

Verslag Technische briefing 7 mei

Kempunten 5.1.2e

- Huidige situatie: 41.319 waarvan 11.153 (27%) opgenomen in het ziekenhuis. Momenteel liggen er 577 patiënten op de IC. Het aantal overlijdens is 5.204, maar dit zijn alleen bevestigde gevallen.
- Testen: Op de positieve testen die we vinden op het totaal aantal uitgevoerde testen zit nu onder de 10%, dit geeft aan dat we met ons testbeleid op de goede weg zijn. Ook neemt het absolute aantal positieve gevallen af. De aanleiding om te testen neemt af, dit zien we ook bij de NIVEL huisartsen peilstations. Steeds minder mensen melden zich met griepachtige verschijnselen bij deze huisartsen.
- Spreiding over Nederland: Spreiding over Nederland is nog onveranderd. Het zwaartepunt ligt in Limburg, Brabant en Zuid-Holland. Ook het Sanquin onderzoek laat zien dat het percentage gevonden antistoffen het hoogst in Brabant is. De spreiding van gevonden antistoffen in dit onderzoek is hetzelfde als de spreiding gemelde patiënten.
- Leeftijdverdeling/Man-vrouw verhouding: Mediane leeftijd van sterfgevallen ligt tussen de 80-85. Meer vrouwen als mannen lijken nu besmet te zijn, maar hier gaat het ook om wanneer iemand zich meldt voor een test. Opgenomen patiënten en sterfgevallen zijn meer mannen, dit blijkt ook uit buitenlandse onderzoek.
- IC opnames: Op 7 april lag de piek op 1322 patiënten, nu zijn er 571 COVID-19 patiënten op de IC opgenomen. Het aantal nieuw opgenomen patiënten is heel erg laag.
- We verwachten dat alle patiënten met COVID-19 in juli van de IC zullen zijn, maar de vraag is wel wat de invloed van de verlichting van de maatregelen hierop zal zijn.
- Reproductiegetal: Op 16 maart is het getal door de 1 gegaan, daarna rond de 0.7. We kunnen niet zeggen wat het reproductiegetal vandaag is, doordat we ons hiervoor baseren op ziekenhuisopnames. De infectie vindt natuurlijk al plaats geruime tijd voor de ziekenhuisopname. Denemarken ging een week na Nederland door de 1, dit geldt ook voor Duitsland. Je wilt natuurlijk weten welke maatregel het meest effectief was en of we misschien onnodige maatregelen hebben genomen. Dit zal misschien wel gissen blijven, maar kan blijken uit dit soort onderzoek
- Publieke beleving maatregelen: Onderzoek NIVEL/RIVM publieke beleving van maatregelen. Vertrouwen in maatregelen is groot. Moeite om zich te houden aan de maatregelen neemt wel toe.
- Mondmaskers: Het effect van niet-medische maskers in de openbare ruimte is niet eenduidig in verschillende studies. Van 12 studies, laten maar 3 studies een zeer licht positief effect zien. Dit zijn studies mbt influenza en hier is de 1,5 m ook niet in acht genomen. Deze studies zijn ook gebaseerd op juist gebruik van de maskers. Hierdoor is het OMT van mening dat maskers maar in een zeer geringe mate bij kunnen dragen. 1,5 en triage mogelijkheden neemt al zoveel risico weg, dat het OMT van mening is dat er geen positief advies moest komen voor het dragen van maskers in de publieke ruimte. Belangrijk: Het gebruik van maskers mag niet 1,5m, hygiëne maatregelen, of thuis bij klachten vertroebelen. Dit kan tot negatieve effecten leiden. Het blijkt dat ongeveer 15% van de maskers niet op de juiste wijze gebruikt worden, bijvoorbeeld door te roken of een snack te nemen waarbij het masker aangeraakt wordt.
- Verlichting maatregelen: We hebben doorgerekend wat hier de effecten van zijn. Belangrijk is hierbij wel dat de 1,5 en hygiëne maatregelen wel gerespecteerd blijven. In deze schattingen blijven we nog steeds ruim onder de IC capaciteit. Dit zijn wel schattingen. We blijven monitoren wat er gebeurt na de verlichting van maatregelen (ziekenhuisopnames, IC opnames. RO, Google mobility, aantal positieven, OSIRIS, NIVEL/RIVM, virologische dagstaten en besmettingen in verpleeghuizen).

Inbreng kamer:

- Onduidelijkheid mbt tot opening horeca op 1 juni. Moet hier eerst nog een OMT advies op komen (PVDA)
- Onduidelijkheid mbt quarantaine na BCO onderzoek (PvdD)
- Veel vragen over presymptomatische/asymptomatische verspreiding (FvD, PVV, CDA)
- Veel vragen of er is voldaan aan alle criteria die het OMT eerst noemde voor versoepeling van de maatregelen (GL, SP, CU)

Inbreng kamer vraag + antwoord

D66: R0 ligt net onder de 1 en we weten ook dat we een vertraging zit in dit getal. Kunnen we niet net als Duitsland een systeem instellen dat 50 patiënten per 100.000 inwoners de grens is.

- Ook hierbij ben je afhankelijk van cijfers die geregistreerd moeten worden. De R0 fluctueerden ook. Het aantal nieuwe infecties en de leeftijdsverdeling is ook belangrijk, het gaat dus niet alleen om de R0.

D66: Is het in de versoepeling van de maatregelen niet belangrijk om rekening te houden met de verschillen in de regio's?

- In het begin van de uitbraak waren de verschillen tussen de regio's heel groot. Nu worden die verschillen veel minder doordat het aantal infecties sterk afnemen. Ook verwachten we dat er meer mensen beschermd zijn/antistoffen hebben in de zuidelijke regio's.

GL: We willen zoveel mogelijk ruimte hebben om in te kunnen grijpen als de absolute aantallen weer toenemen. Zou het daarom niet belangrijk zijn om de absolute aantallen eerst verder naar beneden te krijgen? Nemen we niet teveel risico's?

- Je kunt schattingen doen over de absolute getallen. Deze schattingen geven aan dat 500.000 tot 700.000 in NL geïnfecteerd zijn geweest. We zien ook dat de maatregelen steeds moeilijker zijn om vast te houden. Dit is een trade-off. Ook wordt het testbeleid steeds uitbereid. Op het moment waarop je iedereen met milde klachten kan testen, ben je beter op de hoogte met wat er speelt. Dit kan ook met apps waar mensen hun klachten kunnen invoeren. Deze ontwikkelingen zullen bijdragen aan een zo mogelijke voorspelling.

GL: Wanneer zullen wij op de rem trappen? Dit moet in Nederland kristal helder zijn. Wanneer overschrijden we een onaanvaardbare grens? Is het een absoluut criterium voor?

- Het is moeilijk hier een absoluut getal voor te hebben. Het gaat hierbij ook om onze doelen. Wanneer vooral kwetsbaren besmet zijn is deze grens lager dan wanneer vooral jongere mensen besmet zijn.

SP: Het OMT heeft vijf voorwaarden gesteld voor het versoepelen van de maatregelen (5 april?). Echter, aan 4 van de 5 van deze voorwaarden is nu niet voldaan. Hoe kijkt het OMT hier tegenaan?

- Ik denk dat u te optimistisch bent. We zien het aantal ziekenhuisopnames en IC-opnames steeds verder dalen. Ook kunnen we steeds meer mensen testen. Op grond van alles wat er loopt, ook wat betreft protocollen voor BCO, denken we het risico te kunnen nemen.

SP: Moeten we niet nog meer testen, nog meer BCO doen voordat we gaan versoepelen, zodat de R0 eerst verder kan dalen?

- Het is de vraag of je voor gehele eliminatie gaat. Voor de zorg zijn duidelijk uitgangspunten opgesteld, dat blijven we monitoren. We proberen naar een beheersbaar getal te gaan en zoveel mogelijk controle te krijgen. Dit kan worden bereikt door meer testen en BCO.

PVV: In 2009 zei het RIVM dat in het geval van het pandemie een theedoek zelfs bescherming kan bieden. Nu wijkt het OMT hiervan af. In het OMT advies staat dat risico op verspreiding uitgesloten wanneer kapper ect triage kunnen doen. Een mondmasker is daarom niet nodig. Later in het OMT advies dat presymptomatisch verspreiding niet uit te sluiten is. Hoe is dit te rijmen?

- Wanneer mensen met klachten niet naar de kapper zullen gaan en ook dat de kapper niet aan het werk gaat met klachten. Wanneer dit in acht genomen zal worden achten wij het risico op besmetting uiterst laag, maar niet uit te sluiten. Wij hebben in ziekenhuizen gezien dat dit beleid werkt. We weten dat presymptomatisch besmetting kan, maar achten de rol hiervan in de verspreiding laag.

PVV: 5.1.2e zegt zelf in het OMT advies dat er wel aanwijzingen zijn voor presymptomatische verspreiding. Waarom moeten er nu toch groepen zonder bescherming gaan werken?

- Op basis van wetenschap kunnen wij geen positief sturend advies uitbrengen op het gebruik van mondknaskers. Er staat ook dat kappers ect het wel kunnen gebruiken, maar wij gaan hier niet op sturen.

PvdA: Waarom vindt u het verantwoord dat de horeca weer opengaat per 1 juli? Ik mis een onderbouwing en uitwerking hierop.

- Er is alleen een perspectief geschetst hoe het zich kan ontwikkelen, maar dit moet uitgewerkt worden. Op basis van actuele gegevens zal hier een advies op komen.

PvdA: Betekent dat dat deze besluiten helemaal niet vastliggen? Moet het OMT hier nog een advies op geven voordat het besluit echt genomen wordt?

Dit zijn beleidsvragen, wanneer we de vraag voor krijgen zullen we hierop adviseren. We zullen blijven toetsen of bijvoorbeeld 1,5 en triage in acht genomen kunnen worden. Dit zijn belangrijke criteria voor de routekaart. Tussentijds moet gekeken worden of we op de goede weg zijn. Dit is niet aan mij om te besluiten, dit moet u aan de minister vragen

CDA: Ik heb een vraag op het testbeleid. Heeft u voldoende sturing, om te kunnen bepalen of we de goede kant op gaan?

- Op basis van modellen kunnen we betrouwbare schattingen maken. Ook hebben we criteria gesteld zoals 1,5m afstand en hygiëne maatregelen. Ook compliance wordt meegenomen in de modellen. Maar we moeten ons ook beseffen dat we met de maatregelen ook gezondheidsschade aanrichten, dit is een trade-off.

CDA: In een Duitse gemeente is een onderzoek gedaan en daar kwam uit dat 22% van de mensen asymptomatisch zijn. Wat betekend asymptomatische patiënten voor de verspreiding.

- Het is maar de vraag of deze mensen het virus ook kunnen overdragen. We zien nu dat we het virus onder controle kunnen krijgen wanneer we beleid richten op symptomatische verspreiding. Mocht dit wel een rol spelen, dan geven dit een plaats. Nu blijkt nog niet dat we last van amspytomatisch verspreiding hebben gehad. Maar we kunnen hier natuurlijk nog over leren.

PvdD: U heeft aangegeven dat mondknaskers schijnveiligheid kan bieden. Waarom is hier dan geen negatief advies over gekomen. U was eerder heel negatief over het gebruik.

- Er zijn studies die een positief effect aantonen, mits juist gebruik. Anderszijds zijn er onderzoeken die aantonen dat mensen toch naar buiten gaan wanneer ze milde klachten hebben maar een masker kunnen dragen. Dit creëert schijnveiligheid. Daarom is er onvoldoende bewijs om ertoe te adviseren, maar mensen kunnen het wel gebruiken.

PvdD: Mensen hoeven niet thuis te blijven wanneer zij naar voren zijn gekomen in een BCO. Waarom adviseren wij dat niet? De MP gaf aan dat je kan besluiten om thuis te blijven, maar dit is niet verplicht.

- In mijn herinnering is dit juist de verandering nu. Hangt wel af van de aard van het contact. Ik verwijs u naar de website

VVD: Zegt het OMT niet gezegd dat er eerst op grote schaal getest moet worden, voordat er verlichting kan plaatsvinden?

- We beogen een situatie waarin iedereen getest kan worden met klachten. We denken dat dit in juni kan. Ook denken we dat de verlichtingen van nu weinig invloed hebben op de parameters. Dit is consistent met elkaar. Meer contacten met het buitenland, zal ook extra risico opleveren. We moeten ons dus wel realiseren dat het virus onder ons zal blijven. Het testbeleid ontwikkeld zich mee met de versoepeling van de maatregelen.

VVD: Kunnen we soepeler omgaan met de criteria die eerder genoemd zijn, omdat we ook andere inzichten hebben?

- Dat denk ik wel. Er is voortschrijdend inzicht en we vergaren steeds meer kennis.

SGP: Gelden er nog gedragsregels nu we de maatregelen versoepelen? Als aanvulling op de 1,5 m of hygiëne maatregelen?

- De 'blijf zoveel mogelijk thuis' is veranderd in 'vermijd drukte'. Maar de basis blijft hetzelfde, gebaseerd op risico voor verspreiding (1,5m, hygiëne en blijf thuis bij klachten)

SGP: Hebben we voldoende wetenschappelijk informatie over het effect van het weer toestaan van sommige bijeenkomsten? Dit gaat bijvoorbeeld ook om culturele evenementen waar gezongen wordt.

- We hebben inderdaad aanwijzingen dat zingen kan leiden tot verhoogde kans op besmetting – deel antwoord gemist

DENK: Wat is nou de overweging om toch te zeggen ga maar mondklappers gebruiken, terwijl er geen bewijs voor een positief effect is?

- We moeten onderzoeken uit een andere context toepassen op de huidige situatie. In de studies waarbij wel een positief resultaat te zien is, is de 1,5m bijvoorbeeld niet meegenomen. Maar ook nu zijn er situaties waarbij 1,5m in acht genomen kan worden. Dit is bijvoorbeeld zo in het OV.

DENK: In Stockholm heeft nu 25% van de mensen antistoffen opgebouwd. Ze denken binnenkort op 40% te zitten. Hoe kijkt u hier tegenaan?

- Je moet maatregelen zien in de context van het land. Het is in Zweden niet zo dat ze niks doen. Er zijn ook in Zweden veel gedragsveranderingen gezien, die zijn alleen anders gecommuniceerd. In Zweden ligt het infectiecijfer veel hoger dan in andere Scandinavische landen, dus dit is niet pijnloos verlopen. Dit ligt bijvoorbeeld ook aan de populatie van Stockholm, wat is de gemiddelde leeftijd, zijn er meer single-households?

CU: Wordt er aan alle voorwaarden voldaan voor versoepeling?

- Monitoring is belangrijk, dit blijven we doen. Deze beoordeling is onze verantwoordelijkheid. We blijven dus in de gaten houden of er op de rem getrapt moet worden. Het testbeleid en de rol van kinderen, zijn factoren die ons steeds meer inzicht geven.

CU: Wat is het perspectief voor bezoekregeling aan verpleeghuizen en gehandicapteninstellingen?

- We hebben gekeken naar een voorstel van VWS over hoe dit zou kunnen. Het is aan de minister om te besluiten hoe dit vorm krijgt.

Van Haga: Ik zie dat er veel symmetrie ontbreekt in de maatregelen. Kappers en pedicures mogen open, sportscholen niet? Ook wordt het aantal m2 van de ruimte niet meegenomen. Waarom wordt hier niet meer naar gekeken?

- Dit wordt wel meegerekend wanneer je kijkt naar het afwegingskader voor de kapper. Niet elke ruimte heeft een even groot infectierisico. In sportscholen wordt veel gezweet, dat is anders bij de kapper. Dit kan je niet met elkaar vergelijken.

Van Haga: Wordt er intensiever onderzoek gedaan naar de rol van ventilatie?

- Wat moeten daar nog het nodige over leren. We weten dit natuurlijk uit ziekenhuizen. Er wordt hier zeker naar gekeken. Dit is ook de reden waarom buitensporten bijvoorbeeld wel is toegestaan.

FvD: In Nederland worden alleen mensen getest wanneer ze symptomen hebben. Terwijl er bewijs is voor asymptomatische/presymptomatische verspreiding. Is steekproefsgewijs testen niet nodig?

- In het kader van onderzoek zal dit wel gebeuren. Maar de afweging is hoe dit inzicht bij kan dragen aan de verspreiding en de aanpak. In de UK zijn bijvoorbeeld veel van dit soort testen uitgevoerd. Hiervan hebben we geleerd dat het het beste is om alleen symptomatisch te testen. De testen in de UK waren eerste positief, dan negatief. We willen hier wel meer over leren en hier zullen meer onderzoeken naar gaan lopen.

FvD: Zou dit dan niet goed zijn om toch te kunnen kijken of het in een regio weer de kop op steekt?

- In onderzoeksverband wel.

Krol-van Kooten-Arissen: Wordt er nu in het testbeleid ook prioriteit gegeven aan de ouderen in verpleeghuizen?

- In de verpleeghuizen zien we een geringe toename aan nieuwe huizen. Maar deze mensen vallen onder de indicatie om getest te worden. Hier is ook ruimte voor.

Krol-van Kooten-Arissen: Door vervoersbedrijven is aangegeven dat handhaven van mondklappers in het OV niet uitvoerig gaat gebeuren. Maar hier kan toch geen 1,5m afstand gehouden worden. Wat heeft u de regering hierin geadviseerd?

- De leest u terug in het OMT advies, dat wordt geïnterpreteerd door beleid

50-PLUS: Er staat nu dat 70-plussers beter geen bezoek kunnen ontvangen, eerder konden zij wel 2 mensen op bezoek hebben. Kunnen deze mensen nog wel naar de kapper ect?

- De kapper kan dit meenemen in de triage, zij kunnen ook komen met oplossingen als speciale knipbeurtjes voor ouderen. Ook de oudere kan een afweging maken van persoonlijke risico's.

50-plus: Op pagina van de brief van de minister staat dat er na 1 juli grootschalig getest kan worden, maar er staat ook een kanttekening bij dat er voldoende test capaciteit voor moet zijn. Hoe ziet u dit?

- Deze brief is ondertekend door de minister. U zult dit dus aan de minister moeten vragen.