

Kernpunten Technische Briefing

5.1.2e	RIVM
5.1.2e	LCDK
5.1.2e	, 5.1.2e

Maximaal 2 vragen per lid

Tijd: 1230 – 1500

Kernpunten 5.1.2e :

- Algemeen beeld: qua besmettingen is situatie vergelijkbaar met maart, maar qua ziekenhuisopnames niet.
- Strategie: deze is nog steeds gericht op indammen virus, voorkomen bestrijden van uitbraken, met vergezicht naar betrouwbaar vaccin maken.
- Doelen: beschermen van kwetsbaren, ziekenhuiszorg intact, monitoring virus (dit gebeurt met dashboard en early warning systemen).
- Besmettingen, opnames en doden: In Osiris nu 95995 gevallen, met daarbij 13% opgenomen in ziekenhuis, daarvan 25% op IC, en daarvan 28% overleden. Op dit moment **4,2 procent** van de 2,1 mln testen positief. **Zorgelijk dat het percentage positieve testen toeneemt.**
- Versoepeling: eerdere versoepelingen zijn gedaan in de hoop dat men zich aan de (essentiële) basisregels (afstand houden, thuiswerken etc.) hield. Die maatregelen staan sterk onder druk blijkt het gedragsonderzoek.
- Het reproductiegetal: laatste berekening op 1,33. Deze schatting grijpt ongeveer 2 weken terug. De r was omlaag gebracht, maar komt weer omhoog. De R is in het hele land aan het toenemen (hele land boven de 1 vanuit het westen).
- Schatting aantal besmettelijke patiënten: Naar schatting waren er in maart bijna 300.000 personen besmettelijk waren, heeft geleid tot hoge ziekenhuisopnames. Schattingen zijn dat dat nu ongeveer 100.000 mensen. Het overall beeld: we liggen aanmerkelijk lager dan in maart, maar het is duidelijk aan het oplopen.
- Het totaal aantal personen dat besmettelijk is geweest: uit Sanquin tests blijkt dat circa 1mln NL's zijn geïnfecteerd geweest.
- Ziekenhuisopnames: veel minder dan in maart, maar we zien een duidelijke toename. Er worden alweer cohorten (aparte afdelingen) opgezet in ziekenhuizen. Vooral Noord en Zuid Holland zo ook Brabant.
- Leeftijdistributie: met name 20-30 jarigen grote piek besmettingen. Bij kinderen gelukkig weinig gevallen. Ook weinig gevallen bij de ouderen. Opnames zijn vooral ouderen, maar toch ook zeker jongeren. Gemiddelde leeftijd van personen die komen te overlijden is 80+.
- Verpleeghuizen en woonzorgcentra: Ook hier ziet men nu een systematische toename in het aantal gevallen.
- Ligduur verpleegafdelingen bedden: waarschijnlijke relevante afname van 9 dagen in maart (op de verpleegafdeling) naar 7-7,5 nu.
- Verpleegbedden die we kunnen verwachten: aantal bedden (incl IC) is nu 410. Verwachting aantal opnames neemt toe, maar loop minder snel op. Maar er is een behoorlijke onzekerheid over deze schattingen.
- IC opnametijd: afgenomen van ongeveer 3 naar 2 weken. (21 dagen naar 14). Hier zou theoretisch meer capaciteit uit kunnen voortvloeien. –
- IC prognoses toekomst: een geschatte toename, veel minder stijl dan in maart, maar wel een toename. Toch iets om op te acteren.

- Wat zou dat acteren moeten zijn? Thuiswerken effect is weg volgens google. Waar initieel veel thuisgewerkt werd, bij de laatste metingen van 1,5 week terug naar de waarde van bij wijze van spreken januari. Er wordt nog wel 20% minder gebruik gemaakt van OV (inschattingen). Indicatie dat thuiswerken waar dat kan dat dat minder wordt opgevolgd.
- Internationale vergelijking maatregelen: NL zit duidelijk aan de milde zijde. Hier geen papiertjes om naar de supermarkt te mogen. Zweden heeft minder gedaan dan de andere landen.

Samenvattend: waar staan we momenteel?

- Evidente toename gevallen, niet alleen toe te schrijven aan dat er veel getest wordt, want percentage positieve testen neemt ook toe (net als rest van Europa).
- In buitenland hebben ziekenhuizen met vergelijkbaar beeld als wij hier hebben moeten opschalen. Momenteel zijn 50-60000 personen besmet in NL, net als in UK.
- Er is geen enkele aanwijzing dat het virus milder is geworden.
- Al met al: 5.1.2e geeft aan dat we op een kantelpunt zitten. Toch wel nadenken over verdere maatregelen. Als er één van belang is, is dat communicatie om de basisregels uit te blijven voeren.

Vragen van leden aan 5.1.2e :

Agema PVV: 5.1.2e spreekt over 2^e golf. Wat opvalt: 5.1.2e blijft bij zijn basismaatregelen. Waarom heeft 5.1.2e het niet over microdruppels. Het OMT geeft in haar laatste advies aan: geen preventief gebruik mondkapjes in binnenruimtes. Waarom blijft hij en het OMT bij zelfde maatregelpakket, en waarom zet men niet in op betere ventilatie?

- **RIVM:** wij vinden die regels van essentieel belang, omdat we het virus daarmee onder de knie hebben gekregen. Microdruppels spelen wel een rol bij verspreiding maar er is geen aanwijzing dat dit doorslaggevende invloed heeft gehad op verloop van pandemie in Nederland. Waarom moeten we nu andere maatregelen kiezen? We weten dat deze maatregelen essentieel zijn en werken. Daarnaast: wij hebben veel gezegd over ventilatie, en daarover geïnitieerd. Er is niemand in het OMT die ventilatie geen belangrijke rol toedicht.

Marijnissen SP: de inzet beschermende middelen ouderenzorg. Aanvankelijk was de RIVM richtlijn bij vluchtig contact eerst geen PBM's nodig, en nu wel?

- **RIVM:** bij opstellen richtlijn zijn medische biologische afweging risico's. Er wordt gekeken naar risicoprofiel is van iemand in huishouden komt, die werd in verpleeghuizen eerst beoordeeld als gering. In de praktijk bleek dat verpleegkundige handelingen aan de patiënt wel hoger risico is in verpleeghuizen, net als in ziekenhuizen. Dat deze veranderingen niet expliciet benoemd en gecommuniceerd zijn bij aanpassing richtlijn, is onhandig van het RIVM geweest.

Marijnissen SP: vergaande gevolgen heeft dit. Kunt u iets meer duidelijkheid geven over telefoontje 5.1.2e ?

- **RIVM:** kan ik niet zeggen. Moet worden nagekeken.

Asscher PvdA: waarom niet uit voorzorgprincipe die PBM's? Waarop is de richtlijn gebaseerd, op toekomstige kennis?

- **RIVM:** dat richtlijn gebaseerd is op toekomstige kennis is niet juist. Al heel was er inzicht over verspreiding uit thuissituaties en ziekenhuizen. Vanaf 1^e geval werden risico's bijgehouden.

Asscher PvdA: moet je niet meer en nadere maatregelen nemen?

- **RIVM:** Het neemt idd toe. Maar: samenstelling besmettelijke groep nu = anders qua leeftijd. Als maatregelen niet werken, dan zou dat mogelijk wel moeten.

Dik-Faber CU: horecamaatregelen. Is dit alles? In hoeverre kan hij de afwegingen hierover schetsen deze maatregelen schetsen bij OMT.

- **RIVM:** horeca; vanuit OMT een toolbox ontwikkeld, lokale maatregelen bij bepaalde mate van infectiedruk. Toolbox is er, hangt af van cijfers, lokaal beeld, etc. Punt bij horeca = samenkomen in een groep, dat dat toch een hub kan worden anders dan bij andere beroepen.

Van Esch PvdD: wordt er onderzoek gedaan naar waarom 85% van de mensen niet besmet raakt? Hoe komt het dat deze groep niet vatbaar is?

- **RIVM:** heeft niet iets te maken met vatbaarheid, je moet het zien als: hoe besmettelijk is dit virus? Andersom redeneren dus.

Kröger GL: aanpassingen richtlijnen PBM verpleegzorg: waarom is dat zo laat gebeurd, en heeft u daar spijt van?

- **RIVM:** buitengewoon ongelukkig gegaan, we beter communiceren over verandering. Kan daar niet veel aan toevoegen.

Diertens D66: belang snelle uitslag test is belangrijk. Hoe lang duurt dat nu?

- **RIVM:** weet ik nu niet. We horen over de vertragingen. Het liefst wil je zo snel mogelijk uitslag om iemand zo snel mogelijk in isolatie kan doen, zodat die niemand kan besmetten. Het is heel belangrijk en wordt alleen maar belangrijker om te gaan testen. Precieze doorlooptijd weet 5.1.2e niet.

Van der Staaij SGP: er is schaarste in de testcapaciteit. Waarom eerst wel kinderen met snotneuzen testen en nu niet?

- **RIVM:** omdat deze groep met een snotneus minder vaak besmettelijk is. Als de vraag aan het OMT is omtrent prioritering testen door schaarste, is dit de groep.

Van Otterloo 50+ : thuiswerken, waarom wordt dat niet extra benadrukt?

- **RIVM:** ja daar moet idd goede communicatie over zijn.

Van Haga: foutmarges PCR. Kunt u aangeven wat de onzekerheden zijn van deze testen?

- **RIVM:** PCR is in hoge mate specifiek, zeker in NL. Maar, er moet met verstand naar deze uitslagen gekeken worden, en dat gebeurt ook in NL. Wel is het zo dat wanneer er asymptomatisch getest wordt, het met PCR lastig te achterhalen is is wat er precies speelt bij een persoon (bijvoorbeeld omdat er ook niet-werkzaam virus gevonden kan worden).

V Haga: Wat is het statistisch gezien gevolg wanneer nauwkeurigheid PCR minder hoog blijkt voor berekening R getal?

- **RIVM:** hier wordt naar gekeken, dat laat hij weten.

Kuzu Denk: hoe verklaart u dat de maatregelen zo gericht zijn op jongeren en niet op ouderen?

- **RIVM:** het virus is niet anders dan in maart. Wat wel een verschil is: kwetsbare groepen zijn zich veel bewuster van risico's gaan gedragen dan niet kwetsbare groepen zoals jonge mensen. Dat kan effect hebben.

V Kooten Arissen: wat is vluchtig contact? Omdat het al dan niet gebruik van PBM is gelinkt aan vluchtig contact?

- **RIVM:** bijvoorbeeld glas water aangeven. Vluchtig contact bleek een lastige term te zijn. Wanneer er verpleegkundige handelingen worden verricht, dan moet men PBM hebben. De eerdere richtlijn ging uit van het aangeven van bijvoorbeeld een kopje. En geen verpleegkundige handelingen.

Kernpunten 5.1.2e – LCDK

- Organisatie LCDK: zij gaan uit van verwachte vraag, labcapaciteit, leveranciers en samenwerkingen.
- Uitleg opbouw testcapaciteit door de tijd: zie slides. Eerst diagnostiek > 13 opschalingslabs > MML's > GGD's > 8 pandemie labs. Parellele ICT ontwikkeling en aansluiting van 25 GGD'en en 64 andere labs.
Inkoop gebeurde via LCH
- Andere schaalvergroting: Pooling, buitenlandse samenwerking. Deze buitenlandse samenwerking werd eerder niet opgezocht (was niet duidelijk wat buitenland zou doen met doorlooptijden)
- Problemen bij opbouw testcapaciteit: problemen met machines, pooling, late ingang afspraken (1 oktober), labs die in praktijk blijken minder capaciteit te hebben dan beloofd, uitval labs (met name omdat personeel het niet vol hield) opschaling bleek minder snel te gaan dan afgesproken
- Ontwikkeling vraag: op dit moment wordt de duurzame capaciteit overschreden. Totale COVID testvraag per dag zit nu op ongeveer 37000.
- Boel geeft aan dat er een capaciteit van 68000 tests (covid en non covid) bestaat als er geen materiaal – en personeel problemen waren
- Innovatief testen: daar is voortgang maar dit wordt nu nog gering toegepast. RIVM onderzoekt deze testen.
- Waar staan we nu met testen? Er is een tweede aanbesteding machines, aanbesteding pooling is afgerond, er zijn contracten met buitenland.

Kernpunten 5.1.2e GGD Holland over BCO

- Prioritair testen onderwijs en zorgmedewerkers. Afspraken hiervoor zijn gemaakt, speciaal nummer is ingericht, 400 call agents getraind, onderwijs- en zorg instellingen geïnformeerd.
- Voor deze groepen is herschikking geweest in capaciteit. Je wilt geen buitenlandse labs voor deze groep, want je wil dezelfde dag uitslag, en dat gaat niet met buitenlandse labs.
- Er staan 150 call agents op deze groepen. Deze moeten helaas soms een dikke huid hebben omdat mensen hun lelijk te woord staan.

- Cijfers: Eerste dag 6736 afspraken gemaakt voor specifieke groepen. Verwachting dat dit een eerste piek is, en dat het hierna afneemt. Vandaag tot 10:00 s'ochtends 1933 gesprekken.
- BCO: er moet steeds verder vooruit gepland worden. Komende weken mogelijk meer ruimte doordat materialen weer aanwezig zijn.
- BCO capaciteit neemt toe van 7500 naar 10000 in 5 weken. Maar: het aantal positieve testen neemt zeer snel toe. Dit neemt sneller toe dan de toename in BCO capaciteit is.
- Kloof wat er qua BCO kan en wat er nodig is, wordt gigantisch groot.
- Daarom is VWS gevraagd wat hiermee te doen. 6 uur daarna is al intensief overleg geweest met alle partijen en daar plannen over te maken. Het virus schaalt sneller op dan het snelste opschalingsplan.
- Bottleneck opschaling = opleidingscapaciteit en medische supervisie.
- Risico gestuurd BCO er is besloten tot risico gestuurd BCO. In alle gevallen vind BCO plaats, besmette personen en contacten worden gebeld. Maar vanaf het moment GGD's gaan bellen wordt er triage gedaan. In het gesprek wordt vastgesteld of een persoon zelf zijn contacten kan informeren.
- 5.1.2e onderstreept belang van thuisblijven bij klachten. Cruciaal.
- In de metafoor gaat er bij het BCO iedere week een dweil bij maar gaan er 2 kranen open.

Veldman VVD: zestal regio's doen aan risico gestuurd BCO. Vraag richting najaar bij prognose van 85000 testen per dag, waar bereidt GGD zich op voor?

- 5.1.2e het plan tot eind sept: landelijk per week 275 mensen opgeleid. Er zijn genoeg mensen die zich melden. GGD zijn bezig met uitwerken van plan hoe verder op te schalen, en welke scenario's daarbij nodig zijn. Er moet vastgesteld worden of optimaal BCO mogelijk kan blijven met de huidige prognoses, of dat erop grotere schaal risico gestuurd BCO gedaan moet worden.

Veldman VVD: beperking testmaterialen speelt parten. Er wordt ingeteerd op voorraad najaar. Vraag aan 5.1.2e is dat waar, en wat betekent dat dat we versneld bezig moeten met sneltesten.

- 5.1.2e ja, er wordt nu strategisch ingeteerd op voorraad. Intussen wordt er aan materiaal bijgekocht, zij zien geen risico voor het najaar. Sneltesten: RIVM is bezig daarmee. Als blijkt dat deze gevalideerd, dan zullen zij zeker kijken waar er een rol komt voor het testpalet.

Dik Faber CU: moeten we geen gebruik maken van commerciële labs?

- 5.1.2e men is zeker bezig met commerciële labs. Daar is veel ingekocht, en dat wordt verder opgeschaald.

Van Esch PvdD : hoe heeft GGD testen in vleessector en slachthuizen, hoe is dat vormgegeven?

- 5.1.2e risico gestuurd testen betekent dat in situaties met verschillende positieve mensen omgeving of situatie, dan wordt risico gestuurd getest. Zo ook in slachthuizen en vleessector, tot nu toe lukt dat.

Van den Berg CDA: rapport inspectie. Medewerkers GGD werken volgens protocol eigen GGD. Waarom geen uniformiteit in teststraten?

- 5.1.2e advies om dat verder te verbeteren, LCDK gaat dat advies opvolgen. Er zijn labs die dat al gedaan hebben.

Van den Berg CDA: aanbestedingen, waarom komen er lange aanbestedingsprocedures in crisistijd voor testen?

- 5.1.2e dat weet ik niet. VWS geeft aan dat dat moet. Daar kan ik niks over zeggen.

Diertens D66: waarom wordt er niet duurzaam getest? Anders dan in Duitsland. Dit wisten we toch al langer, Wat hebben we geleerd zodat we wel duurzaam testen bij tweede golf.

- 5.1.2e Niet mee eens dat NL niet goed is ingericht, alleen anders. MML's zijn niet per se klein. Duitsland heeft weer een ander serviceniveau. Op moment van pandemie, ben je in Duitsland wellicht beter voorbereid. Op een pandemie waren we niet optimaal voorbereid. Wat we nu aan het doen zijn is capaciteit aan te haken voor de periode van de pandemie. Daarna moet een discussie komen hoe dat in discussie ander ingericht moet.

Van Otterloo 50+: deelt de aanbestedingstraject vraag. Hoort dat het lastig is de bron vast te stellen. Hoe accuraat zijn BCO cijfers als je afhankelijk bent van eerlijkheid personen die je bevroegt?

- 5.1.2e je ziet een grote bereidheid informatie te delen met GGD's waar mensen zijn geweest, met uitzondering als het iets illegaals was. Een feest wordt bijvoorbeeld een kennismakingsbijeenkomst genoemd.

15:00 einde bijeenkomst