

Kernpunten technische briefing – 4 november

Sprekers: 5.1.2e 5.1.2e LNAZ, 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e RIVM,
 Maximaal 1 vraag per lid per spreker
 Tijd: 09:30-11:45 uur

Kernpunten 5.1.2e 5.1.2e

Bezetting kliniek en ic afgelopen dagen

2000 opgenomen klinische patiënten. Er is een afvlakkende toename waar te nemen. Elke dag 250 – 300 nieuwe patiënten erbij. Ziekenhuisbezetting zal naar verwachting nog wel even stijgen.

IC bezettingen mogelijk ook afvlakkende toename waar te nemen. Maar het aantal reguliere patiënten op de IC's neemt af. Er is dus sprake van verdringing. Het aantal opnames wat we achterlopen reguliere IC neemt toe.

Afschalen van zorg: spreekuren gaan door. Dagbehandelingen gaan door. Maar in de klinische zorg meer instroom en bemoeilijkte uitstroom.

Behoefte COVID kliniek: verwachting komende week dat klinische bedden toenemen verschillend per regio, gaat om forse aantallen.

Verplaatsingen: grootste verspreiding vanuit Amsterdam, Utrecht, R'dam. Afgelopen week 250 verplaatsingen tussen regio's los van verplaatsen binnen regio's (ook rond 250).

Prognose: belangrijkste, als we naar R naar 0,9, dan duurt het nog heel lang voordat de reguliere zorg weer hervat kan worden, ruimschoots na de kerst. Geldt ook voor IC. Kuipers geeft aan dat de extra maatregelen de 'curve' naar beneden kan bespoedigen.

Vragen van de leden aan 5.1.2e 5.1.2e

CDA: Doorstroom verpleeghuizen. Is er niet extra plek in verpleeghuizen door bijvoorbeeld sterfte in verpleeghuizen?

5.1.2e Belangrijk om aan te geven: plek in verpleeghuizen verschilt echt per regio's, zo ook uitval personeel. Als Kuipers naar R'dam Rijnmond kijkt, dan lagen er 100 patiënten te wachten op uitplaatsing VVT. Er is dus wel degelijk opstopping.

PvdD: vanochtend het nieuws dat er vanuit Duitsland meer / heftigere ziektelast is door slechte luchtkwaliteit. Zijn in stedelijke regio's meer heftige gevallen van corona waar te nemen (door luchtvervuiling?)

5.1.2e Nee nog niet waargenomen. Maar wat wel gezien wordt, is dat er een omslag te zien is naar meer besmettingen ouderen. In september was 90% besmettingen onder de 60 jaar, en nu is 20% boven de 60. Dat leidt ook tot toename opnameduur.

D66: kunt u iets zeggen over welke problemen besmette zorgmedewerkers met zich mee brengen?

5.1.2e Er zijn inderdaad besmettingen onder zorgmedewerkers. Het is dan ook belangrijk om op te sporen met welke virusstam men mee geïnfecteerd is en na

te gaan waar men dit heeft opgelopen. Beeld is dat besmettingen zorgmedewerkers ook voor het grootste thuis plaatsvinden, en niet als er voor covid-patiënten wordt gezorgd.

D66: welke invloed gebrek personeel heeft dan hiervoor?

5.1.2e verlies personeel heeft grote impact. Zorg is arbeidsintensief, zeker voor Covid. Bij significante uitval personeel, dan verlies je aan beddencapaciteit. Ziekteverzuim lag 2% boven normaal, dat is ook 2% beddenverlies. In VVT is ziekteverzuim nog wat hoger.

VVD: we horen dat personeel de grootste uitdaging is. Er is aanbod van zelfstandige klinieken om patiënten over te nemen, maar beeld dat ziekenhuizen staan niet te springen. Hoe staat het met samenwerking tussen ziekenhuizen en zelfstandige klinieken.

5.1.2e we hebben alle capaciteit gewoon nodig. Er wordt per regio gekeken hoe personeel tussen zelfst. Klinieken en ziekenhuizen kan worden uitgewisseld. Er zijn soms wel kanttekeningen bij personeel zelfstandige kliniek, bijvoorbeeld omdat juiste scholing er niet altijd is. Maar: alle capaciteit is nodig, bijvoorbeeld ook de OK's. Kuipers vraagt dus ook of zelfstandige klinieken bereid zijn de niet-spoed zorg (knieoperaties) te parkeren.

SP: schors een kwartier voor sturen OMT advies aan ons. OMT advies blijkt al binnen. Bijeenkomst wordt geschorst tot 10:15.

Kernpunten **5.1.2e** **5.1.2e** **5.1.2e**

Update epi covid19: totaal aantal wereldwijd is toegenomen. Steeds herinneren dat dit een fractie is van wat er daadwerkelijk rondgaat.

Cijfers Nederland: kaartje toont verspreiding gevallen over Nederland. Over het weekend is duidelijk afvlakking waargenomen en dalende trend na het weekend.

Veiligheidsregio's: aantal regio's waar het goed gaat (noorden), maar ook regio's waar dat zo is (Rotterdam, Twente). Belangrijk in deze regio's dat men zich aan de regels houdt. Er zijn erg kwetsbare regio's waar en (gevoel) van versoepeling de besmettingen weer heel snel toe kunnen nemen. Incidentie laat zelfde beeld zien.

Testen: kanteling percentage positieve testen heeft zich voorgedaan sinds vorige week. Gunstig teken. Maar percentage is sommige regio's erg hoog: hoger dan 20 procent Rotterdam-Rijnland. In het weekend wordt minder getest, maar dat verschilt ook erg tussen regio's.

R-getal: op 16 oktober was deze 1.11, hier ook afvlakking is waar te nemen. R-getal kan alleen terugkijkend met 2 weken vertraging vastgesteld worden. Belangrijkste boodschap: op het moment dat maatregelen ingaan, hoop je op direct effect op de R. Dat was in maart zo, maar dat was in oktober veel minder

duidelijk.

R-waarde op basis van IC en kliniekcijfers: lag op 15 oktober op 1.03.

R-getal per veiligheidsregio: Er is enige afname over NL, maar over NL nog niet significant onder de 1, en regio's waar dat significant boven de 1 is.

Besmettelijke personen: rond de 160.000. Hoogte is relevant: stijging en daling in maart besmettelijke personen zijn sneller gegaan dan nu. Heeft effect op totale volume zieken en dus de effecten op de zorg.

Belasting zorg: personen opgenomen in ziekenhuizen, minder piekbelasting, maar de totale belasting is aanzienlijk, omdat de piek breder is, langer duurt.

Lijkt erop dat IC duur korter is, mogelijk door leeftijdsverschillen en nieuwe behandelingen.

Verpleeghuizen: forse belasting. Andere situatie in verpleeghuizen dan in ziekenhuizen: risico verdere verspreiding is aanzienlijk daar. We gaan hier ook de eerste golf benaderen.

Sterfte: tweede golf leidt tot sterftegetal dat licht boven de normale situatie ligt, ook bij 55+ boven de norm (niet alleen ouderen).

Effect interventies: maatregelen 28 sept niet gewenste effect. 15 oktober, die waren intensiever, die hebben mogelijk wel het gewenste effect, ook gelinkt aan gedrag.

Mobility trends Apple en Google: in maart sterke daling gebruik OV en auto, daarna opgekomen, en inmiddels weer wat gedaald. Alleen deze dalende trend lijkt zich niet voort te zetten, zitten nu op niveau van afgelopen juni. Er zijn veranderingen maar minder intensief dan in maart, en dat ze grilliger verlopen.

RIVM en GGD gedrag: mate van compliance is minder dan in maart.

Prognose verpleegafdelingen en IC's ziekenhuizen: boodschap: met actuele getallen kunnen we niet vaststellen of we toenemen in deze getallen of niet. Exact hetzelfde verhaal voor IC's.

Prognose verpleeghuizen: ook hier beeld dat punt van kanteling nog net niet bereikt lijkt te zijn.

Conclusies:

- Landelijk is groei gestopt.
- Wat zorgen baart is dat de daling kwetsbaar is als je kijkt naar regionale verschillen. Daling is in sommige regio's veel minder duidelijk dan in andere.
- Mobiliteit → veel minder afname dan in maart, daar is belangrijke winst te behalen.
- Het R getal 2 weken terug was boven de 1. Dat baarde zorgen, want je wilde na afkondiging nieuwe maatregelen dat het direct onder de 1 was, maar dat was niet het geval.
- Zorgbelasting: actueel nog niet mogelijk te zeggen of de cijfers in zorginstellingen gaan dalen of niet.
- Zorg staat in volle breedte onder druk, niet alleen in ziekenhuizen en IC's, maar ook in verpleeghuizen en wijkverpleging. We moeten ons realiseren dat piekbelasting lager is dan in eerste golf. Maar omdat het trager oploopt, en de afname mogelijk minder snel is, moeten we rekening houden dat het totale volume patiënten hoger kan zijn dan in eerste piek.

Samenvattend: kanteling in de cijfers moet je zeker stellen in alle regio's. Nu nog niet zeker of dat gaat gebeuren. Afname moet dus versneld worden.
Scenario's: zelfde slide als vorige week. Extra maatregelen leiden mogelijk tot snellere daling. De 2 weken strengere maatregelen: onder aanname dat pakket effect heeft zoals we dat hebben ingeschat, dan zitten we in december op 10 IC's per dag. Situatie van 3 IC opnames per dag zoals in zomer, daarvoor heb je nog een maand langer nodig. Je moet nadenken hoe je versoepelingen het meest tijdig kan doen. Maatregelen hebben dus effect op snelheid afname piek (onder aanname dat ze effectief zijn). Moet worden afgewogen tegen negatieve (economische / maatschappelijke etc.) effecten van maatregelen

Vragen van de leden aan 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e

PVV: Wat is de effectiviteit maatregelen avondklok bovenop sluiten horeca?

5.1.2e

Wat u van het OMT kunt verwachten is: wij duiden situatie, en suggereren maatregelen die tot effect kunnen leiden. Die van september zijn te weinig gebleken. Wat blijkt, het urgentiegevoel van burgers voor maatregelen was is afgenomen. Het verkeer blijft hoog en er wordt minder thuisgewerkt dan eerder. Dat kunnen wij niet voorspellen. Dat moet door u worden meegenomen. Wat verwachten we van maatregelen? Kijk naar avondklok: toen horeca open was, verwachtten we veel effecten, nu is dat anders met horeca dicht. Nu verwachten we wel dat avondklok kan toevoegen aan urgentiegevoel. Er is een grijs gebied, wat u moet invullen. Wij kunnen niet a priori veel strengere maatregelen adviseren omdat wij verwachten dat ze niet worden opgevolgd.

PVV: we kunnen toch niet zo'n zware maatregel als avondklok invoeren omdat u daar een urgentiegevoel mee zou willen opwekken? Waarom niet inzetten op ventilatie / luchtverversing, daarmee bereik je veel meer mensen.

5.1.2e

stapje terug. Waar gaat het uiteindelijk om? Dat we met zijn allen verantwoordelijkheid nemen, en eigenaar worden van dit probleem. Dit is een beetje klassiek probleem wat ik in de spreekkamer ook tegen kom. Men leeft ongezond, maar wil men niet aan doen, maar wel geholpen worden aan de klachten. Wat ik u mee wil geven, belangrijk dat wij ons met zijn allen eigenaar voelen van dit probleem en ons dus te houden aan regels die bewezen effect hebben. Dus: blijf bij de basisregels. Essentie is dat je op 1,5 moet blijven. Dat neemt bulk gewoon weg. Avondklok, daar hebben we over gezegd dat dat nog onderzocht moet worden, maar OMT denkt dat dat bijdraagt op urgentiegevoel.

CDA: Hoe moeten we omgaan met commerciële aanbieders testen, en waarom is daar geen advies over?

5.1.2e

Hebben we wel wel gedaan. Zo hebben we aantal kaders geschetst vanuit medisch biologisch advies, bijvoorbeeld zo'n organisatie eruit zou moeten zijn, en wat de kwaliteiten dan zijn. OMT vindt bijvoorbeeld essentieel dat we inzicht krijgen in hoeveel testen er gedaan worden, ook in de particuliere en bedrijfssfeer. Dus oa advies dat BIG-geregistreerde arts betrokken moeten zijn bij afname bij testlocaties. Er moet bij testen gestreefd worden naar volledigheid

en borging hoge kwaliteit.

SP: Wat zijn los van IC opnames en ZKH andere effecten die je zou kunnen bereiken met andere maatregelen. Wat is effect op sterfte of besmetting verpleeghuizen, dus breder gezien in volksgezondheid?

5.1.2e belasting in verpleeghuiszorg, loopt heel erg synchroon met druk vanuit besmettingen bevolking en ziekenhuis en IC cijfers. De maatschappelijke en economische gevolgen moet u bij andere personen vragen. Wij doen toch vooral de zorgparameters.

SP: U mist de sterftcijfers in de analyse, wat zijn de sterftcijfers bij bepaalde scenario's. Waarom krijgen we niet meer zicht van scenario's op bijvoorbeeld sterftcijfers.

5.1.2e ik vraag me af of we sterfte goed kunnen voorspellen, omdat we het lastig is alle factoren mee te wegen die daar een rol bij spelen. In Scandinavie is er bijvoorbeeld onderzoek dat aangeeft dat de mate van kwetsbaarheid van personen voor covid-sterfte in verpleeghuizen afhangt van voorgaand griepseizoen. Dus griep in voorafgaand jaar mogelijk invloed op sterfte covid nu. Sterfte is moeilijk tevoren te voorspellen als je niet alle factoren kent die dat bepalen.

PvdD: bijna 20% NL'se coronagevallen komt volgens Duits onderzoek door slechte luchtkwaliteit. Kunt u duiding geven onderzoek Duitsland en hoe staat het NL'se onderzoek naar dit issue?

5.1.2e Laatste is daar nog niet over gezegd, maar er zijn aanwijzingen voor. Hoe ver dat onderzoek is in NL is zal ik navragen.

D66: wat is de cijfermatige onderbouwing waarom de cultuursector gesloten wordt.

5.1.2e u moet beseffen dat niet van elke individuele activiteit berekend kan worden wat het cijfermatige effect is. In algemeen zijn maatregelen gericht op groeps groottes beperken, bijvoorbeeld ook gericht op mobiliteit.

VVD: er wordt meer dan ooit getest, ook door sneltesten en straks thuishtesten. Er moet een arts op testlocaties aanwezig zijn. Als straks ontwikkeling thuishtesten zijn, is er niet overal BIG arts bij. Wat heeft RIVM nodig om toch grip te houden op cijfers.

5.1.2e we moeten ons idd hier goed op voorbereiden. Zou RIVM zeer toejuichen. Er zal waarschijnlijk toch een prachtige ICT oplossing voor moeten komen. Testen is belangrijk en ook zo snel mogelijk, zodat we met BCO het virus voor kunnen zijn.

GL: Geen zicht op private testen. Gegeven het feit dat we aan het finetunen zijn met signaalwaarden, vindt GL dat zorgelijk. R-getal wordt bepaald op aantal gemelde besmettingen, en daar wordt beleid op gemaakt. Heeft RIVM beeld

hoeveel commerciële testen er zijn, en hoeveel testen er zijn waar geen zicht op is.

5.1.2e deelt zorg, dat beeld moet er komen. Het inzicht is er nog niet. Wij willen zo snel mogelijk helderheid daarover krijgen.

GL: Doel van beleid is terug naar niveau 1 routekaart. Waar in de tijd zitten we op dat niveau?

5.1.2e dat lijkt een simpele maar is complex. Ligt tussen beide grafieken die ik u geef [verwijst naar tabellen in slides met voorspellingen cijfers adh scenarios] data staat genoemd in tabel.

PvdA: verschillen tussen regio's. Het maakt nogal wat uit waar je woont. Toch zijn de maatregelen generiek. Hoe ziet de heer 5.1.2e effectiviteit maatregelen in de regio's, en zou het niet wenselijk om een pakket te maken dat steeds zwaarder wordt naar een pakket te gaan dat 'anders' is per regio.

5.1.2e Terechte vraag. Antwoord is een beleidsinterpretatie. Bijvoorbeeld als het gaat om communicatie, dan kunnen verschillende maatregelen per regio verwarrend zijn. Andere reden is het waterbed-effect, speelt tussen regio's maar ook over landsgrenzen. Maar, ik ben het eens dat de last komt niet evenredig neerkomt. Dan zou je toch met flankerend en compenserend beleid zaken beter moeten maken. Het probleem onderkent 5.1.2e zeer, en moet apart geadresseerd worden.