

ANNOTATIE DGV – CATSHUIS 1 NOVEMBER 2020
(o.b.v. alle verzamelde input 30 en 31 oktober, 1 november)

1. Input van 5.1.2e (mail aan MVWS, MMZS, 5.1.2e, 5.1.2e 1/11)

- Er zijn voorzichtige indicaties van afvlakking (duidelijke hint/geen overtuigend bewijs noemt 5.1.2e het) maar je moet wel echt goed en nogal hoopvol kijken naar grafieken en tabellen
-
- De veronderstelling dat pakket van 15/10 effectief is belangrijk in de ramingen van omslagpunt en daling daarna, meest actuele R is van twee weken geleden, actuele cijfers: omslagpunt nu niet geloofwaardig
-
- In termen van geschat aantal besmettingen is situatie vergelijkbaar met maart, maar nu willen we echt dat reguliere zorg en ondersteuning minder sterk wordt afgeschaald (extra druk op personeel)
-
- In slides komt echt onvoldoende naar voren dat zorg nu al overbelast is, we zitten al maand boven signaalwaarden IC en kliniek
-
- Reguliere (curatieve) zorg meer dan 25% wordt afgeschaald/uitgesteld (stuwmeer) en fors kwaliteitsverlies (in langdurige zorg) - heeft ook economische effecten
-
- Ziekteverzuim loopt ondertussen verder op, roosters niet meer te vullen, bij besmettingen in verpleeghuisinstellingen en mensen thuis is nu nog geen afvlakking zichtbaar
-
- Bij veel onzekerheid is vanuit zorgperspectief het voorzorgsprincipe belangrijk - een te afwachtende houding wordt in de zorg bovendien niet begrepen
-
- Wat eenzaamheid betreft: dat effect is er zeker en geldt breder dan alleen zorg en het is ook zeker een argument tegen verdere lock down.
-
- Je hebt dus effect via overbelasting - minder zorg - minder aandacht (positief effect van scherpere lock down) en een breder sociaal effect van scherpere lockdown (eenzaamheid neemt met 13 oktober

maatregelen al toe maar daar komt zeker ook iets bij). Het is in eerste instantie een maatschappelijk effect dat top termijn ook weer tot extra zorg kan leiden. Als het nog kan prima daar ergens een opmerking over te maken.

2. Technische annotatie van PDC-19 bij de sheets van 5.1.2e

SLIDE 6 - 7: Nameldingen

- Presentatie bevat zoals beloofd de aantallen meldingen per VR.
- Afgelopen dagen zat het percentage meldingen dat binnen 58 uur wordt gedaan op 84% (i.t.t. 87% in de periode daarvoor).
- Dat betekent dus dat er toch nog meer nameldingen zijn binnengekomen dan normaal.
- (N.B. Twente gaf deze week nog meldingen van het voorjaar (!) door).

SLIDE 8 - 12: R-waarde

- In de presentatie staat 3x een andere R-waarde berekend.
- Het is niet duidelijk wat de "officiële" R-waarde is voor 16 oktober.
- (N.B. In het AD beschreef 5.1.2e dat de R-waarde op 14 oktober "net boven de 1" zat. Dat heeft MVWS ook zo in de Kamer uitgesproken.
- Daarnaast suggereert het figuur dat de R-waarde richting eind oktober onder de 1,0 duikt.
- Maar RIVM gaf deze week aan dit "staartje" erg onzeker is en we zien in de praktijk vaak ook dat het een onderschatting betreft
- (N.B. dit is ook waar de Twitteraars deze week op aanschoten).

SLIDE 25-26 - Scenario-onderzoek

- RIVM verwacht dat de maatregelen dit keer wél effect hebben, maar geeft tegelijkertijd aan: "dit is óók de aanname in het model!"
- Waarschijnlijk bedoelt 5.1.2e hier dat hij aanneemt dat de mate van compliance behoorlijk goed is (zoals door zijn mensen aan ons aangegeven).
- Dit is tegelijkertijd ook het meest kwetsbare punt van de prognoses. Als de compliance toch lager blijkt te zijn, dan komt de R hoger uit.
- Dat zie je bijvoorbeeld in de bandbreedtes op slide 26. De R-waarde van 0.88 kan ook 0.99 worden.

3. Mails aan 5.1.2e 31/10 n.a.v. ambtelijk overleg VWS-NCTV-SZW-EZK op vrijdag 30 oktober (Van 5.1.2e, 5.1.2e)

Onzekerheid vs. Onbetrouwbaarheid van de modellen.

- de modellen van RIVM zijn juist zeer betrouwbaar. Ze hebben hun dienst bewezen in de 1e golf en zijn gebaseerd op peer-reviewed epidemiologisch-virologisch wetenschappelijke kennis
- maar een model is uiteindelijk altijd een vereenvoudiging van de complexe werkelijkheid
- daarvoor geldt: onzekerheid is iets totaal anders dan onbetrouwbaarheid. Een onbetrouwbaar model heeft fundamentele fouten; onzekerheid gaat over het meenemen van de weerbarstige praktijk
- een model dat een prognose doet levert daarom altijd een onzekerheidsmarge mee. Daarvoor geldt: de kans is 95% zeker dat de uiteindelijke werkelijkheid zich binnen die bandbreedte bevindt
- in het gevallen van de modellen van 5.1.2e is er wel 1 belangrijk punt: ze zijn gebaseerd op een "behoorlijke mate van compliance". Als de compliance lager uitvalt, valt de R dus hoger uit
- maar dat is logisch, want de grootste knop waaraan we kunnen draaien is gedrag. En die levert dus ook de grootste onzekerheid op.
- specifiek voor de zorgcapaciteit geldt wel dat binnen de zorg een andere weerbarstige praktijk geldt (zoals uitval van personeel). Dat zijn zaken die het RIVM niet in de modellen heeft, maar waar 5.1.2e 5.1.2e natuurlijk wel op te sturen heeft.
- Samengevat: zeer betrouwbare RIVM-modellen, met prognoses die altijd een zekere mate van onzekerheid met zich meebrengen, waarbij compliance de grootste onzekere factor is.

Verskil tussen het model van 5.1.2e

- 5.1.2e model berekent de dagelijkse bruto instroom in de ziekenhuizen (klinisch en IC),
- terwijl 5.1.2e de (per saldo) bedbezetting in de ziekenhuizen modelleert. Voor 5.1.2e is dat het meest relevant, want de Covid patiënten liggen lang in het ziekenhuis (8-16 dgn nu) en hij moet altijd (!) die capaciteit beschikbaar hebben. Dus dat moet je doorrekenen. Hij baseert zich daarbij op de Rt die 5.1.2e berekent, dus zijn model ligt in het verlengde van die van 5.1.2e
- 5.1.2e hebben dit afgelopen donderdag ook zo met elkaar doorgenomen.
- Goed om te weten dat het een niet fout is en het ander goed, maar dat het om twee verschillende zaken gaat die allebei relevant zijn:

- het virologisch verloop 5.1.2e
- en het beeld of de ziekenhuizen het aankunnen (5.1.2e)
- De grootste en acute zorg op dit moment is of de ziekenhuizen het straks aankunnen als de piekbezetting zich gaat voordoen (dat is iets anders dan de vraag of ze de piek-instroom aankunnen!)
- Het nctv heeft blijkbaar opgevat dat binnen VWS commentaar is op het model van 5.1.2e Dat is niet het geval, we hebben enkel het verschil tussen de verschillende modellen uitgelegd en de praktische zorgen van 5.1.2e benoemd; en ook gezegd dat het niet raar is dat 5.1.2e ook naar effecten van andere Rt-waarden kijkt om te kijken wat de ziekenhuizen in zo'n geval aankunnen.
Als nctv deze opmerkingen opgevat heeft dat we commentaar hebben op het model van 5.1.2e dan hebben ze ons blijkbaar nog niet goed begrepen.

Terugkoppeling voorbespreking bij NCTV

- Bij het nctv was op 30/10 een laagambtelijke voorbespreking van de scenario's. We hebben vanuit VWS het belang van (stringente) maatregelen benadrukt.
- Enkele opvallende inzichten:
 - nctv gaf aan dat het CPB ook benaderd was om te rekenen aan een economische vergelijking tussen scenario's (effect lockdown op economie versus gezondheid). CPB schijnt gezegd te hebben dat dit een "krankzinnig" idee is, zowel inhoudelijk als ook qua proces (hier heb je jaren studie voor nodig, dit kan niet in drie dagen met een simpele som).
 - EZK gaf aan dat de macro economische effecten van strengere maatregelen mbt doorstroom-, cultuur- en sportlocaties niet groot was (wel mbt strengere maatregelen voor detailhandel), zeker als het om een korte periode (2 weken) zou gaan.
- SZW had vrijwel geen inbreng
- We hebben stilgestaan bij het belang van handhaving, ook in relatie tot de kerstvakantie. Dat is een "superspreading" periode met veel familiebezoek (en dat is lastig te handhaven). Vanuit VWS hebben we benadrukt dat dan het virus maximaal onder controle zou moeten zijn, ook om te voorkomen dat er veel besmettingen komen die in de loop van januari als "derde golf" wederom voor veel druk op de zorg gaan geven (in een periode dat je echt snel het stuwmeer uitgestelde zorg wil inhalen).

BIJLAGEN TER INFORMATIE: TECHNISCHE Q&A'S DEBAT 28/10**BIJLAGE 1 - TECHNISCHE Q&A DEBAT 28/10: Onderschat het RIVM niet structureel de R-waarde? (NAV TWEET**

5.1.2e

5.1.2e

- De R-waarde is altijd gebaseerd op de periode tot 2 weken terug.
- De R-waarde van 1.16 is bijvoorbeeld van toepassing op de situatie op 9 oktober.
- Die berekeningen zijn heel betrouwbaar.
- Maar daarnaast berekent het RIVM óók de mogelijke bandbreedte van de R-waarde vanaf 9 oktober tot nu – zonder puntschatting.
- Echter, die is wel een stuk onzekerder.
- Dat zit zo:
 - De R-waarde is gebaseerd op (1) het aantal IC- en ziekenhuisopnamen en (2) de dag waarop deze patiënten symptomen ontwikkelden.
 - Maar het aantal mensen dat de afgelopen week of 2 weken in het ziekenhuis is opgenomen én symptomen in deze periode ontwikkelden is gewoonweg lager.
 - Dus weinig data en dus onzeker.
 - Daarnaast loopt deze band vanwege een statische artefact standaard naar de 1,0 toe. Dat leidt in dit geval tot een onderschatting.
 - Maar dat is dus alléén van toepassing op de periode tot twee weken terug.
 - Niet op de periode daarvoor.
- Het RIVM heeft aangegeven dat het beter is om die band in de periode van 2 weken terug tot nu uit het model te halen en dus ook uit het dashboard.
- Dat lijkt me goed want er moet geen discussie over bestaan.

BIJLAGE 2 - TECHNISCHE Q&A DEBAT 28/10: Bent u niet veel te optimistisch over het effect van de maatregelen op de R-waarde?

- Het RIVM heeft berekend wat het effect van maatregelen op de R-waarde is.
- Zo verwacht het RIVM dat per afgelopen maandag de R-waarde ongeveer 0.88 is (met een bandbreedte van 0.75-0.99) met alle onzekerheden van dien.
- In deze berekeningen wordt meegenomen wat het effect van maatregelen is op de sociale interactie, zoals het RIVM dat ook in de eerste golf deed.
- De aanname van het RIVM hieronder is natuurlijk wel dat mensen de maatregelen voldoende opvolgen (NOOT: RIVM gaat uit van een "behoorlijke mate van compliance").
- Met andere woorden: als de maatregelen door de meeste mensen goed opgevolgd worden en de naleving goed is, dan kunnen we de R-waarde onder de 0.9 krijgen en daalt het aantal besmettingen.
- Tegelijkertijd neemt het RIVM ook waar dat het gedrag van mensen wel aangepast wordt, maar dat dit niet zo snel gaat als in de eerste golf.
- Want in maart was er heel duidelijk sprake van een 'schrikeffect' en dat speelde duidelijk mee in de compliance.
- Dat is een belangrijk punt van zorg. Want gedrag is misschien wel 99% van de knoppen waaraan we met elkaar kunnen draaien.
- Daarom hebben we ook gezegd: we moeten eerst nog even goed kijken de komende dagen of we de bocht genomen hebben.
- Er zijn wat lichtpuntjes, die ik gisteren ook in de persconferentie heb genoemd, maar die zijn nog wel zwak.
- Als we de bocht niet genomen hebben en/of mensen passen hun gedrag onvoldoende aan, dan zijn zwaardere maatregelen vereist.
- Met dus ook een volledige lock-down als optie

BIJLAGE 3 - TECHNISCHE Q&A DEBAT 28/10: Wat is het verschil in de modellen van 5.1.2e en 5.1.2e die in de technische briefing zijn gepresenteerd?

DEEL 1 – VERSCHIL IN SCOPE

- Ten eerste hanteert het LCPS een andere scope dan het RIVM.
- Het LCPS maakt prognoses specifiek voor ziekenhuizen en niet de maatschappij in den brede.
- Het LCPS kijkt specifiek naar (1) de actuele en de verwachte bedbezetting, (2) de ontwikkeling in de patiëntpopulatie (oudere patiënten hebben andere/intensievere zorg nodig dan jongeren), en (3) wat er nodig is in de patiëntenzorg.
- Het RIVM kijkt daarentegen juist naar de ontwikkeling van het virus in de samenleving en ook het effect van maatregelen en compliance op het aantal besmettingen.
-

DEEL 2 – VERSCHIL IN METHODE

- RIVM:
 - Het RIVM maakt gebruik van internationaal wetenschappelijk gevalideerde modellen én op alle gegevens sinds het begin van de eerste golf..
 - Daarin baseert het RIVM zich o.a. op het effect van maatregelen op het aantal bewegingen en contacten dat mensen hebben. Dit zijn cijfers die bekend zijn uit de wetenschap.
 - Daarnaast baseert het RIVM zich op alle besmettingsgegevens die van dag tot dag verschillen en dus resulteren in een **veranderende R-waarde**.
 - RIVM maakt dus geen gebruik van de R-waarde om prognoses in de zorg te maken, maar van alle gegevens over besmettingen en ziekenhuisopnamen.
- LCPS
 - LCPS maakt gebruik van meer eenvoudige algoritmes.
 - LCPS baseert zich op de data sinds 1 september en op de R-waarden die uit het model van het RIVM komen.
 - LCPS houdt geen rekening met het effect van maatregelen.

- Ook is het LCPS model slechts gedurende 2 weken getest en vervolgens al toegepast.
- De prognoses zijn dus ook niet zomaar met elkaar te vergelijken.

DEEL 3 – VERSCHIL IN CIJFERS/PROGNOSES

- RIVM
 - Verwachte piek in IC-bedbezetting: circa **600** COVID-patiënten, begin november.
 - Verwachte piek in kliniek-bedbezetting (excl. IC): circa **2900** COVID-patiënten, begin november.
 - **ONDER DE AANNAME DAT DE MAATREGELEN VAN TWEE WEKEN TERUG WERKEN.**
- LCPS:
 - In de worst-case scenario's baseert het LCPS zich op een permanente R-waarde van 1,2. Dat resulteert in een steeds verder stijgende lijn met:
 - **1219** COVID-19patiënten begin december op de IC
 - **4513** COVID-19 patiënten begin december in de kliniek (excl. IC)
 - Bij een permanente R-waarde van 0,9 komt LCPS uit op:
 - Een piek van **470** COVID-19 patiënten half november op de IC
 - Een piek van bijna **2500** COVID-19 patiënten begin december.
 - **LET OP: DE PIEK IN DE KLINIEK VOLGT VOLGENS LCPS DUS LATER DAN OP DE IC.**

BIJLAGE 4 - TECHNISCHE Q&A DEBAT 28/10: Wat verklaart het verschil tussen het aantal ziekenhuisopnamen bij de GGD en die van NICE?

- Er is niet alleen sprake van achterstanden.
- Door een verruimd testbeleid, worden infecties al vóór ziekenhuisopname vastgesteld, en worden er daarom dus minder ziekenhuisopnamen aan de GGD doorgegeven.
- Dat zit zo:
 1. Tijdens de eerste golf werd er weinig getest. Een besmetting werd dus meestal in het ziekenhuis bevestigd, en daar is ie dan meldingsplichting.
 2. Door de verruiming van het testbeleid nu worden de meeste infecties al vóór ziekenhuisopname vastgesteld en dus aan de GGD gemeld vóór ziekenhuisopname.
 3. Dat betekent dat de GGD dus minder ziekenhuisopnames door krijgt, omdat veel besmettingen al in de GGD-teststraat worden vastgesteld.
 4. De ziekenhuizen hebben wel zicht op welke patiënt besmet is, en geven dat netjes door aan NICE, maar dus niet meer in alle gevallen aan de GGD.