

## TB 29 september 2020 – samenvatting

### Dubbel

- Groep ziekenhuis/IC is nu te groot in piramide
- Meer ziekenhuis/IC-opnames, om impact op reguliere zorg te beperken zijn maatregelen nodig (Rt van 1.3 naar 0.9)
- Urgentie niet meer regionaal, maar verspreid over heel NL
- Vergelijking met andere Europese landen: NL vrij gemiddeld
- Hoge piek besmettingen 20-29 t.o.v. 1<sup>e</sup> golf, maar voor alle leeftijdscohorten is er nu een duidelijke groei (ook bij de oudere groep, die o.a. door comorbiditeit kwetsbaarder is).
- Clustergrootte is het grootst bij studentenactiviteiten, horeca en verpleeghuizen. Meeste clusters in thuis- en werksituatie (maar clusters veel kleiner).
- Prognose medio oktober 400 IC-opnamen ivm covid (nu 142), maar dat is nog niet de piek! Vermoedelijk 400-700

### Vragen:

#### 50PLUS (Sazias)

1. Verschillen in besmettelijkheid (superspreaders), is dat op een of andere manier aan te tonen?
  - a. Superspreaders heeft niet zo zeer te maken met hoe besmettelijk je bent, maar met superspreading events: mensen die veel contacten hebben en dus veel mensen besmetten. Mate van virusreplicatie verschilt per persoon, kan ook verschil maken qua besmettelijkheid. Maar is nu nog niet genoeg inzicht in.

#### CDA (vd Berg)

1. P25 voor elke week Rt 1.3 minstens 3 weken Rt 0.9 nodig om het beheersbaar te krijgen voor de zorg. Tegelijk vergelijking (10)(2a) NL.
  - a. Sommige landen doen het beter (10)(2a) en sommige minder goed (10)(2a). Er kan helaas geen duidelijke maatregel kunnen worden aangewezen, kennen te weinig details om de reden daarvan duidelijk te krijgen

#### CU (Dik-Faber)

1. In welke situatie kunnen we weer terug naar de regionale maatregelen? En werkt het eindelijk wel?
  - a. Eigenlijk doet iedereen dat continu, lokaal ingrijpen. Je zou ook regionaal aanpakken als je ziet dat er regionaal iets steeds problemen oplevert. Lastig is dat moment bepalen wanneer je ingrijpt en of er dan niet al overstrom is naar andere regio's. Als de daling niet overal tegelijk is straks, kan er ook regionaal versoepeld worden, maar daar kunnen we nog niet op vooruitlopen.

#### D66 (Diertens)

1. Wordt in OMT besproken hoe gedrag beïnvloed kan worden o.a. door meer/betere voorlichting?
  - a. Daarvoor is heel snel afgesproken dat dat bij NCC ligt en niet bij OMT. Communicatie geschiedt vanuit rijkswege en OMT adviseert alleen. RIVM heeft gedragsunit, maar die hebben geen input op OMT, want dat is virologisch/wetenschappelijk.

#### DENK (Azarkan)

1. Is onze kwaliteit van testen (snelheid) en BCO minder dan (10)(2a) waardoor de hoeveelheid testen hetzelfde is, maar het aantal positieve tests hoger?

- a. Dat zou kunnen. Snelheid van terecht kunnen heeft wel invloed. Hoe sneller dat proces gaat, hoe meer succes om via BCO het virus voorkomen. Generatietijd is 3-5 dagen, dus weinig tijd en zo vroeg mogelijk erbij is dan belangrijk.

## FvD (Hiddema)

1. U zei 200.000 mensen 1 week een mondkapje om 1 besmetting te voorkomen, staat u daar nog achter, is het advies in grote steden dan proportioneel?
  - a. Rapport Noorwegen o.b.v. een bepaalde infectiedruk.

## GroenLinks (Ellemeet)

1. Oe groot schat u de kans dat de huidige maatregelen onvoldoende blijkt om onder de Rt 0.9 te komen.
  - a. Kan je niet inschatten. We denken dat dit goed is, maar realiseren dat het afhankelijk is van gedrag. Dat is meer fluïde dan harde maatregelen. Hopelijk zorgen de maatregelen ook voor solidariteitsgevoel.

## Van Haga

1. Vergelijking influenza vs covid, cijfers die vergelijkbaar zijn?
  - a. Als je oversterfte toegeschreven aan covid deelt door personen bevolking in contact (+/- 1 miljoen). Is nu dan percentage 0,7% sterfte. Per leeftijd is dat heel verschillend.
2. PCR test. Specificiteit 99%, maar in klinische praktijk lager door hoger aantal vals positieven. Doet RIVM kwaliteitscontroles hierop en wat is de conclusie?
  - a. RIVM doet rondzendingen om vast te stellen of laboratoria uniform zijn en in Nederland doen we ook testen die niet helemaal duidelijk zijn nogmaals testen op een ander deel van het virus.

## Krol

1. Extra besmettingen door carnaval? Hoe zat dat vorige keer? Komen er nieuwe maatregelen voor de 11<sup>e</sup> van de 11<sup>e</sup>/carnaval?
  - a. Oorzaak 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> golf inderdaad van belang. Beeld van maart is dat er veel introducties waren uit buitenland die kans hebben gezien ttv carnaval om verder te verspreiden. Bij 2<sup>e</sup> golf wel parallellen: veel clusters na vakanties. Daarna geen grootschalig carnaval, maar wel thuissituatie en bv. voorbeelden studenten. Virus is geniepig en geeft bij veel mensen weinig klachten, bij nieuwe situaties waarbij veel mensen bij elkaar komen moeten we goed bedenken of we dat moeten willen.

## PvdA (Ploumen)

1. Gereedheidskist van maatregelen: welke zitten daar in en welke moet je inzetten om onder Rt 0.9 te komen.
  - a. Allerlei maatregelen die lokaal of landelijk genomen kunnen worden, gericht op beperken contact bv dmv groepsgrootte. Deels in OMT advies brief. Je probeert te kijken naar wat het meeste besmettingsrisico geeft en daar de bijbehorende maatregel voor in te zetten. Lokaal waar kan, maar nu veel landelijk.

## PvdD

1. In veel landen veel besmettingen vleesindustrie, in NL dat beeld kwijt. Hoe gaat het nu?
  - a. Voor zover bekend nu niet. Zijn geweest, zijn interventies gedaan op specifieke gevallen.
2. We zien dat meerdere slachthuizen de productiesnelheid willen verhogen, ze willen dus weer anders werken.
  - a. Kan nu niet met OMT overleggen, dus op persoonlijke titel. Wat we zagen heeft het deels te maken met het soort personeel qua leefomstandigheden en vervoer. Maar ook arbeidsomstandigheden: ventilatie in gekoelde ruimtes, waardoor het virus gerecirculeerd wordt. Dat soort situaties zijn adviezen op gegeven.

## PVV (Agema):

1. Clusters, door BCO specifiek waar clusters zijn, advies OMT is landelijk niveau generieke maatregelen, waarom is dat als je dat specifiek weet?
  - a. Antw: duivels dilemma, regionaal vs landelijk. Lijkt nu regionaal maar duidelijk te zien dat het landelijk aan het worden is, steeds meer gebieden over grens en als je het doortrekt, gaan ook de gebieden die nu onder de grens zitten eroverheen. Uiteindelijk zijn de maatregelen bedoeld om minder contacten te hebben, dus maatregelen gericht op kleinere groepsgrootte, social hubs, etc. en dan komt er een uitgebreid pakket uit.
2. Juist sturen op specifieke locaties (bv horeca waar 50+ besmettingen waren)/ specifieke clusters.
  - a. Als je stuurt op specifieke locaties, loop je altijd achter de feiten aan. Dan heeft de besmetting al plaatsgevonden en heeft het zich al verspreid. Daarom generieke aanpak, ondanks dat je het liever veel specifiek zou willen doen, maar alleen dan kun je het voorkomen.

## SGP (vd Staaij)

1. Symptomen en manier van besmetting, zijn er actuele ontwikkelingen? Licht verkouden kan dat geen corona zijn en hoe besmettelijk is dat dan?
  - a. Groot aantal personen juist hele milde klachten, neusverkoudheid met soms smaak/reukverlies en die kunnen ook besmettelijk zijn. Bij ziekere personen bv op IC wel vele malen meer virus, maar er zijn veel meer personen met mildere symptomen die niet geïsoleerd zijn dus daar komen toch waarschijnlijk de meeste besmettingen vandaan.

## SP (Hijink)

1. Mondkapjes is advies van OMT, maar wordt door kabinet niet overgenomen. Als je maatregelen niet allemaal overneemt, kom je dan wel onder de Rt 0.9?
  - a. Er zijn meer maatregelen niet overgenomen. Infectiedruk buiten het ziekenhuis heeft ook invloed op nut van dragen mondkapje.
2. Veel leden OMT die openlijk afstand nemen van advies (onvoldoende om onder 0.9 te komen), reconstructie Volkskrant dat er al op zondag het maatregelenpakket met kabinet is besproken en weinig wetenschappelijke discussie mogelijk is geweest?
  - a. Is iets om in OMT te bespreken, niet op deze plek.

## VVD (Veldman)

1. P25 voor elke week Rt 1.3 minstens 3 weken Rt 0.9 nodig om het beheersbaar te krijgen voor de zorg. Reguliere zorg willen we graag behouden. Nu al aantal weken op/rond 1.3 dus mag ik dan 4/5 keer 3 weken doen voordat het op orde is of moet ik dat anders lezen?
  - a. Over 3 weken duidelijk of er effecten zijn, dan evt weer versoepelen. Rt graga onder 1, maar is ook afhankelijk van absoluut aantal. Bij aantallen zoals nu is 1.3 heel groot, omdat absoluut aantal toeneemt.

**Prestatie** (10)(2e)

- Bespreking opschalingsplan, fasering: conventionele zorg, opgeschaalde zorg, crisis
- Personeel is de meest cruciale factor in opschaling
- Tot op dag van vandaag is de non-covid bezetting lager dan gemiddeld in 2018/2019
- Extrapolatie: over 28 dagen zelfde niveau ziekenhuisopnames als 1<sup>e</sup> golf
- LCPS is weer begonnen met spreiden covid-patiënten over hele land (vooral vanuit Amsterdam)

Vragen:

## 50PLUS (Sazias)

1. Hoe gaat het met werven en opleiden? Is er straks voldoende personeel? Zijn er cijfers?
  - a. Ik kan het nu niet onderbouwen per regio met cijfers. Overal wordt aangegeven dat werven lukt, verpleegkundigen willen ook formatie uitbreiden (met de juiste secundaire arbeidsvoorwaarden), maar benodigde aantallen zijn groot en er is ook ziekteverzuim (bv ambulance ziekteverzuim in een regio 20%)
2. Heeft u zicht op of de wetenschap op zoek is naar een medicijn?
  - a. Er zijn verschillende klassen hierin. Er zijn bestaande antivirale middelen, middelen tegen ontsteking, bloedverdunners. Focus is op vaccin, maar het is in ieder geval nu beter te behandelen voor deel patiënten; beloop in ziekenhuis is beter.

## CDA (vd Berg)

1. De 400 extra kliniek bedden op korte termijn zijn nu al bezet. Belangrijk dat er snel geacteerd kan worden. Dashboard gem. 1x per 3 dagen, maar LCPS/NICE weer andere getallen.
  - a. Verschillende routes om gegevens te verkrijgen. LNAZ vraagt 3x per dag bij de ziekenhuizen, je kunt ook getallen gebruiken van GGD of via database stichting NICE. Laatste twee is omweg en heeft vertraging. Kuipers pleit ervoor om de getallen van LCPS in dashboard. Dit is bezetting, geen individuele opnames op patiënt niveau.
2. Het Opschalingsplan is gebaseerd op 1<sup>e</sup> golf, maar verhouding ic-kliniek is nu anders. Kunnen er nog maatregelen komen om fase 2d voor kliniek naar 2c te krijgen?
  - a. Nee, niet bovenop wat er nu gebeurt.

## CU (Dik-Faber)

1. Eerste golf kon heel veel bureaucratie aan de kant om op de patiënt te richten, zijn daar lessen uit getrokken die we nu kunnen inzetten?
  - a. Uitwisseling van data tussen instellingen (van brieven, fax naar digitaal platform), capaciteit bedden (van 3x per dag uitvraag naar directe koppeling epd). Deze dingen worden uitgebreid.

## D66 (Diertens)

1. Veel coronazorg op niet IC bedden, verdeling en correlatie?
  - a. Eerste piek 1-1,7 in verpleegdagen IC/kliniek. Nu 142 IC, 521 kliniek, dus verhouding is nu iets anders, maar kan veranderen in de tijd. Heeft te maken met leeftijd, nieuwe manieren van interventies. Voor IC zitten we in fase 1, voor kliniek 2d. Kan voor andere sectoren, ambu vvt, anders zijn op enig moment.
2. Wat is uw persoonlijke les, met welk gevoel gaat u de tweede golf tegemoet?
  - a. Geleerd hebben we en laten zien dat we goed samen kunnen werken en snel schakelen op veel terreinen. Maar er is een limiet aan de rekbaarheid van zorg en ons zorgsysteem binnen de tijd die we hebben.

## DENK (Azarkan)

1. Hoe kijkt u aan tegen tijdstip en intensiteit maatregelen?
  - a. Perspectief van ziekenhuizen (incl medewerkers) is heel belangrijk, maar garantie dat er zorg is voor de NL burger is het belangrijkste, ongeacht de aandoening. Precieze pakket is van OMT en kabinet, daar wil ik het laten liggen. Belangrijk is ook om kort op de bal te zitten, snel evalueren of het voldoende is.

FvD (Hiddema)

GroenLinks (Ellemeet)

1. Rol verpleegkundigen, IC-verpleegkundigen – ze voelen zich te weinig betrokken volgens enquête. Hoe kunnen ziekenhuizen ze beter betrekken en waarom is er geen verpleegkundige publiek zichtbaar, zoals (10)(2e) ook zijn
  - a. Plannen zijn nadrukkelijk gemaakt met V&VN en vereniging IC-vpk, dat wil niet zeggen dat dat op lokaal niveau gebeurt in de ziekenhuizen. LNAZ heeft dat aangegeven bij ziekenhuizen, maar ook bij beroepsverenigingen van vpk. Tav een gezicht in de media, er is een spreekbuis voor het plan (10)(2e) hebben veel overleg.

Van Haga – geen vragen

Krol

1. Internisten geven aan dat ligduur minder is en mensen minder ziek. Klopt dat?
  - a. Minder besmettelijk, minder ziekmakend > geen bewijzen voor. Wel nu meer jongeren, tot week geleden 60% onder 40, 88% onder 60. Intussen verandert dat in sommige regio's. Wel gunstig is dat we veel meer weten van virus en ziektebeeld, waardoor we eerder/beter kunnen ingrijpen (antivirale middelen, ontstekingsremmers, bloedverdunners, beademing anders)

PvdA (Ploumen)

1. Doel is reguliere zorg overeind te houden. Welke aanvullende maatregelen om dat te realiseren?
  - a. Heel scala, willekeurig: BVO kanker niet gestopt, eerstelijns continueren (desnoods anders openingstijden, HAPs, etc), uitleggen bevolking dat het veilig is om met zorgvraag te komen, in ziekenhuizen poli's en diagnostiek doordraaien, in ziekenhuizen ok's/kliniek zo veel mogelijk spreiden en afschalen met minste impact op ziektelast. Wel onoverkomelijk.
2. Wat is nodig om reguliere zorg door te laten gaan. Noodhospitaal in maart, wordt dat straks weer nodig, is het in voorbereiding?
  - a. Opschalingsplannen zijn er, voor nu is dat nog niet nodig. Personeel is dan ook een beperkende factor, dan maakt de locatie niet uit.

PvdD – geen vragen

PVV (Agema)

1. IC bezetting non-covid lager dan gemiddeld, zorgelijk dat al een half jaar bepaalde operaties uitgesteld worden, is dat niet schadelijk?
  - a. Voor echte conclusies hebben we meer tijd nodig, bijvoorbeeld kankerregistratie (aantallen diagnoses, stadia, etc). Individuele patiënten komen wel vaak later dan normaal in het ziekenhuis. Meerdere oorzaken: beleving, afschaling eerstelijns. Belangrijk om te benadrukken dat het veilig is om een zorgvraag te hebben en dat men ook terecht komt. Operatie komt ook pas aan het eind van een diagnostisch traject, verwijzingen inmiddels wel op peil. Ook bij bestraling zie je een latere dip.
2. Waarom loopt het nu in 4 weken op zoals dat tijdens eerste golf in 2 weken was?
  - a. Heeft te maken met verloop van virus. Bij eerste golf geen enkele maatregel, we wisten het ook niet en namen veel 'risico's'. Rt was een keer zelf 3, dus ging plotseling heel snel. Nu gaat het gefaseerder qua besmettingen, door de maatregelen en bewustheid. Maar er geldt nog steeds dat als de Rt 0 is, dat de ziekenhuisopnames nog even doorlopen.

## SGP (vd Staaij)

1. Waar zit de kwetsbaarheid in behouden reguliere zorg, wat kan er nog meer gedaan worden?
  - a. Regionale samenwerking werkt echt heel goed, door de keten heen, heeft vorige golf bewezen. Met spreiding doen we alleen covid, andere zorg speelt langlopende relatie met zorgverleners. Bedden nu wel bandbreedte, maar blijft spannend. Nog meer opschalen kan, maar kost je veel tijd.

## SP (Hijink)

1. Ziekteverzuim, hoe liggen die cijfers bij vpk/IC-vpk? Vpk geven aan nog niet eens hersteld te zijn en gaan niet hun hand opsteken om bij te springen.
  - a. Personeel is de allerbelangrijkste factor, onafhankelijk van de vraag. Verpleegkundigen van hele andere afdelingen die nu hielpen op IC/covid-kliniek, en ook studenten, etc. Mensen zitten niet te wachten op zo'n tweede periode, maar als de vraag er is doen ze dat vanuit hun professionaliteit. Ze hebben natuurlijk veel liever dat het niet nodig is. Er is ook ingezet op opleiding.

## VVD (Veldman)

1. P9, vergelijking 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> golf ziet er ernstig uit. Bestuurders zeggen dat het nu ernstiger is omdat er minder mogelijkheden tot verspreiding zijn, omdat het minder gecentreerd is tov de situatie in Brabant.
  - a. Zodra er beweging is, kan het heel snel doorgaan. Eind aug nog weinig covid patiënten, heel lang stabiel, nu stijgt het snel. Verschil is dat tov moment van lockdown vorige keer nu al meer ptn in kliniek zijn, wat het moeilijk maakt om reguliere zorg te behouden en dat er echt gespreid moet worden.
2. Kunnen we ziekenhuizen helpen om patiënten naar het ziekenhuis te krijgen voor reguliere zorg waar er capaciteit is?
  - a. Communicatie is belangrijk hierin. Moet benadrukt worden door Den Haag en ziekenhuizen dat het veilig en mogelijk is. Daarnaast willen we maatregelen zo soepel mogelijk en er liggen andere verantwoordelijkheden (economie), maar de bandbreedte is niet enorm, dus daar moet blijvend op gestuurd worden, niet alleen nu de hele winter.