maatregelen.
- Die maatregelen staan sterk onder druk.
- 60.000 – 100.000 besmettelijke mensen (geschat). Zeer afhankelijk van variabelen/aannames.
- 1 mln NL die geïnfecteerd zijn geweest (volgens data Sanquin) = ong. 5 a 6 % van bevolking.
- Toename in ziekenhuizen; worden op plekken weer cohorten opgericht (aparte afdelingen), NH, ZH, Brabant meeste nieuwe gevallen.
- Leeftijd meest 20-30 (grote piek), kinderen en ouderen (70 plus) beetje toename
- Ziekenhuis opnames zijn voornamelijk oudere personen, overlijden ook (83-85 jaar). Enkele jongere in ziekenhuis.
- Toename van aantal locaties besmet in verpleeghuizen.
- Ligduur op verpleegafdeling en IC afdelingen: verpleegafdelingen: relevante afname van ligduur, van 9 dagen in maart naar ong. 7 nu.
- Prognose naar wat we kunnen verwachten: aantal opnames op verpleegafdelingen neemt toe. Nog wel duidelijk onder de vorige piek, en loopt minder snel op dan in maart. Omdat we beter zicht hebben op virus.
- IC opnames: opnames afgenomen van bijna 30 dagen naar 2 weken ligtijd.
- Je hoopt dat dit komt door behandelingen, maar het kan ook zijn dat er nu meer jongeren zijn opgenomen, waarvan we verwachten dat ze minder lang opgenomen zijn.
- Toename van besmettingen is niet toe te wijzen aan meer testen. Treed ook op in alle Europese landen (behalve Zweden).
- Virus verandert wel een beetje, maar niet echt gewijzigd op essentiële punten sinds maart en gedraagt zich ook niet anders.
- Belangrijk: communicatie over basismaatregelen, om te zorgen dat er een intrinsieke motivatie voor naleving is.

## Vragen:

Agema: (10)(2e) legt altijd schuld bij niet naleving van maatregelen; PVV heeft vaak gevraagd naar effect van micro deeltjes; gebruik mondkapjes preventief; is het niet verstandig voor mensen in risicogroep een mondkapje te dragen?

- A: basismaatregelen zijn van essentieel belang; daarmee hebben we het virus onder de knie gekregen. Aerosols is nog onduidelijkheid over of het relevant is. We hebben het niet gezien in maart; als wel, dan zou ook de hele horeca dicht moeten.
- Als er sprake is van aerogene verspreiding, is ventilatie niet voldoende, dan zou je patiënten in ziekenhuizen ook apart in isolatie moeten opnemen. We hebben niet gezien in ziekenhuizen dat er degelijke verspreiding plaatsvindt.
- Mondmaskers: OMT is gevraagd of er dringend geadviseerd moest worden om mondkapjes te dragen; de risicogroepen zijn zo slecht gedefinieerd dat 1/3 van NL in die groep valt. We hebben het niet gezien in maart dat het nodig is, dus dan is de vraag waarom we het nu wel zouden moeten doen. De basismaatregelen weten we dat er een groot effect heeft. En grote druppels zijn de belangrijkste verspreidingsroute.

## Agema:

- In 17 briefings geen enkel voortschrijdend inzicht bij RIVM. Merkel zegt nu ook dat aerosols belangrijk zijn. In Duitsland is ook IC opnames toegenomen, maar veel minder dan in NL. PBMrichtlijn in NL staat mondkapjes niet nodig indien korte contact. Onbegrijpelijk. Waarom volgt (10)(2e) niet het Duitse model van ventilatie?
- (10)(2e) : het gaat er niet om of er aerosol verspreiding is, (dat zijn zowel grote als kleine druppels), het gaat erom of het aerogeen is. Dat heeft Merkel niet gezegd.
- Ventilatie is belangrijk, daar hebben we ook op geacteerd.

## Marijnissen

- Richtlijnen over inzet van PBMs in ouderenzorg: waarom eerst bij vluchtig contact geen PBM nodig. En nu wel? Was schaarste hierbij een onderdeel?

(10)(2e)

- Richtlijn is tot stand gekomen via een medisch biologische afweging van risico's; gegevens over overdracht en epidemiologie. Als in een huishouden iemand besmet; dan 15% van huishouden besmet, terwijl men daar nauw contact heeft. Als iemand buiten huishouden maar binnen 1,5 meter dan 5%, en als buiten huishouden en meer dan 1,5 dan zo weinig besmettingen dat het irrelevant is. Dus bij maatregel kijk je naar risico. Het enige wat verandert is bij verpleeghuizen. Beoordeling werd ingeschat als weinig risicovol. En dan volgt conclusie dat PBM niet nodig is. Wat is er nu veranderd? Er was onrust over de richtlijn; ook omdat moeite wat nu vluchtig binnen 1,5 meter is. En wat nu als je binnen 1,5 meter komt, dan moet je in praktijk al snel wat langer binnen de 1,5 meter blijft. Dus het is niet goed uit elkaar te houden wanneer je nu wel of niet vluchtig contact hebt. En in ziekenhuizen werd de richtlijn anders geïnterpreteerd, omdat er daar andere handelingen plaatsvinden die meer risicovol zijn. Daarom is de richtlijn nu aangepast en opnieuw rondgestuurd. In die rondsturing is niet expliciet genoemd dat dit aspect aangepast was; dat niet benadrukt is stom geweest, dat hadden we wel moeten doen.

Marijnissen:

Ik begrijp wat (10)(2e) zegt; maar heeft grote gevolgen. Mensen dachten dat ze veilig waren adhv rvm richtlijn. Als deze nu is aangepast en deze mensen niet actief worden geïnformeerd, dan leidt dat tot vragen. Er is ook heel vaak naar gevraagd; waarom deze uitzondering van vluchtig contact alleen in NI is.

(10)(2e):

- Waarom precies het later wel actief is gecommuniceerd of richtlijn aangepast moeten we even nakijken. De reden is gewoon de onrust die er was omdat het niet voor iedereen duidelijk was waarom er verschillen bestonden bij verschillende zorgverleners.

Ascher:

- richtlijn uit Maart, maar de gegevens kwamen pas in juni. Dus waarom niet vanuit voorzorgsprincipe is maar gezegd dat er toch PBMs gebruikt moest worden.

(10)(2e)

- niet waar dat deze gegevens niet beschikbaar zijn. Vanaf januari al inzicht in hoe verspreiding in gezinnen was. En vanuit ziekenhuizen kwam ook inzicht in risico's en via contactonderzoek. Sindsdien wel veel geleerd, dat je bijv. regels ontwikkeld over 3 min binnen 30 cm wel een PBM, maar als je minder dan 3 min binnen 30 cm dan hoeft je ook geen PBM in ziekenhuis. Communicatie had beter moeten.

Dik Faber:

- maatregelen nu is vooral voor horeca; is dit nu de maatregel om het virus in te dammen? Natuurlijk naast de basismaatregelen. Is het eerder sluiten nu echt het antwoord op de 2<sup>e</sup> golf? Zijn er geen andere maatregelen?

(10)(2e)

- andere maatregelen: OMT heeft toolbox met maatregelen, die lokaal of nationaal te nemen zijn. Betreffen de horeca, maar ook andere. Maatregelen hangen af van lokale duiding van situatie.
- Thuiswerken is belangrijk. Maar horeca besmettingen hebben we wel zien toenemen. En omdat het vaak in groepsverband is, werkt het als een verspreidingshaard tussen meerdere personen en groepen personen.

Van Est (PvdD)

- Besmettings% binnen huishouden is niet hoog (15%), is meer bekend waarom die 85% niet ze vatbaar is?

(10)(2e)

- Ik denk dat het vooral aantoont dat virus niet zo besmettelijk is. Eerste geval laat zich vaak pas na 3 dagen testen, dus persoon is al 4 a 5 dagen besmettelijk.

Kreuger (GL)

- Verpleeghuizen: waarom is zo laat de richtlijn aangepast?

(10)(2e)

- Achteraf gezien was het ongelukkig en hadden we beter moeten communiceren. Het is niet zo dat we elke dag de richtlijn napluizen om aan te passen.

Diertens (D66)

- Snelle testen heel belangrijk, nu duurt testen 4,1 dag na eerste klacht. Hoelang duurt het nu?

(10)(2e)

- Contact weet ik dat niet. We willen dat er zo snel mogelijk getest wordt en dat er binnen 1 dag uitslag is.

Staaij:

- Snotneusadvies: kinderen tot 13 jaar, niet laten testen bij milde klachten. Is dat door schaarste?

(10)(2e)

- Er is schaarste op testcapaciteit; ons is gevraagd of er groepen zijn waarbij opbrengst % lager is dan bij andere groepen. Dat is zo bij kinderen. Kinderen hebben vaker ook andere virussen.

50+

- Wordt data van google over gedragspatronen ook meegenomen in het OMT? Bijv. over thuiswerken?

(10)(2e)

- we geven het advies om thuis te werken. Communicatie ligt niet bij ons.

Van Hagen

- foutmarge bij PCR testen? Vorige keer gevraagd, nog niet gekregen. Kunt u dat alsnog doen?
- Wat is onzekerheden bij PCR testen? En bent u bereid om dit onafhankelijk te laten onderzoeken om onrust weg te nemen?

(10)(2e)

- dat laatste is een vraag voor beleid.
- Onzekerheden: als test foute uitslagen heeft (positief of negatief) heeft dat effect, met name als prevalentie laag is. Testen in NL letten op meerdere onderdelen, dus foute negatieven zijn laag.

Tk

- Hoe kan RIVM verwijzen voor richtlijn verpleeghuize naar gegevens binnen gezin? Dat is heel wat anders?

(10)(2e)

- term vluchtig was onhandig. Als er verpleegkundige handelingen worden verricht bij patient/persoon, dan moet je natuurlijk onder PBM richtlijn. Het ging echt om vluchtig contact als een kopje koffie aanreiken.

Kroger:

- Vraag blijft: op basis van welke inzichting richtlijn gesteld en waaro paangeapsat

(10)(2e)

- Werkgroep infectiepreventie; wetenschappelijke inzichten vanuit verschillende virussen. Deze tekst hebben wij bijna letterlijk gebruikt: wat zijn reele risico's als je buiten 1,5 meter blijft. En vluchtig: dat is dus niet verpleegkundige handelingen. Later is die richtlijn aangepast, want we realiseerden dat er in ziekenhuizen handelingen zijn waar in potentie mer verspreiding is; en we realiseerden door terugkoppeling in veld dat als men buiten 1,5 meter bent en de patient vraagt iets, kom je al snel binnen de 1,5 meter. En dat schiep onduidelijkheid. Dus door hoe het in het ziekenhuis gehandeld wordt en dat dat anders is dan bij verpleeghuizen.

Presentatie (10)(2e)

Veel over opschaling testen en laboratoria.

- We liepen aan tegen materialen, maar ook mensen: veel meer uren (laboratoria).
- Hoog volume laboratoria was opschaling minder snel dan gehoopt / of afgesproken. En enkele laboratoria uitgevallen, vanwege de mankracht.
- Laboratoria draaien meer dan duurzaam mogelijk is.
- Beperking materialen heeft ons parten gespeeld.
- Medisch microbiologie labs hebben best grote capaciteit (49.000).

-

(10)(2e) :

Over testen prioritaire doelgroepen

BCO capaciteit is lager dan positieve uitslagen, zeker gezien toename van komende tijd.

Virus gaat sneller dan snelste opschalingsplan.

Wordt gewerkt met risicogestuurd BCO.

Vragen TK

Veldman:

- Aantal regio's doen risicogestuurd BCO. Nu 30.000 testen, in najaar 85.000, waar bereid GGD zich dan op voor? Met welke uitgangspunten houdt u dan rekening? Kunt u het aan, en met welke maatregelen moeten we dan rekening houden?

(10)(2e)

- We hebben prognose gemaakt voor hoeveel mensen we kunnen opleiden.

- Dat is capaciteit die wij kunnen leveren.

- Wij gaan uit van door RIVM geleverde data. bezig met plan voor komend jaar.

(10)(2e)

- Er wordt nog veel opgeschaald: poolen, opschalen labs. Dus moet kunnen.
- Sneltesten zijn we aan het kijken.

DikFaber

- Commerciële laboratoria, hoeveel testen kunnen we extra uitvoeren?

(10)(2a)

- We zijn bezig met commerciële labs, veel capaciteit ingekocht. Steeds meer gebruik van maken.

Esch:

- Vleessector en testen?

(10)(2e)

- Voorrangsregeling, is wel moeilijk, want verschillende regelingen strijden met elkaar.

CDA:

- Veel verschillen tussen GGD's, waarom?

Opletten:

Alles rondom IC capaciteit; hele DGCZ kolom;

Richtlijnen: wel of niet schaarste, wat wordt daar precies gezegd.

Testen of er iets gezegd inkoop LCH

GGD beschikbaarheid beschermingsmiddelen