

Kernpunten technische briefing 14 april

Kernpunten 5.1.2e

Vragen kamerleden vooral gericht op het gebruik van mondkapjes in de publieke ruimte als onderdeel van de exit strategie

- **Huidige situatie:** 28.153 meldingen. 32% opgenomen in het ziekenhuis, waarvan 1186 op de IC. Gemiddeld 28% is zorgmedewerkers, maar dit is aan gevolg van ons testbeleid. Ongeveer 21% van alle testen is positief. 140.845 testen afgenomen.
- **Ziekenhuis opnames:** De curve lijkt nog steeds af te vlakken. Het model voor beschikbare ziekenhuisbedden lijkt dat we de piek gehad hebben. We wordt er nog in veel ziekenhuizen aan cohortverpleging gedaan. Dit het invloed op het oppakken van de reguleren zorg.
- **IC capaciteit:** Ook in de curve IC opnames zien we een daling. Het lijkt ook hier alsof we de piek gehad hebben. We willen graag terug naar een normale IC bezetting. Dit bereiken we bij 600 COVID-patiënten op IC. Dit is pas rond eind mei het geval. Dit model is gebaseerd op continuering van de maatregelen.
- **Sterftecijfer:** Ook de overlijdenscurve lijkt af te vlakken, maar loopt achter met de ziekenhuiscurves.
- **Verpleeghuizen:** Na de bezoekersregeling was er nog een piek te zijn in het aantal besmette gevallen, maar daarna volgde een afname. Het lijkt erop dat de maatregel dus toch effect heeft gehad. Met het nieuwe testbeleid zien we wel een stijging van het aantal gevallen in de verpleeghuizen, omdat er meer getest wordt. Nu zijn er 4000 zekere meldingen, in 900 locaties. Dit zijn schattingen. Je ziet dat het aantal nieuwe locaties afneemt, maar het aantal nieuwe gevallen vanuit die locaties nog niet lijkt af te nemen.
- **Reproductiegetal:** Het lijkt dat we op 16 maart door de R1 zijn gegaan en daar nu nog steeds onder zitten. De onzekerheid in het huidige cijfer is wel toegenomen door vertraagde rapportage
- **Sanquin onderzoek:** De meeste genezen patiënten hebben antistoffen in het bloed. Ook bij bloeddonoren worden antistoffen aangetoond, ongeveer bij 3% worden antistoffen gevonden.
- **Gebruik mondkapjes:** De essentie van Nederlands beleid is geen zinvolle toevoeging op thuisblijven bij klachten, handen wassen en 1,5 meter. Ook is er een tekort aan mondkapjes en we moeten zorgen dat er voldoende beschikbaar zijn in de zorg. Ook willen we geen schijnzekerheid creëren. Dat andere landen dit wel adviseren moet ook in de context bekeken worden. Zo kunnen sommige landen bijvoorbeeld in winkels geen 1,5 meter waarborgen. **Voor bepaalde beroepen zouden we wel kunnen kijken naar de toegevoegde waarde, zoals contacten beroepen. We kijken per situatie wat we het beste kunnen doen.**

Kernpunten 5.1.2e

- **Patiënten buiten het ziekenhuis:** Coördinatie van de vraag en het aanbod in de 25 regio's. 1500 bedden zijn nu bezet buiten het ziekenhuis. Er zijn nog 3800 beschikbare bedden.
- **Tekort aan beschermingsmiddelen:** Gelukkig zijn we een goede trend in de inkoop. Het nieuwe model is niet meer gericht op de sector, maar op de handeling die wordt uitgevoerd. Hierin wordt een prioritering gemaakt. Aerosol vormende handelingen krijgen de hoogste prioriteit. Je ziet ook dat het nieuwe model effect heeft gehad. Veel meer maskers gaan naar de Care sectoren, 100% van de FFP1 maskers en 27% van de FFP2 maskers.
- **Testen:** De laboratorium capaciteit is sterk uitgebreid. Dit kost wel tijd voordat een lab operationeel is. Vanaf 6 april konden alle zorgmedewerkers die langer dan 24 uur klachten hadden getest worden. Met name in Brabant zijn er afspraken gemaakt met instellingen over testen binnen de instelling zelf, zodat GGD capaciteit gebruikt kan worden voor mensen die niet door de instelling getest te worden.
- **Eén datastroom:** Verschillende data worden voor verschillende doelen gebruikt. Er wordt gewerkt aan meer centralisatie van data, met zo min mogelijk belasting voor de

medewerkers. Dit kost wel tijd. Zo krijgen we vraag en aanbod van patiënten buiten het ziekenhuis beter in beeld

Kernpunten Nieuwenhuizen (Verenso)

- **Registratie van gevallen:** We hebben in vrij korte tijd een registratie systeem voor COVID-patiënten in verpleeghuizen op te zetten. Heel belangrijk was om ook inzicht te krijgen in het aantal vermoedelijke gevallen, omdat we niet iedereen konden testen.
- **Cijfers:** De cijfers laten zien dat we er in de verpleeghuizen nog zeker niet zijn. Vooral de gevallen verdenking van COVID-19 zijn hoog. Dit gaat lager worden omdat we nu meer kunnen testen
- **Sterfte cijfer:** Het sterfte cijfer is hoog. Deze cijfers zijn een onder registratie, omdat deze maar uit 1 systeem komen. Er zijn nu nog mensen ziek, dus dit getal gaat alleen maar toenemen. We hebben in een korte tijd een vijf-voudiging in het aantal overlijdens gezien.
- **Redenen voor verspreiding:** In een pandemie zijn de kwetsbaren het kwetsbaarst. Het herkennen van deze ziekte bij kwetsbaren is heel moeilijk. Ouderen hebben een atypische presentatie, zij kunnen soms ook niet goed hun symptomen aangeven. Ook de verpleeghuissetting geeft extra uitdagingen. 1,5 meter afstand houden is bijna onmogelijk. Daarnaast het signaleren van een uitbraak en het stoppen van een uitbraak moeilijker door het tekort aan PBM en testen.
- **Maatregelen in verpleeghuizen:** Bezoekregeling, cohorten maken, alleen noodzakelijke zorg en behandelingen, zoveel mogelijk werken op afstand. Bij ziekte is het waarborgen van ondersteunende therapie of palliatieve zorg essentieel.
- **Komende weken:** Er is nog onvoldoende inzicht in het verdere verloop. De maatregelen moet zo kort als mogelijk, maar zeker ook zo lang als noodzakelijk worden vastgehouden. Beschikbaarheid van PBM en testcapaciteit is noodzakelijk. Alles wat nu is afgesproken moet nu nageleefd worden in de praktijk. Ik moet voldoende PBM's hebben wanneer er ergens een uitbraak is. We moeten de gezondheidszorg zien als één. We hebben geen cure en care, maar we hebben mensen.

Kernpunten Van Diemen – Steenvoorde:

- **Doelen:** Wij kijken naar het brede beeld van het zorglandschap. Wij willen de veiligheid en kwaliteit van zorg waarborgen. Kan dit gewaarborgd worden in deze tijd van schaarste.
- **Tekorten aan PBM:** We moeten heel goed luisteren naar de lokale situaties. Je moet accepteren dat er verschillen zijn en het is van belang op deze verschillen in te spelen. Het was de afgelopen weken duidelijk dat er in de wijkverpleging en de verpleeghuizen nog steeds echt tekorten waren. We moeten luisteren naar de verhalen van individuele zorgverleners, ook om het vertrouwen weer terug te krijgen. Dit is cruciaal in de komende weken.
- **Uitgestelde zorg:** Het aantal diagnoses van kanker is afgenomen met één derde. Al deze uitgestelde zorg, moet straks weer ingehaald worden. Dit kan een stuwmeer opleveren. We zien nu al dat een klein deel van de reguliere zorg weer wordt opgepakt. In de komende weken is het belangrijk om te kijken waar er samengewerkt kan worden en er regionale afstemming plaatsvindt. Het weer op gang brengen van de zorg zal ook om veel vernieuwing vragen. De administratieve lasten moeten laag blijven en richtlijnen zullen aangepast moeten worden. Dit gaat ons het hele jaar en misschien zelfs volgend jaar nog bezig houden.

Inbreng kamer:

PVV: We hebben al weken te maken met maatregelen, maar toch heeft het virus zich kunnen verspreiden. Ik heb daarom behoefte aan een betere duiding van Van Dissel. Ligt dit aan het tekort aan beschermingsmiddelen, aan het tekort aan testen? En hoe krijgen we deze situatie nu onder controle?

PVV: De sterftecijfers die we nu in beeld hebben corresponderen niet met het oversterfte cijfers. Dit geeft de indruk dat we een grote blinde vlek hebben en er mensen overlijden in de thuissituatie. Ik wil mevrouw van Diemen vragen om zich in te zetten dit beter in beeld te krijgen.

D66: We zouden graag een beter beeld krijgen van het werkelijke aantal besmettingen. Ook met betrekking tot zorgmedewerkers, omdat we weten dat deze mensen het virus niet binnen het ziekenhuis hebben opgelopen. Hoe kunnen we erachter komen waar deze mensen de besmetting hebben opgedaan?

D66: Als er teveel medewerkers ziek zijn en de noodzakelijke zorg niet meer geleverd kan worden in de verpleeghuizen, hoe gaan we dit dan oplossen? Is er een plan B?

Denk: Kan de heer van Dissel aangeven dat wanneer we naar een intelligentie weg terug gaan, zijn er dan dingen die we kunnen doen om de maatregelen te kunnen versoepelen en er maar een kleine invloed op de verspreiding gaat zijn?

Denk: Hebben we te weinig gefocust op de kwetsbare ouderen en hebben we daardoor onnodige risico's genomen?

SP: Er is gesproken over groepsbescherming door het kabinet en het RIVM. Hier is internationaal veel over te doen, ook omdat we hebben gezien dat bij patiënten met milde klachten minder antistoffen aangemaakt worden. Wat zegt dit over die groepsbescherming? Wat zijn de gevolgen voor dit soort onderzoeken op de maatregelen? Daarnaast nog een vraag over het Sanquin onderzoek, was dit wel een representatie van de bevolking?

SP: Hoe gaan we ermee om als we de maatregelen in de verpleeghuizen misschien nog maanden moeten volhouden? We willen niet dat mensen hun laatste levensfase in isolatie moeten doorbrengen.

50-Plus: Het aantal mensen met antistoffen is zo gering, hoe gaat dit invloed hebben op onze maatregelen? Wat betekent dit voor de bezoeksregeling aan ouderen? Kunnen kinderen en kleinkinderen hun (groot)ouders boven de 70 weer bezoeken? Deze mensen vereenzamen anders.

50-plus: Er zijn verpleeghuizen waar geen uitbraken zijn. Wat is hier anders gedaan?

PvdD: Met betrekking van testen en mondkapjes is er gezegd dat dit schijnveiligheid kan geven. Kunt u dit uitleggen?

PvdD: De randvoorwaarden beginnen op orde te komen. Kunnen mensen in verpleeghuizen nu ook zelf bepalen over het risico dat zij lopen? Als zij het risico willen nemen om ziek te worden, hebben zij dan wel bijvoorbeeld de vrijheid om wel bezoek te ontvangen?

CU: Het virus is niet gelijk over Nederland verspreid. Als we toegaan naar een exit strategie, wordt er dan ook regionaal maatwerk toegepast?

CU: In het advies van het OMT staat dat PBM's niet nodig zijn wanneer er geen verdenking van COVID is. U geeft net aan dat ouderen een atypische presentatie hebben. Wat vindt u van dit advies?

VVD: We zijn een aantal initiatieven, zoals de drive-in om te bepalen of je het virus hebt gehad. Als dit soort initiatieven toenemen, wat moeten we dan doen? Moeten we meer communiceren over de betrouwbaarheid hiervan? Neemt de schijnveiligheid hier niet mee toe?

VVD: Hoe gaat de IGJ sturen om afwegingen te kunnen maken in het op gang brengen van de reguliere zorg?

SGP: Hoe kunnen mensen zich voorbereiden op een exit strategie, bijvoorbeeld voor samenkomsten in kerken, scholen ect? Speelt luchtventilatie hier bijvoorbeeld een rol?

SGP: Hoe kunnen verpleeghuizen zich comfortabel blijven voelen met maatregelen die in een andere situatie misschien niet zijn genomen, bijvoorbeeld het sluiten van deuren bij dementeren ouderen. Hoe kan de IGJ instellingen hierin ondersteunen?

PvdA: In de discussie over testen en PBM, worden noodzaak en schaarste door elkaar gehaald. Wanneer er geen schaarste is, zijn mondkapjes in de exit strategie dan niet nuttig? Bijvoorbeeld wanneer het openbaar vervoer weer open gaat?

PvdA: Heeft u voldoende in handen om verpleeghuizen met grote uitbraken te ondersteunen. Is er voldoende landelijke regie?

FvD: Ik wil doorgaan op de vraag van het PvdA. Veel mensen maken zelf mondkapjes. Kunnen we geen bepaalde sectoren aangeven die wel weer operatief worden met dit soort beschermingsmaatregelen, zodat we niet meer de kunstmatige 1,5 in acht hoeven te houden?

FvD: In welke fases kunnen verpleeghuizen en andere zorginstellingen meegenomen worden in een exit strategie?

Van Haga: Wordt op een bepaald moment het argument van schijnveiligheid tegen het gebruik van mondkapjes niet belangrijker dan de positieve effecten hiervan?

Van Haga: Welk percentage van uitgestelde zorg wordt afgestelde zorg? Heeft u hier een beeld van? Hoe wordt dit afgewogen?

Van Kooten-Arrissen: Is het waar dat we in de ontwikkeling van vaccins afhankelijk zijn van farmaceutische instituten die buiten de tijd van crisis niet willen investeren in de ontwikkelen van een vaccin? Zou u niet liever een Nederlands instituut hebben voor de ontwikkeling van vaccins?

Van Kooten-Arrissen: Ik zie in de modellen nog niet dat er rekening wordt gehouden met groepsimmuniteit. Kunt u hier iets over zeggen?

GL: Hoeveel mondkapjes zijn er nodig om in de exit strategie voldoende te hebben?

GL: We kunnen zien dat er in maart al veel besmettingen waren in verpleeghuizen. Was deze informatie bekend bij het OMT?

CDA: Is op het moment dat er voldoende mondkapjes zijn, de 1,5 meter niet meer nodig?

CDA: Er zijn 5 ziekenhuizen niet aangesloten bij het landelijk LCPS. Ook zijn er ziekenhuizen die niet aangesloten zijn bij data uitwisselingen. Wat vindt u ervan dat er ziekenhuizen zijn die hun eigen plan trekken?