

Kernverhaal (10)(2a) (10)(2e) (10)(2g):

Geef overzicht van stand van zaken: aantal opgenomen patiënten, aantal overleden patiënten, aantal IC opnames. Wat valt op, trends?

- Sinds een week afvlakking bij GGD-en gemelde patiënten en ook voor nieuwe IC-opnames, waar eerst exponentiële groei was.
- Geeft aan maatregelen lijken te werken, volhouden is nu cruciaal.
- Het aantal opgenomen patiënten is een reflectie van het aantal patiënten in de samenleving en waar zij zich bevinden (brandhaarden).
- Het aantal overleden patiënten is nu niet goed te meten en internationaal te vergelijken. Niet alle overlijdens door Covid zijn bekend omdat nu bij maar een beperkt deel Covid wordt vastgesteld door testen. Een belangrijk gegeven zijn oversterftecijfers, die komen langzaam beschikbaar. Daarmee kun je ook internationaal vergelijken.
- Dat het effectieve reproductiegetal daalt, is geen reden om de maatregelen te versoepelen. De versnelling neemt af, maar er komen nog steeds infecties bij. Ook kan het reproductiegetal weer stijgen wanneer we in deze fase al maatregelen gaan versoepelen.

Gaat uitgebreid in op hoe modellen tot stand komen:

- Modelleren begint al voordat de ziekte in Nederland is, op basis van buitenlandse gegevens. Dan gebruik je de beste gegevens die internationaal voorhanden zijn. Maar er zijn culturele verschillen die van invloed zijn, bijvoorbeeld de leeftijdsopbouw, maar daar kun je niet op vooruitlopen. Je moet het model zo snel mogelijk aanpassen op échte gegevens die binnenkomen.
- Initiële modellen waren gebaseerd op WHO-data, uit het internationale netwerk waar RIVM in deel neemt. Gestart met getallen van elders, dat leverde eerste modellen op, want aanvankelijk was er geen enkel Nederlands gegeven over opnamebeleid, duur opname IC etc. Dat is het beste dat je kunt doen.
- Sinds het optreden van NL infecties en meer patiënten die naar IC gaan en worden opgenomen hebben weer NL getallen. Daarmee kun je modellen kalibreren en aanpassen. Je hebt voldoende data nodig om modellen aan te passen. Vanaf 19 maart worden Nederlandse gegevens gebruikt. Bijv: opnameduur van 23 dagen op IC ipv 10 dagen.
- Modellen kun je niet 100% zeker van zijn, ze helpen ons. De meest waarschijnlijke schatting ligt waar de modellen het meest samenkomen. Die modellen probeer je voor verschillende parameters te variëren, bijv het reproductiegetal. Dat kunnen we steeds beter uit NL data halen.

Kernverhaal Gommers

Update over getallen van patiënten op IC, data van NICE (sheets bijgevoegd van website NICE)

- Stijging van kleine 100 IC patiënten per dag (netto: met aftrek van IC patiënten die IC verlaten en overlijdens), positief is dat dit afgelopen weekend naar 60 lijkt te gaan
- In 2014 is overeenstemming gekomen over opschaling in een pandemieboek. Eerste fase (conventionele zorg) is kwaliteit die we kunnen leveren naar standaard van NL. Deze fase kan opgerekt worden naar 120%. We zijn nu over op de tweede fase (opgeschaald). Daarin lever je IC-zorg buiten de IC: bijv op uitslaapkamers, gewone afdelingen etc. Je gebruikt ook personeel van andere afdelingen. En tegelijk rek je zorg van IC-verpleegkundigen op: niet meer 2, maar 4 patiënten. Dit geeft stress en meer foutenkans.
- Aan alle IC-s is nu gevraagd om op te schalen naar 200%, dwz 2400 IC bedden: 1900 voor covid IC patiënten en 500 voor non-covid patiënten.
- Momenteel hebben we 1900 plekken
- Gommers is tevreden over de meer directieve aanpak, maar merkt nog wel dat er ziekenhuizen zijn die hun kaarten op de borst houden.
- Naar derde fase is besluit minister. Het is nog onduidelijk hoe we dan de zorg gaan leveren en hoe dan de kwaliteit er uit ziet. (IGJ ging hier nader op in)

- Apparatuur van Philips heeft Amerikaanse aansluiting, maar werkt gewoon en wordt ingezet.

Kernverhaal Van Diemen IGJ:

- Gaat in op effecten op de Nederlandse gezondheidszorg. Covid heeft grote impact op patiënten zelf, maar ook op zorgpersoneel. Totaalverhaal van ontreding in de samenleving. Bijna gerobotiseerde omgeving: geen familie nabij, alleen mensen in pakken. Ziekte waarbij zo'n longontsteking optreedt die we nog niet kennen door een virus. Ook traumatische ervaring voor professionals, ze hebben het werk nooit zo gedaan, er sterven mensen in armen van zorgverleners, zonder familie.
- We passen continu aan en veranderen op ervaringen per week: zorg is ook belangrijk als het thuis kan of in een zorghotel. Samen met ouderenzorg en instellingen ook zorg bieden buiten ziekenhuizen, waardoor menslievendheid van zorg weer centraal kan waarbij wensen van patiënten meegenomen kunnen worden.
- IGJ heeft aangegeven: er moet landelijke coördinatie op patiënten komen via de Roaz. Maar dan kom je in tweede fase terecht, waarbij je zorg anders inricht (gele fase), waarbij je patiënten over het land verspreid ipv regio. Dit landelijk centrum laat dagelijks zien waar plekken zijn op IC, in zkh, ook niet-covid patiënten. Dit werkt in de praktijk en kunnen er verbindingen worden gelegd, ook voor continuïteit voor zorg.
- Ook de derde fase wordt nu uitgewerkt: dit is een opdracht aan de IGJ, aan Federatie en KNMG: wat betekent het als we ook aanvaardbare kwaliteit niet meer kunnen leveren. Er wordt alles aan gedaan om dit scenario te voorkomen, maar het moet wel uitgewerkt worden in deze ongekende situatie.
- Diemen verwacht deze week duidelijkheid over wie de crisis afroept.