

Verslag scenariosessie 20 februari 2020

Actiepuntenlijst:

- Bij de scenario's wordt een aparte kolom toegevoegd voor media en noodzaak OMT/BAO (RIVM)
- GMT onderzoekt hoe en waar zuurstof/ beademingsmaterialen gemaakt worden (GMT)
- De evaluatie van de Mexicaanse Griep wordt gedeeld (PG)
- Het triageprotocol wordt in het OMT besproken (RIVM)
- Er wordt een infographic gemaakt van de scenario's (RIVM)
- Over drie weken wordt een IAO ingepland. Voor die tijd komen we opnieuw bijeen om dit te bespreken (PG)
- Uitzoeken welke zorginstellingen gemist worden in de informatiestructuur/communicatielijnen (LZ/CZ)
- Het RIVM gaat na bij de interne economische groep wat de economische gevolgen kunnen zijn van het virus.

Algemene info

- De scenario's worden nog verder uitgewerkt door het RIVM.
- Er hoeft niet van elke overgang tussen scenario's een OMT/BAO georganiseerd te worden.
- Goed om te bedenken dat ook zorgpersoneel voor een groot deel ziek kan worden.
- Op dit moment bevinden we ons in scenario C1.
- Interdepartementale aanpak kan zich vooral richten op M2, M3 en M4.
- De situaties in Singapore en Japan zijn interessant: zij hebben een goede gezondheidszorg, maar toch is er verspreiding en beperkte transmissie.
- Personen met lichte of nauwelijks merkbare symptomen kunnen het virus wel overdragen.
- Asymptomatische overdraagbaarheid is niet heel waarschijnlijk.

Scenario's

Het RIVM heeft verschillende scenario's voorbereid over het coronavirus in Nederland. In zeven stappen, gaat het vanaf de huidige fase C1 (Voorkomen introductie/ voorkomen transmissie binnen Nederland) naar M4 (zeer grootschalige transmissie en overall ernstig. Tekortschieten zorgcapaciteit publiek en curatief). Het is niet te voorspellen in welk scenario we terecht zullen komen / zullen eindigen.

In het ergste scenario, M4, kan 60% van de Nederlandse bevolking in het eerste jaar het coronavirus oplopen. Dit scenario is dan tien keer ernstiger dan griep, waardoor er 100.000 dodelijke slachtoffers kunnen vallen binnen vier weken. Dit scenario is moeilijk te mitigeren. In dit uiterste scenario is een groot tekort aan bedden (50x te weinig). Dit is berekend op cijfers en gegevens die nu bekend zijn: je wordt immuun als je het gehad hebt, er is een overdrachtsparameter van 1,7, 40% van de bevolking raakt het eerste jaar niet geïnfecteerd, maar kan het volgende jaar alsnog oplopen indien er tegen die tijd geen vaccin is.

De vraag is eerst of China het kan beheersen. Hubei heeft momenteel een incidentie van 58,2 op 100.000 (precies het cijfer wanneer wij over een griep-epidemie spreken). Het sterftecijfer neemt op dit moment af. Je kunt in China alleen het sterftecijfer baseren op mensen die in ziekenhuis belanden, terwijl er ook veel mensen ziek thuis zitten. Het sterftecijfer lijkt nu 2,3%, maar aangezien dit waarschijnlijk gebaseerd is op het topje van de ijsberg, kan dit cijfer ook lager liggen (dan kan het in de buurt van het mortaliteitscijfer van griep liggen). Onder de 50 jaar sterft vrijwel niemand aan het coronavirus, sterfte begint boven de 60 en loopt snel op boven de 80.

Het kan zijn dat het virus seizoensgebonden is. In dat geval is het mogelijk dat er volgend jaar weer een piek komt.

Ziekenhuizen moeten zich volgens de protocollen die zij hebben op de verschillende scenario's voorbereiden. Dat betekent in de huidige fases dat ze de protocollen uit de kast kunnen halen en moeten kijken wie er welke bevoegdheden heeft als we in een ernstiger scenario komen.

Over twee weken wordt opnieuw een OMT georganiseerd met als doel verschillende voorbereidingen met partijen te bespreken. Er is geen natuurlijk regie-orgaan in de zorg. Het is

ieders verantwoordelijkheid, maar professionals moeten zich aangesproken voelen. Dus overleg met ziekenhuizen, huisartsen, GGD'en, langdurige zorg. In de regio moet de GHOR dit soort plannen ook bespreken met de verschillende partijen in hun regio. De vraag is hoe organisaties in de langdurige zorg hierop aansluiten.

GMT geeft aan dat het belangrijk is bij alle organisaties ook te benadrukken dat ze met elkaar moeten samenwerken voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen en hulpmiddelen. Bij leveringsproblemen kan dan samengewerkt worden met partijen in regio. Niet hamsteren, maar kijken wat je hebt en eventueel delen met elkaar als dat kan.

Bij scenario C3 is het waarschijnlijk dat er een nieuwe run op mondkapjes ontstaat. Echter werken de mondkapjes maar voor 20 minuten, en is dit dus meer een schijnveiligheid. Als we in een nog ernstiger scenario komen, volgt er uiteindelijk een triagesysteem. Ook hiervoor is besluitvorming nodig, maar het is onduidelijk wie dat besluit dan neemt. Ziekenhuizen kunnen we dit besluit eigenlijk niet laten nemen, dat zal op landelijk niveau moeten gebeuren. Het is namelijk voor een individueel ziekenhuis heel lastig om dit besluit te nemen, omdat ook toezicht van de IGJ hier een rol speelt. Daarom moeten we nu alvast nadenken wie op welk moment aan welke knoppen kan draaien (zie de evaluatie van Berenschot over de Mexicaanse griep bijvoorbeeld).

Fabrikanten en koepels moeten op dit moment leveren aan zorgpartijen. Aangezien zuurstof het meest efficiënt is voor patiënten, en dit ook enige tijd opgeslagen kan worden, gaat GMT alvast uitzoeken hoe het met de zuurstofvoorraad zit in Nederland en waar dit gefabriceerd wordt.

Het RIVM gaat de scenario's verder uitwerken. De scenario's opgesteld door het HSC worden hierin niet meegenomen; die zijn te hoog over en onvoldoende concreet.

Hoe besluiten we dat we van het ene naar het volgende scenario gaan? Volgens het RIVM worden die overgangen in eerste instantie vooral ingegeven door wat de GGD'en aan kunnen. Zo kunnen GGD'en bijvoorbeeld 5 gevallen per dag aan, en dat ongeveer drie weken lang. Een kantelpunt zou dan kunnen zijn dat je niet meer actief nieuwe gevallen gaat opsporen, maar dat je je beperkt tot alleen diagnostiek. De vraag is dan wel wie dit bepaalt. Daarnaast kan dit dan ook regionaal nog verschillen. Ook is het van belang dat je een communicatieplan hebt naar de bevolking toe waarbij de afweging gemaakt moet worden welke informatie op welk moment belangrijk is te communiceren.

Het is niet zo dat bij elke overgang naar een volgend scenario er een OMT georganiseerd zal worden. Zo zal de overgang tussen scenario C1 en C2 geen aanleiding zijn voor het inrichten van een OMT. Zodra we richting de scenario's rond mitigatie gaan, is de kans wel groot dat er een OMT ingericht zal worden.

De OMT/BAO structuur kan dan ook goed gebruikt worden om de communicatielijnen strakker in te richten. Op dit moment blijkt dat namelijk een punt van aandacht. Zo wordt door LZ ook afgevraagd hoe de adviezen en besluiten bijvoorbeeld in de verpleeghuizen terecht komen. De GHOR heeft een grote verantwoordelijkheid in de communicatiestructuur, maar zij informeren niet standaard de verpleeghuizen. Ten tijde van de Mexicaanse griep waren we veel partijen in het veld die hun beklag deden in de media over gebrekkige communicatie vanuit de overheid. Dat proberen we nu deels te ondervangen door de wekelijkse sitrap. Echter zijn de koepels hier niet op aangesloten. Er moet dus uitgezocht worden welke zorginstellingen gemist worden in de informatiestructuur/communicatielijnen.

De scenario's die nu voorliggen (en nog verder uitgewerkt worden door het RIVM) kunnen het beste als basis genomen worden, ook voor andere departementen. Het is voor de andere departementen belangrijk dat zij ook bij zichzelf nagaan wat deze scenario's voor hen betekenen. Wel moet voorkomen worden dat er door deze scenario's paniek uitbreekt bij de andere departementen doordat zij minder op de inhoud zitten en men bijvoorbeeld opeens heel veel mondkapjes gaat inslaan.

GMT geeft aan dat het een goed idee kan zijn om Minister Bruins met de koepels en de leveranciers in gesprek te laten gaan over hoe leveringen plaatsvinden en tegen welke problemen

zij aan lopen. Dit zou dan wel eigenlijk al voor het AO ingepland moeten worden. Wel wordt opgemerkt dat het belangrijk is goed na te denken over wie in gesprek gaat met de minister.

We moeten hier namelijk ook voorzichtig mee zijn en nadenken welke boodschap je hier mee af geeft. Daarnaast komen er dan ook nog meer lijntjes bij.

Over ongeveer drie weken kan er weer een IAO ingepland worden waar het RIVM de scenario's kan laten toelichten. Dit moet qua planning goed mogelijk zijn. Het is waarschijnlijk dat we in de tussentijd in C1 blijven of al naar C2 overgaan, maar voordat de scenario's in de M scenario's overgaan, zijn we maanden verder.

De financiële gevolgen van het virus beginnen een steeds grotere rol te spelen. Zo is er al werktijdverkorting aangevraagd doordat in China veel stilligt.

Naast China, zijn er nu ook grote aantallen besmettingen vastgesteld in Singapore en Japan, wat voor het RIVM leerzame cases zijn. Het RIVM ziet daar ook meerdere gevallen van transmissie. Dit komt waarschijnlijk vooral doordat mensen hele lichte symptomen kunnen hebben en dan wel al besmettelijk zijn. Deze gevallen zijn moeilijker in kaart te brengen.