

Technische briefing – 25 maart

(10)(2e) & (10)(2e)

Presentatie (10)(2e) :

- Wanneer we kijken naar de cijfers is het belangrijk om te beseffen dat we een goot deel van de patiënten met milde klachten niet in beeld hebben. Cijfers van (IC) opname zijn daarom meer absoluut
- Actuele situatie: Het aantal opgenomen patiënten is 1495, waarvan 482 (1/3^e) op de IC. Totaal aantal overleden patiënten: 276. Niet alle personen die zijn overleden zijn opgenomen op de IC. Momenteel 37.444 aantal testen gedaan, 13% positief
- Huidige curve aan patiënten opgenomen in ziekenhuizen en op IC, laat zien dat de aantallen niet meer exponentieel groeien en zelfs (tentatief) afneemt
- Het sterftcijfer is altijd hoger in de winter. We komen op het moment net uit boven de sterftegrens die lek jaar verwacht wordt. Zwaartepunt opname- en sterftcijfer ligt in de hoge leeftijdsgroepen
- De modellen geven inzicht in het reproductiegetal (R0)- gemiddeld aantal individuen die geïnfecteerd worden door 1 individu. $R0 < 1$ – aantal bestemmingen neemt af. $R0 = 1$ – Aantal besmettingen blijft gelijk. $R0 > 1$ – aantal besmettingen neemt toe.
- Terugrekenend lijkt de R0 zich nu rond de 1 (endemisch) te bevinden. Deze getallen zijn nu bekend tot ongeveer 12 maart. Goede kans dat we nu op een R0 van onder de 1 zitten. Dit zijn wel schattingen.
- De curve is vlakker met de maatregelen vanaf 23 maart, in vergelijking met de maatregelen genomen tot 23 maart
- Er zijn echter onzekerheden in deze modellen. Zo houden we de mensen in vitale beroepen niet thuis bij milde klachten, ligger mensen gemiddeld langer op de IC en houden misschien niet alle mensen zich aan de maatregelen.
- Modellen zijn hulpmiddelen, niet absoluut
- Onze beleid is gericht op targeted lock-down. Mensen met klachten blijven thuis, samen met hun gezin. Het effect hiervan is hetzelfde als een volledige lock-down, met als voordeel dat niet alle gezonde huishoudens in lock-down zijn
- (10)(2e) melde eerder dat Singapore in lock-down was. Dit is niet waar. Singapore voerde een beleid van track and trace. Na versoepeling van de maatregelen bleek dit wel kwetsbaar te zijn voor herintroductie
- Antistoffen zijn meetbaar in het bloed, ook wanneer een patiënt genezen is. Dit zal een belangrijke rol spelen in onderzoek. Uit spijt-sera en pienter-stijl onderzoeken, kun je nagaan hoe hoog de immuniteit is, hoe veel personen in contact zijn geweest met het coronavirus.
- Sneltesten zijn nog onvoldoende bewezen effectief. Bij moleculaire testen (ELISA), zijn er problemen met beschikbaarheid.

Vragen kamerleden:

D66: Bij je besmettelijk wanneer je geen symptomen hebt? Internationaal zijn er verschillende geluiden wanneer iemand besmettelijk is.

Er is altijd een kans dat het virus in de neus of keel aanwezig is, wanneer er geen klachten zijn. Deze periode is kort. In deze fase in doorgeven van het virus niet uit te sluiten. Maar we weten niet hoeveel dit bijdraagt aan de totale verspreiding. Onderzoek hierop doen is moeilijk, want je hebt de mensen in deze presymptomatische fase niet in beeld. De essentie is wel, bij neusverkoudheid ook thuis moet blijven. Goed handen wassen is hierbij heel belangrijk.

Wat gebeurt er nou als klachten stoppen? Het virus is dan al enige tijd bezig zich te verminderen. Daarom 24 uur aanhouden. Als je dan een neuswap neemt, is het virus waarschijnlijk nog wel aanwezig. Maar omdat er geen klachten zijn, is de kans dat iemand dit overdraagt veel kleiner.

PvdA: De lijnen in de modellen lopen door tot oktober. Ook blijkt dat R0 toe kan nemen als mensen in groepen bij elkaar komen. Moeten we evenementen niet verbieden tot oktober?

Evenementen zijn al afgelast voor een langere periode dan andere maatregelen. In beleid moet het er om gaan dat het beheersbaar blijft, als dit het geval is kunnen kijken wat een goede exit strategie is. In het algemeen verwachten we inderdaad nog enige maanden met corona bezig te zijn.

CDA: Er is nu onvoldoende testmateriaal. Wat kunt u vertellen over deze beschikbaarheid? Wat zou de verwachting zijn wanneer er wel genoeg testen zouden zijn?

Er zijn meer dan 13.000 testen uitgevoerd, maar we testen inderdaad niet meer iedereen. Sommige onderdelen van de test zijn schaars, waardoor de test niet kan plaatsvinden. Elders in het land is dit misschien wel beschikbaar. De task-force regelt dit en verspreiding over nl

50-plus: Sanquin wil onderzoek doen naar mensen die genezen zijn. Waarom houdt het RIVM deze cijfers niet bij?

Osiris heeft niet de mogelijkheid om genezing bij te houden, maar er zijn wel acties uitgezet om dit op een andere manier bij te houden. Maar je hebt mensen die genezen zijn ook niet allemaal in beeld. Sanquin wil naar antistoffen in bloed kijken, zij hebben hier de mogelijkheden toe. Dit onderzoek is gericht op de vraag: Kan ik door het concentreren van antistoffen een product maken voor therapeutische behandeling?

CU: Uit de modellen blijkt dat thuisisolatie van het hele gezin belangrijk is voor de verspreiding. Zouden we niet meer moeten communiceren dat dit een belangrijke maatregel is? –

Deze maatregel gold feitelijk al langer. Maar misschien goed om dit nog meer naar de voorgrond te laten komen in de publiekscommunicatie

SGP: Stel dat er snel meer testmateriaal komt, zou meer testen nu nog van aanvullende waarde zijn in gebieden waar nu nog geen besmetting is het virus nog in de kop te drukken?

Dan zouden we naar een track & trace beleid kunnen gaan, dan kan je met grotere zekerheid vaststellen wie wel besmet is. Dan wordt de aanpak natuurlijk effectiever.

Denk: Op welk moment was het helder dat de maatregelen van tot 23 maart zouden leiden tot overcapaciteit op de IC?

Het model staat ingesteld op de standaard beschikbaarheid IC bedden. We wisten al dat daar rek in zit. Daarnaast hebben we vanaf het begin al gezegd bij klachten binnen blijven. Maatschappelijke impact van maatregelen is natuurlijk ook meegenomen.

SP: PBM en testen in de thuiszorg en ouderen- & gehandicapten zorg. Wat zijn de richtlijnen van het RIVM voor deze groepen? Wat is het perspectief voor de ouderen die in isolatie zitten? Wat is de termijn voor deze mensen? Wat is op langere termijn het beleid om wel afstand te houden, maar ook de zorg te kunnen blijven bieden die nodig is?

Dit zijn beleidsvragen. Er is natuurlijk prioritering aangebracht door OMT, dit is uitgewerkt voor testen en PBM. Geen bezoek in verpleeghuizen, is genomen omdat ouderen de meest kwetsbare groep zijn. We moeten ons realiseren dat de infectie nog maanden onder ons is. De kwetsbaren moeten zoveel mogelijk worden beschermd. Er kan een andere beleidskeuze gemaakt worden, maar vanuit de wetenschap geredeneerd is het nu noodzakelijk om deze groep te beschermen. Ik beseft me dat dit een heel moeilijk besluit is. Beleidsvraag hoe we hier in een exit strategie mee om te gaan.

VVD: Cijfers kunnen houvast geven, maar vergelijking met andere landen is niet altijd passend. Welke vergelijking met een andere land zou u het liefste willen maken?

Cijfers zijn een probleem, ook omdat het aantal besmettingen in NL nu niet realistisch is. Ik zou het daarom wel willen los laten. De meest harde cijfers zijn ziekenhuisopnames. Daar wordt ook nog getest en CT scans gedaan. Internationale vergelijkingen zijn daardoor moeilijk. Ook omdat het opnamebeleid en capaciteit van de zorg in elk land anders zijn.

PvDD: In de media berichten gezien dat we sowieso niet gaan testen, ook al hebben we wel voldoende testcapaciteit. Misschien moet u dit ophelderen. Advies wel aan het werk wanneer iemand in het gezin klachten heeft geldt voor vitale beroepen. Kan iemand die in de zorg werkt dan niet makkelijk anderen aansteken?

Als de testen er wel zijn, moet het afgewogen worden of dat effectief zou zijn in onze situatie. Dat weten we nu niet, dat is koffiedik kijken. Ook in NL zijn er regionale verschillen, met meer testen zouden we daar nog beter op kunnen inspelen.

Thuisblijven bij klachten van een gezinslid is inderdaad nu het advies. Bij verpleegkundigen en artsen is er een speciaal algoritme gemaakt voor wanneer iemand in die situatie getest wordt.

(10)(2e) Nog een vraag testen en isoleren. Hoe ver zouden wij omlaag zijn gegaan als we wel intensief testen? En hoe zou dat zich verhouden tot de maatregelen die we nu nemen?

We hebben de situatie niet dat dit allemaal kan. In Singapore kon dit wel, maar daar wel een toename van gevallen na versoepeling van de maatregelen.

GL: Er is wel degelijk een verschil in het model tussen de maatregelen tot 23 maart en na 23 maart. Blijf met het hele gezin thuis wanneer 1 persoon ziek is, is na 23 maart het advies geworden. U zei net dat we eigenlijk deze maatregel al hadden genomen, hoe kan dit verschil dan?

Dit gaat om compliance met de maatregel. Eerst konden we mensen die positief getest waren met hun gezin isoleren, dat was toen al het advies.

Van Kooten-Arissen: Na 24 uur klachtenvrij ben je genezen, zo staat op de RIVM website. WHO geeft een ander advies, maatregelen voor de zekerheid twee weken aanhouden. Waarom kunnen we voor de zekerheid niet die 14 dagen aanhouden voor mensen zonder vitaal beroep? En mensen met een vitaal beroep testen voordat ze weer aan het werk gaan?

Er is een verschil tussen het virus aantoonbaar en besmettelijk. Natuurlijk speel je met de maatregelen van de WHO op safe, maar dit is een luxe keuze. U heeft wel een punt, ik neem dit mee naar het OMT.

FvD: Ik ken het beleid van het RIVM en heb verder geen vragen.

(10)(2e)

- We hebben een toename gezien in IC capaciteit.
- Volgende week hebben we 1600 IC bedden nodig (1100 corona, 500 niet-corona). Die capaciteit is er nu niet, maar er wordt wel hard gewerkt om die capaciteit te halen.
- Volgens de modellen van het RIVM komt de piek eind mei met 2200 benodigde IC bedden (1700 corona patiënten, 500 niet-corona). Dat is fijn, want met deze late piek kopen we tijd voor de aanschaf van apparatuur en uitbreiding IC capaciteit.
- Ik mis landelijke regie mist, vooral in het spreiden van IC patiënten over Nederland.
- Ziekenhuizen in de regio's waar minder besmettingen zijn zitten nog niet genoeg in de actiemodus. ROAZ nog niet optimaal aangesloten.
- Vooral in Brabant staan de ziekenhuizen met de rug tegen de muur, het is echt spannend nu.
- (10)(2e) pleit voor een directieve (bijna militaire) aanpak naar ziekenhuizen en hun directies. Hij is blij met de inzet van defensie en het Landelijk Coördinatieteam Patiënten Spreiding

Vragen kamerleden:

D66: Kunt u iets zeggen over de opname capaciteit op de normale afdelingen?

De aanloop op de SEH is hoog, ook op gewone ziekenhuisbedden misschien wel 4x zo hoog

PvdA: Hoe staat het met het voornemen om van 1 april tot 7 april om naar de 2000 IC bedden te gaan?

Piek is op eind mei, dan 1700 en 500 normale, dus 2200 patiënten. Fijn dat het eind mei is, omdat we dan tijd hebben op apparatuur geleverd te hebben. We kopen dus tijd.

CDA: Zelfstandige klinieken en dierenklinieken apparaten geven. Zijn er nog andere groepen die we nog kunnen aanspreken?

Nee. We zijn heel blij met hoe het ministerie dit heeft opgepakt.

50-plus: Patiënten die genezen zijn, zouden we die niet veel meer moeten inzetten in de zorg?

Hele goede gedachte, maar herstel duurt langer en mensen zijn nog niet in dezelfde conditie als voor het virus.

CU: Capaciteit in het ziekenhuis is beperkt, ook voor niet-corona behandelingen zoals in de oncologie, hier krijg ik veel vragen over. Waar kunnen mensen heen als ze hier vragen over hebben?

Hier zijn we over in gesprek met FMS. Welke zorg gaan we wel leveren en welke niet? Daarom FMS ook in landelijk regiecentrum? Gesprekken lopen nu, uitkomsten binnen een dag

SP: Welke aanvullende acties zouden kunnen helpen om capaciteit te vergroten?

Spanning vooral in Brabant. ROAZ nog niet optimaal aangesloten. Dit is voor mij ongelofelijk belangrijk, zeker in Brabant.

Denk: (10)(2e) geeft aan dat hij landelijke regie mist, kunt u dat verduidelijken?

Het is moeilijk dat de specialisten en ziekenhuisdirecteuren merken dat ziekenhuizen onder water komen te staan. Wanneer je naar het noorden gaat, daar heerst dat niet zo. Vanuit deze ziekenhuizen is er nog de reactie 'we gaan er over nadenken'. Hij wil een directieve aanpak naar ziekenhuizen en hun directie. Militaire aansturing.

SP: Wat wordt aan de kant van het ministerie verwacht? Wat is de taak van het ministerie en anderen om de regie te pakken?

Landelijk coördinatiecentrum doet er normaal 4 weken over om operationeel te worden, nu vragen we ze op het in een dag op te zetten. Einde van de dag moet deze coördinatie werken.

VVD: De rest van NL moet ook in de actiestand. Is er ook afstemming met ziekenhuizen die net over de grens zijn, waar wel capaciteit is (buitenland)?

Er zijn gesprekken met het academisch ziekenhuis in Aken. Verder heb ik hier geen overzicht van.

PvdD: Wat is de behandeling van mensen die afzien van behandeling, palliatieve zorg?

Wij hebben goede palliatieve zorg. Er kan dan gekozen worden voor palliatieve sedatie.

PVV: Draaiboek triage systeem, maakt de politiek een besluit of dit in werking moet treden?

In NI triëren we altijd al. Veel ouderen komen niet op de IC, maar dit is geen triage. Rampentriage is pas als er in NL geen IC bed is. Wij hebben hier een protocol voor opgesteld, gedeeld met FMS. Morgen één landelijk rapport op de website. Ik denk niet dat dit een politiek rapport is.

Van Haga: Kunt u iets zeggen over het risico dat niet-corona patiënten lopen? Zijn er extra doden onder niet-corona patiënten?

We zijn hier volop over in gesprek met de FMS. Hierop willen sturen. We willen zo snel mogelijk zorgen dat andere behandeling zsm opgepakt kunnen worden.

Kooten-Arrissen: Artsen en verpleegkundigen uit het Noorden, is er een plan voor uitwisseling? Hoe zouden we dit kunnen sturen?

We willen graag dat mensen blijven waar ze zijn, maar er moet extra capaciteit aangetrokken worden.

FvD: Geen vragen.

Tweede vragen ronde:

CDA: Is er een tekort aan morfine?

Bij het opschalen van bedden moet je ook medicatie opschalen.

SGP: Voorzorgmaatregel mensen in de zorg? Hoe zorgen dat deze mensen het virus niet overdragen?

Twee keer per dag koorts meten en met verhoging thuis blijven en testen

Denk: Wat maakt dat directief aansturen nu niet mogelijk is?

Wat vragen nogal wat van een systeem. Het is lastig voor alle ROAZ'en om samen te werken. Blij met de expertise van het leger. Ik heb hier vertrouwen in.

CU: Scholen zijn gesloten, kunnen kinderen buitenspelen? Moeten er beperkingen komen voor groepsgrote?

SP: Wie is de eindbaas in de landelijke regie? Defensie of Min VWS?

Politieke vraag – verwijst naar debat

VVD: Waar zou u de regie willen leggen in het over het hele land verspreiden van patiënten?

Dit is ingericht daar het Landelijk Coördinatieteam Patiënten spreiding. De centrum word nu ingericht.

PvdD: Er moet een aanname zitten in de modellen over het volhouden of afschalen van maatregelen, kunt u daar iets over zeggen?

PVV: Maakt u zich zorgen of zorgmedewerkers dit kunnen volhouden?

We hebben geen keus, maar er is wel extra aandacht voor mentale en fysieke gezondheid van zorgmedewerkers

GL: Gaat u ook werken met extra bedden, ook buiten de IC?

Landelijk coördinatieteam moet signaleren of er tekorten zijn aan 'gewone' bedden en of er een noodhospitaal ingezet moet worden.

Koten-Arissen: Wat kunnen supermarkten doen om productbesmetting te verkopen?

Essentie is dat mensen die ziek zijn niet naar de supermarkt moeten.

PvdA: Wordt er gewerkt aan een scenario om naar een nog verdere uitbreiding van de IC capaciteit te streven? Bijvoorbeeld 2500 of 3000 bedden?

Ik denk dat het Nederlandse zorgsysteem dat dan niet meer aankan.

