

We kijken ook naar RSV bij ouderen. Misschien dat het vaccin voor influenza niet nodig is, maar het komt vermoedelijke een keer terug.

Vraag MVWS: zou de bereidheid om een grieprik te krijgen nu groter zijn in de zorg? Zou dat influenzagolf kunnen voorkomen?

5.1.2e

Op hoofdlijnen ziet hij 3 scenario's:

1. Ongelooflijk effect van vaccinaties op mutanten die daar niet echt onderuit komen, zodat je met veel vertrouwen richting winter kan.
2. Dat dat vaccinatie effect niet helemaal zo gaat werken (meest waarschijnlijk). Er zijn toch veel groepen die zich niet laten vaccineren en we zien de opkomst van de deltavariant. Dan spreek je dus toch over een opleving in het najaar. Moet je dan niet aggressiever (achteraf vond hij dit geen fijn woord, liever assertiever) op de clusters gaan zitten? Dat hebben we tot nu toe niet gedaan, maar een matig bestrijdingsbeleid gevoerd. We zouden er assertiever op kunnen gaan zitten, zeker tav vakanties.
3. 3^e variant: rampzalig, dat het hele virus ontsnapt aan het vaccin. Daarvoor moeten we Capaciteit en tools beschikbaar hebben, maar geeft wel een uitdaging gezien aantal testen. Daarnaast moet dan gewerkt worden aan draagvlak en vertrouwen vanuit de samenleving.

5.1.2e Voor nu staat het 2^e scenario geagendeerd: wat moeten we dan nog extra doen daarvoor?

5.1.2e : De aantallen waren steeds zo groot dat uitgebreid screenen op varianten lastig was. Nu is er laboratorium capaciteit beschikbaar. Door PCR testen meer in te zetten voor screenen en een assertiever bestrijdingsbeleid is de kans groter om de besmettingsgraad langer laag te houden.

5.1.2e In regio Rotterdam haven heeft de deltavariant nu al groter aandeel. Daar op springen met een meer risicogerichte aanpak.

Je zou kunnen kijken bij alle arbeidsmigranten, hoe de vaccinatiegraad daar is. Meer testen voor toegang bij dat soort bedrijven: tools die er zijn gebruiken daar waar hardste nodig is. Vraagt wel commitment: je moet het willen. De tools zijn er, maar we zitten nu meer in een monitoringsstand dan dat we er wat mee doen.

MVWS: ook als het gaat over BCO, is dat niet moeilijk in te regelen, maar zijn er nog aanvullend instrumenten nodig?

5.1.2e BCO zou minder vrijblijvend kunnen zijn, bijv. als aantallen behapbaar zijn, moet dat kunnen. Het is veel waard om deze variant serieus te nemen (vb. VK)!

MVWS: delta variant gaat rond in typische wijken (migranten, etc.) en waar mensen nog maar 1 keer geprikt zijn. Zijn wij dan net zo kwetsbaar als de Britten? We zetten niet alleen in op hoge, ook op homogene vaccinatiegraad.

5.1.2e Engeland heeft meer binding met gebieden waar deltavariant vandaan komt. We zien dat deltavariant bijvoorbeeld in Duitsland gelinkt is aan mensen die daar vandaan komen. We maken nog steeds niet de keuze om per variant ander beleid te hanteren.

In Duitsland is quarantaine anders ingericht dan in NL. Er is altijd een relatie tot nu toe met India. In Engeland ook.

5.1.2e : in NL niet.

5.1.2e : na bijna een maand gingen we naar exponentiële curves. We kunnen de keuze maken: gericht bestrijdingsbeleid op uitbraken van variant. Die keuze is aan de GGD. Nu hebben we nog niet per variant een ander bestrijdingsbeleid. Dit is het moment om daarover na te denken.

5.1.2e : hoe anders zijn wij qua vaccinatie? Als je kijkt naar waar Engeland stond toen dit begon te spelen, lijkt dat op waar wij staan. We hebben nog behoorlijk veel mensen op de eerste dosis. Het speelt in die zin ook in NL.

5.1.2e

Ik kijk vooral naar de productie. Soms helpt het om naar het buitenland te kijken. Amerikanen hebben voor 1.7 miljoen doses antiviraal middel ingekocht, als verzekeringspremie. Als je dat vertaald naar NL: zouden we 80-85 duizend doses die we van tevoren kunnen klaarzetten voor het geval er een uitbraak zou komen. Dat zou een soort verzekeringspremie kunnen zijn om te voorkomen dat mensen in het ziekenhuis terecht komen of we in een lockdown komen. Kortom: er komen ook andere middelen steeds meer beschikbaar.

5.1.2e

Ik kijk vanuit ervaring met andere crises en de testinfrastructuur. Belangrijk om scenario's die Jan schetst diepgaander te analyseren. Wat is het most likely scenario en wat is het most dangerous scenario. Maatregelen handhaven die het meest helpen in het meest likely scenario en maatregelen achter de hand houden voor most dangerous scenario.

Eens met 5.1.2e om te blijven monitoren en dat risicogericht te doen. Scholen worden genoemd, maar ook achterstandswijken, evenementen. Gericht screenen. Vraagstuk: hoe doe je dat minder vrijblijvend. In NL is het nog steeds eigen keuze. Als het de eigen keuze blijft is het communicatieaspect heel belangrijk: de crisis is nog lang niet voorbij ook al ben je gevaccineerd. Kijk maar naar Engeland, waar de vaccinaties verder zijn. Het is nog geen gelopen race. We moeten maatregelen blijven treffen en evt. opschalen. Verwachtingsmanagement is heel belangrijk.

Meegeven voor de tweede helft van het jaar: schaalbare testinfrastructuur in stand houden, zonder kapitaalverspilling. Laatste maanden hebben we veel parallele structuren opgezet. GGD, toegangstesten, testen voor grenswerkers, testen voor reizigers. Zorgt voor inefficiency. Hoe kunnen we daarin synergie creëren en optimaler gebruiken. Hoe kunnen we schaalbaarheid, flexibiliteit in structuren vergroten. Zodat we kunnen meebewegen in de endemische fase. Wat is daarin de rol van het bedrijfsleven? Heeft zich dusdanig ontwikkeld dat er kwaliteitsslag is gemaakt en schaalbaarheid mogelijk is. Kwart miljoen testen per dag zijn kort geleden in heel korte tijd opgebouwd. Dat kan het bedrijfsleven. Dat mechanisme hebben we straks nodig achter de hand.

Deze fase moeten we ook gebruiken om beleidsevaluatie te doen. Lessen trekken uit wat er hier is gebeurd. Dit is niet de laatste pandemie. Zijn er structurele lessen.

- VWS is beleidsministerie die met enorme uitvoerende taak wordt geconfronteerd. Moeten we dat niet anders inrichten.
- GGD 'en zijn regionaal gericht en vinden landelijk opschalen lastig.

Bij andere crises heb ik geleerd dat als je de lessen nu niet leert, het later niet meer lukt. Verandering moet nu, hoe druk we het ook hebben. Moeten we doen in Q3, Q4.

Er zijn parallele structuren in test capaciteit ontstaan. Hij zou ervoor pleiten om deze te integreren en meer centraal te organiseren. Onderwijs is een risicofactor, maar tegelijkertijd is juist binnen die sector het testen en monitoren niet goed ontwikkeld. Daar strakker de regie op voeren. Meer begeleid testen en monitoren. Als het niet binnen GGD kan, complementair in aanvullende structuren. Daarnaast meer de samenwerking zoeken met andere vormen van testen die zich voor doen, zoals reizigerstesten.

5.1.2e

Ten eerste is het heel belangrijk dat we gaan afschalen maar daarbij moeten we wel voorzichtig zijn en basiscapaciteit behouden, waarbij je snel en flexibel kan opschalen vergelijkbaar met rampenbestrijding.

Hij is het eens met 5.1.2e: we zijn nu uiteengegaan in verschillende sporen. In deze fase was dat zinvol, maar zeker voor komende fase moeten we dit veel meer bij elkaar brengen, als je praat over flexibiliteit.

Governance anders inrichten. De spanning tussen autonomie vs de noodzaak snel op te schalen in een pandemie en strak sturen is erg aanwezig. Dat is een van de grootste lessen. We moeten toe naar governance, waarbij je in ernstige fases strakker en met meer doorzettingskracht kan sturen. dat raakt de informatievoorziening die daarvoor nodig is, meer richting één ICT infrastructuur.

Ten slotte over de innovatiekant. Er is wetenschappelijke onzekerheid tav varianten en daarvoor gebeurt veel onderzoek. Goed om de internationale samenwerking op dat punt te versterken. Zowel op het humane vlak als veterinair. Ook op punt ontwikkeling testmethoden, daar zijn veel kansen. Dit is ook gebleken uit gesprekken met experts.

5.1.2e

Maatschappelijk en samenlevingsperspectief.

Houdt vast aan integrale beweging. In de loop van het jaar hebben we daar goede stappen op gezet, om naast epi beeld ook sociale, maatschappelijke en economische aspecten in beeld te brengen. Houdt daaraan vast. We hebben het nu sterk over de virusbestrijding, maar we hebben ook geleerd dat we daarnaast in moeten zetten op flankerend beleid. Psychisch welbevinden, baanverlies etc.

We kunnen een aantal groepen nu benoemen die naast kwetsbaar voor het virus ook te maken krijgen met cumulatie van andere effecten. Migratieachtergrond, dak en thuislozen. Die groepen zou ik specifieker in de gaten willen houden als er nieuwe uitbraken na de zomer komen.

We hebben ook teruggekeken naar eerdere crises. Je ziet altijd dat de sociaal-maatschappelijke effecten veel langer duren. In het oog van de crisis moet je daar al stevig op inzetten. Het meest risicovolle is dat bij nieuwe oplevingen weer loslaten, want die effecten lopen veel langer door dan de besmettingen.

Denk dat we al goede dingen in gang hebben gezet rond jeugd en ouderen bijvoorbeeld: hoe kunnen we het eigenaarschap daarvan weer terugleggen in de samenleving. Wat kunnen sectoren zelf doen als er een uitbraak is, zodat mensen zelf klaarstaan.

5.1.2e

In alle scenario's zijn er groepen die kwetsbaar en angstig blijven. Mensen die niet zomaar terug willen naar de oude samenleving. Als ziekenhuizen weer vollopen is het mogelijk mensen aan de maatregelen te laten houden, maar anders is het draagvlak veel minder. Zijn er andere manieren waarop we kwetsbaren en angstige mensen kunnen beschermen? Mensen adviseren over omgeving en gedrag, of over zelftesten etc.? Op het moment dat de ziekenhuizen nog niet vol liggen is moeilijk terug te gaan naar de maatregelen.

5.1.2e

Eens met 5.1.2e over leereffect in de sector zelf.

Scenario's van 5.1.2e most likely scenario over bepaalde groepen, bepaalde pockets van de deltavariant in beeld krijgen en daarop acteren. Voordeel dat als het daarbij blijft, dat maatschappelijk draagvlak groter is. Omdat niet iedereen last heeft van maatregelen.

Open vraag: is er ook nog een ander scenario denkbaar, dat we misschien met twee vaccinaties niet voldoende beschermd zijn en dat we op grote schaal naar een derde prik/booster toe moeten.

5.1.2e

Spanning tussen het lokale versterken versus centraal crisismanagement. Dat conflicteert hier en daar. Het moet gemakkelijker georganiseerd worden, eens met 5.1.2e Maar daarbij blijft het cruciaal om regie in regio te gaan versterken. Risico gestuurd BCO, handelingsperspectief.

We proberen te achterhalen wat er bij het ESF gebeurt is. Dat is onmogelijk. Dat moet anders als we na de zomer klaar willen staan voor actiegericht BCO. Snelheid en efficiëntie van goed geoliede machines van de teststraten koppelen aan lokale kennis en sturing n.a.v. BCO.

Antiviraal middel: welke dan? Resultaten zijn nog niet fantastisch.

5.1.2e

Hij gaat er vanuit dat een 3^e vaccinatie nodig is. Daar kun je op plannen en je moet er vanuit gaan dat dat in najaar nodig wordt.

Hij had nog andere vraag nav opmerking 5.1.2e in het OMT zitten ze erg op bestrijding, toolbox en r-waarde. Wat zijn nu de effecten van maatregelen, welke hebben specifiek negatieve impact? Vb. avondklok. Dit blijkt niet zo belastend voor mensen, terwijl juridisch zwaar. Welke maatregelen richten nou disproportioneel veel schade aan? Vb. handen wassen. Afstand houden is de vraag of dat wel weinig belastend is. Hebben we daar zicht op?

5.1.2e

Bij de gedragsunit van het RIVM is veel verzameld. Daarbij moet je onderscheid maken tussen wat mensen zo zeggen en wanneer je gaat vragen: houd je je eraan? Gedrag vs opvatting. Onderzoek SCP: In gedrag hebben mensen het meeste last van het missen van kleine ontmoetingen (Vrienden zien, bezoek thuis, dagelijkse dingen). Dat begint effect te hebben.

Hij kan zich indenken dat je bij testen en vaccineren een crisisstructuur nodig hebt, maar qua gedrag is het een groot gedragsexperiment. Als je heel lang van bovenaf blijft opleggen terwijl mensen die dingen niet dragen, wordt het steeds moeilijker.

Op gedrag: kun je dit meer in de samenleving leggen? Bij scholen, bedrijven etc. want centraal werkt op den duur niet meer.

En qua testen en vaccineren? Daarvoor ook echt goed werkende infrastructuur nodig. Dan is het logisch dat dit iets meer centraal wordt georganiseerd.

Nu korte wrap up (2^e scenario 5.1.2e)

Term 'agressief' niet gelukkig gekozen: beter 'gerichter' of 'assertief'.

5.1.2e bij assertieve variant hoort testen en bco waarmee je meteen actie kunt ondernemen, bijv. omv PCR op veel meer plekken, waarbij je niet hoeft te wachten op sequenzen.

En de contingency inbouwen dat er iets mis kan gaan met vaccins. Vb. mnra vaccins bepaalde bijwerking of ergens productieprobleem of eerst rest vd wereld vaccineren.

MVWS

bij testen plannen we voor most likely, maar ook voor most dangerous? Nu is het erg gericht op surveillance en we zijn pas assertief bij een uitbraak. BCO moet in tact blijven + dichter bij GGD. Testen bij klachten.

Maar nu zijn er zoveel typen testen (zoals 5.1.2e zegt) komt de vraag op: is het allemaal niet veel te veel infrastructuur naast elkaar. Zou je er meer één infrastructuur van kunnen maken in dienst van publieke gezondheid? Vb. bedrijven en GGD over toegangstesten ook zien als in dienst van publieke gezondheid?

5.1.2e

De uitvoering van het vaccinbeleid is afhankelijk van de scenario's. Daarop kunnen we voorbereiden met afschalings scenario waarbij een basis infrastructuur wordt behouden voor zowel testen als vaccineren

Als we een soort dijkbewakingssysteem opzetten, betekent dat ook iets voor zorgaanbieders om hieraan mee te werken, ook qua inkoop. Dat is nu nog niet ingeregeld.

MVWS

Punt van 5.1.2e over vaccinbooster: we hebben al contract met Pfizer voor 2022 en 2023. We zijn in gesprek met Moderna: ombouwen van huidige vaccin tot boostervaccin dat bestand is tegen varianten. Moderna kan dat extreem snel doen.

Delen jullie dat de GGD – als je de infrastructuur meer op elkaar wil plakken – een grotere rol moeten nemen in public health?

Als we intro Britse variant willen vertragen, moeten we dan niet nog even doorgaan met toegangstesten en niet te snel de 1,5 m op grotere groepen loslaten? Als je naar ziekenhuisbezetting kijkt kunnen we misschien loslaten, maar als je naar de varianten kijkt niet.

5.1.2e

Inderdaad niet te snel loslaten. Gegevens van toegangstesten moeten zo beschikbaar komen, dat we varianten kunnen bepalen.

5.1.2e

Voorstander van 1,5 m. toegangstesten: data moet beschikbaar komen voor de GGD. Het moet op een andere manier. Met antigeentesten kunnen we varianten niet monitoren.

5.1.2e

Later toch weer opschalen is heel slecht voor draagvlak. Dus verstandig afschalen is belangrijk. Mensen nemen toch meer vrijheid dan wat wij afkondigen.

5.1.2e

Wrap up: aantal aanvullingen en vragen van MVWS.

Tweede ronde:

5.1.2e

Moderna kan aangepast vaccin leveren: als dat daadwerkelijk zo is, dan hoeven we maar kort extra maatregelen te nemen. Lockdown is niet uitgesloten als het virus zich volledig onttrekt aan de vaccins.

Met heel veel testen kun je ook in hoog endemische fase met preventief testen beperkende maatregelen voorkomen en toch veilig functioneren. Vraagt enorme testcapaciteit.

5.1.2e

Eens. Hoe kunnen we risicogericht en gefaseerd de lockdown afbouwen? Dat moeten we ook andersom kunnen doen. Die flexibiliteit in het systeem inbouwen, dat je altijd een paar stappen terug kan doen.

Daarnaast reageren op 5.1.2e over geschiktheid van toegangstesten voor monitoren. Misschien moeten we daar meer indringende eisen aan stellen, dat 5 procent een PCR test moet krijgen. Voorzichtig met conclusies trekken over dat toegangstesten niet werkt.

5.1.2e

reagerend op anderen: als het echt fout gaat moeten we verzekeringspremies klaar hebben op meerdere fronten: vaccins is er een. We moeten kijken naar fabrikanten van mnra vaccins en z

Zorgen dat ze ook daadwerkelijk hier kunnen leveren. Tegelijkertijd weten we nu nog niet wat lange termijn effecten daarvan zijn, of daar bijwerkingen bij komen.

Ten slotte: meer inzet op antivirale middelen die virus doden of stoppen als infectie optreedt.

We hebben het de hele tijd over NL, in de rest van de wereld zijn we nog lang niet klaar. Daar moeten we veel meer op focussen, niet alleen op het probleem hier.

5.1.2e De hele discussie is afhankelijk van prevalentie op dit moment. Als toegangstesten met prevalentie van 20 procent is het niet te doen. Met 6 procent staan we nu nog steeds hoog in Europa. (?)