

Uit de wurggreep van corona

Het nieuwe normaal voor reguliere zorg in een coronatijdperk

15 mei 2020

Gupta Strategists



Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

Medtronic
Further. Together

Samenvatting

Het coronavirus houdt de wereld in zijn greep. De impact van corona is nauwelijks meer weg te denken uit onze maatschappij en in het bijzonder: de zorg. In dezelfde vaart waarmee het aantal IC-bedden is opgeschaald, is reguliere zorg afgeschaald. Bijna de helft van de reguliere zorg is uitgesteld en afgezegd om capaciteit vrij te maken voor COVID-patiënten en om besmettingen te voorkomen. Dat heeft de afgelopen twee maanden honderdduizenden patiënten getroffen. Grofweg 75.000 van hen zouden normaliter zorg krijgen waarvan de inschatting is dat die niet langer dan twee weken zou kunnen wachten. En ondertussen tikt de tijd door, vult het stuwmeer aan zorg zich en is het einde nog niet in zicht. Binnen de mogelijkheden van de anderhalvemetersamenleving is het namelijk niet eenvoudig om zorg te organiseren en dus zal de zorgcapaciteit ook de komende maanden ontoereikend blijven.

Wie zijn nou die 'gewone' patiënten die hun 'gewone' zorg niet krijgen? Voor een groot deel zijn dat patiënten met een hart- of vaataandoening. Denk aan mensen met pijn op de borst, hartfalen of ritmestoornissen. Zoals de situatie er nu uitziet, zullen dit jaar in totaal 150.000 tot 200.000 hartpatiënten geen zorg ontvangen. Dat komt enerzijds door een tekort aan capaciteit in de ziekenhuizen en anderzijds doordat patiënten zich niet melden bij hun huisarts of het ziekenhuis. In een deel van de gevallen zal dat fataal zijn. Naar onze inschatting leidt het afzeggen en uitstellen van cardiologische zorg tot 65.000 tot 100.000 extra verloren levensjaren en ook nog eens 20.000 tot 50.000 levensjaren in slechtere gezondheid. En dat zijn alleen de cardiologiepatiënten. Het uitstellen van zorg treft ook oncologiepatiënten en vele anderen. Ter vergelijking: het coronavirus zelf heeft tot nu toe in Nederland ongeveer 65.000 levensjaren geëist.



Het is een utopie om te denken dat alle zorg nog in te halen is. Maar om patiënten de zorg te kunnen bieden die ze nodig hebben en daarmee verdere gezondheidsschade en verloren levensjaren te voorkomen, is het noodzakelijk om zo snel mogelijk te komen tot een nieuw normaal. Daarvoor is ingrijpende herinrichting van zorg nodig. Ziekenhuiszorg, zoals policonsulten en diagnostiek, vindt waar mogelijk thuis plaats. De resterende schaarse ziekenhuiscapaciteit moet vervolgens optimaal benut worden. Ook is flexibele capaciteit voor COVID-zorg onmisbaar, waardoor bij een eventuele opleving de reguliere zorg niet opnieuw in de verdringing komt. En tot slot is het essentieel om patiënten actief toegang tot zorg te verschaffen. Daarvoor is inzet van de hele keten nodig. Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de zorg veilig is.

Aanleiding

Zorguitstel om capaciteit vrij te maken en besmetting te voorkomen

Er is onvoorstelbaar veel gebeurd sinds de ontdekking van de eerste coronabesmetting in Nederland, op 27 februari 2020. Het aantal besmettingen, ziekenhuisopnames en overledenen steeg in de maand maart exponentieel¹ en de IC-capaciteit werd bijna verdubbeld². En ondertussen sloten scholen, horeca en vele andere bedrijven en organisaties hun deuren en kwam het maatschappelijk leven tot stilstand. Tegen deze crisis was geen enkel draaiboek opgewassen.

In die crisistijd was in de zorg alles erop gericht om enerzijds de stortvloed aan COVID-patiënten zo goed mogelijk te accommoderen, bijvoorbeeld door OK's om te bouwen tot IC, en anderzijds de acute en urgente reguliere zorg zo goed en zo kwaad als het ging te laten doorgaan. En dat alles in het licht van het voorkomen van nieuwe coronabesmettingen, vooral bij kwetsbare groepen.

Het zou een utopie zijn om te denken dat zorg voor COVID-patiënten 'er wel bij kon' en dat de rest van de zorg gewoon door zou kunnen gaan. Sterker nog, dat zou niet eens wenselijk zijn. Juist een crisissituatie als deze biedt de mogelijkheid te stoppen met zorg die geen meerwaarde biedt. Het is lastig om te zeggen hoeveel van de zorg die normaal gesproken geleverd wordt niet zinnig is, maar 5 à 10% lijkt een voorzichtige schatting³. Elke arts heeft zijn eigen voorbeelden van welke zorg voor welke patiënten eigenlijk geen of nauwelijks toegevoegde waarde heeft. Idealiter zou je die zorg onder druk van COVID willen stoppen en ook niet meer opstarten. De werkelijkheid ging echter nog een stap verder: om ruimte te maken voor COVID-zorg en om patiënten te beschermen tegen besmetting, zijn ingrijpende herprioriteringen gemaakt en is een fors deel, 40-50%, van de zorg uitgesteld^{4,5}. In andere sectoren, zoals mondzorg of fysiotherapie, liep dat aandeel nog veel verder op.

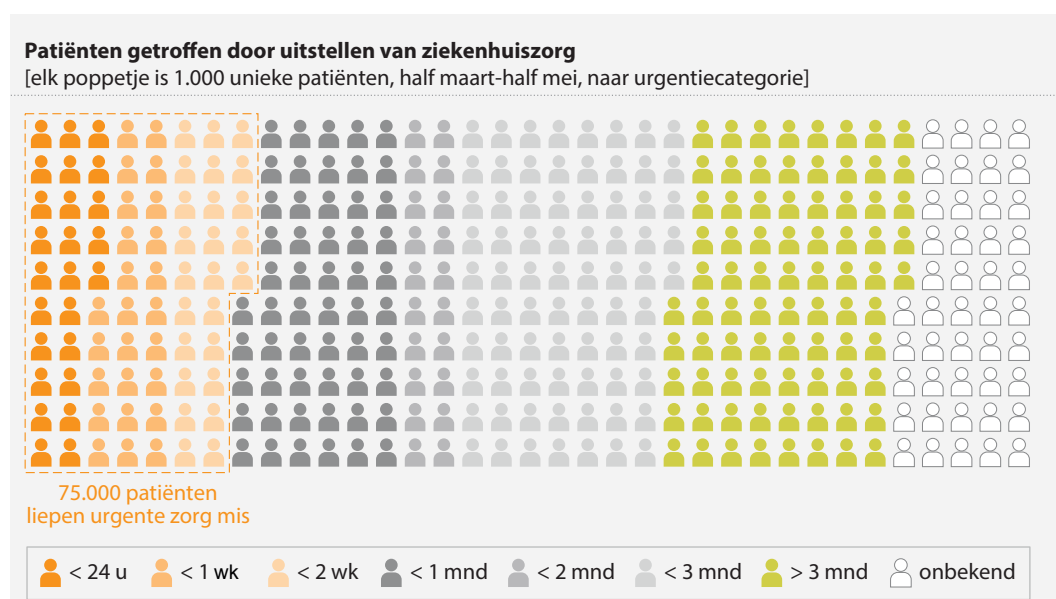
Niet alleen artsen beslisten welke zorg doorging en welke niet. Ook patiënten droegen, bewust of onbewust, bij aan het herprioriteren van zorg. Ze meden de huisartsenpraktijk of spoedeisende hulp uit angst voor besmetting. Of ze wilden de zorg niet onnodig belasten en maakten zelf de inschatting dat hun kwaal of klacht wel even kon wachten⁶.

Gevolg

Stuwmeer aan zorgvraag door uitstel

Het herprioriteren en uitstellen van zorg, door professionals en patiënten zelf, was ingegeven vanuit een crisissituatie. Als je denkt in een crisistermijn van enkele weken is het voor veel zorg aanvaardbaar om even te wachten. Inmiddels zijn we echter twee maanden verder en de reguliere, niet-spoedeisende zorg is slechts mondjesmaat opgestart.

In de afgelopen twee maanden hebben minstens 350.000 mensen geen zorg ontvangen door toedoen van de coronacrisis (figuur 1). Voor een veelvoud daarvan is zorg uitgesteld, verminderd of op een andere manier (bijvoorbeeld telefonisch) doorgegaan. Om enige orde in de chaos van het stuwmeer aan zorg te creëren heeft Gupta Strategists een urgentielijst⁷ opgesteld, in nauwe samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten (FMS), de Nederlandse zorgautoriteit (NZa), het landelijk coördinatiecentrum patiëntenspreiding (LCPS) en het Zorginstituut. Welke zorg moet binnen een week plaatsvinden, of zelfs binnen een dag? Welke binnen een maand, of drie maanden? Ongeveer 20% van de uitgestelde zorg had binnen twee weken geleverd moeten worden. Dat betekent dat grofweg 75.000 mensen ernstig risico lopen door uitstel van hun zorg. Dat zijn veelal mensen met een hart- of vaatziekte of kanker⁸.



Figuur 1 – Minstens 350.000 patiënten zijn getroffen door het uitstellen van ziekenhuiszorg, en voor 20% van hen gaat het om urgente zorg die binnen twee weken geleverd zou moeten worden

Niet urgent, wel belangrijk voor de patiënt

In het licht van de discussie over urgentie van zorg is het goed om te beseffen dat ook de minder urgente zorg vaak belangrijk is⁹. Enkele voorbeelden:

- Een maagverkleining (bariatrische chirurgie) valt bijvoorbeeld in de urgentie-categorie '2-3 maanden'. In totaal zijn er in Nederland jaarlijks ongeveer 8.000 patiënten die een dergelijke operatie ondergaan¹⁰, met grote impact op hun kwaliteit van leven en levensverwachting¹¹.
- Staaroperaties zijn geclassificeerd als weinig urgent ('> 3 maanden'), maar verbeteren jaarlijks voor meer dan 100.000 patiënten hun gezichtsvermogen¹⁰.
- Veel urologische ingrepen hebben een relatief lage urgentie (bijvoorbeeld operatie bij urineverlies/verzakking, urgentie-categorie '> 3 maanden'), maar grote impact voor patiënten. Het is geen zaak van leven of dood, maar wel van normaal kunnen functioneren of niet.

Het uitstellen van zorg is ontegenzeggelijk een sluipmoordenaar, met impact op mensenlevens. De meeste doden zullen echter niet meteen vallen, maar pas op langere termijn. In het volgende hoofdstuk gaan we daar voor de hartpatiënten verder op in. Een manier om inzicht in doden op korte termijn te krijgen is met de oversterftcijfers, die het CBS wekelijks rapporteert¹². Waar in een gemiddelde week ruim 3.000 mensen overlijden, is dat eind maart en begin april 2020 fors hoger geweest: tot wel 5.000 mensen per week. De kleine helft van die oversterfte bestaat uit de mensen die bewezen coronapositief waren en aan de gevolgen daarvan zijn overleden¹. Zoals we weten is door het terughoudende testbeleid in Nederland dit getal een onderschatting van de werkelijkheid. Echter, het gaat te ver om de totale oversterfte toe te schrijven aan COVID¹³. Zelfs als maar een kwart van de onverklaarde oversterfte komt door redenen anders dan COVID, betreft het in de eerste vijf weken van de coronacrisis gemiddeld bijna 150 patiënten per week. Dat is ongeveer net zoveel als in een normale week aan dikkedarmkanker en borstkanker bij elkaar¹⁴. En daarbij is nog buiten beschouwing gelaten dat er tijdens de lockdown minder mensen overlijden aan verkeersongevallen en geweld¹⁵. Hetzelfde beeld van onverklaarde oversterfte is te zien in verschillende andere Europese landen¹⁶.

Impact

Wat betekent dit voor hartpatiënten?

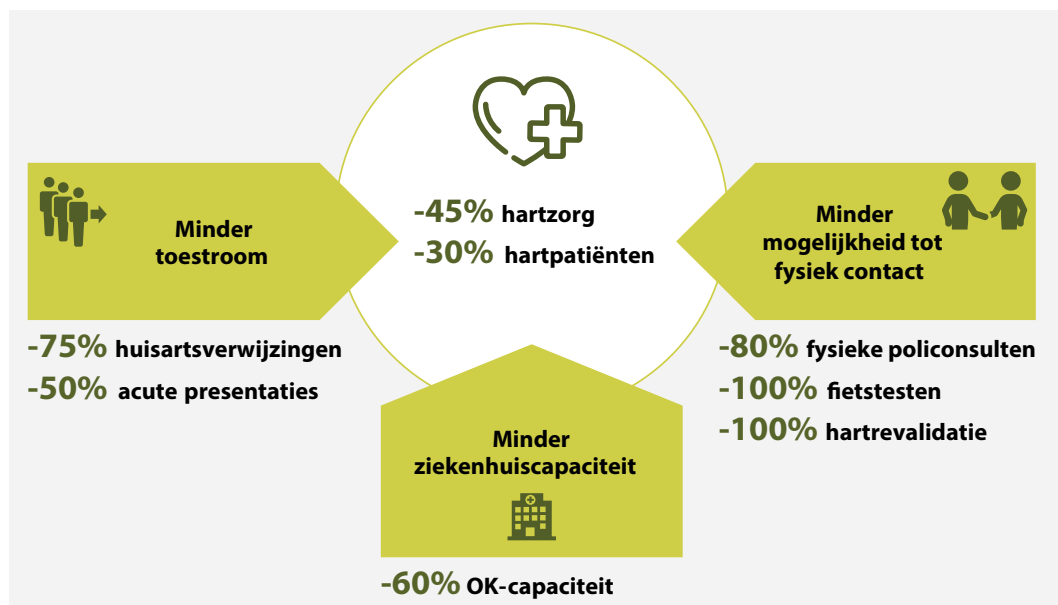
Een van de grote groepen die in de schaduw van corona is komen te staan, is de groep hartpatiënten. Wie gaan er schuil achter de honderdduizenden hartpatiënten die zorg missen? Wat is de impact op hun leven en gezondheid?

Minder toestroom, minder contact, minder capaciteit

Voor één op de drie hartpatiënten is zorg uitgesteld of afgezegd, wat leidt tot ongeveer 45% minderⁱ hartzorg^{8,17}. Zoals de situatie er nu uitziet, zullen dit jaar in totaal 150.000 tot 200.000 hartpatiënten geen zorg ontvangenⁱⁱ. Daarvoor zijn uiteenlopende redenen. De eerste reden is dat patiënten zich minder melden bij de huisarts, spoedeisende hulp of eerste harthulp. Ze zijn bang voor besmetting, zijn bescheiden ('zo erg is het niet') of ze verwarren hun symptomen zoals kortademigheid met die van COVID. Eind maart waren de cardiologische verwijzingen vanuit de huisarts met meer dan driekwart afgenomen¹⁸. Het aantal mensen dat met acute klachten, bijvoorbeeld duidend op een hartinfarct, in het ziekenhuis kwam was ongeveer gehalveerd¹⁹. Dit was ook in andere landen het geval²⁰.

i Uitgedrukt in omzet

ii Van de ruim 1 miljoen patiënten per jaar die bij de cardioloog onder behandeling zijn



Figuur 2 – Impact van de coronacrisis op cardiologische zorg

Daarnaast is zorg afgezegd vanwege tekort aan capaciteit of om besmetting te voorkomen. Een groot knelpunt in de fysieke capaciteit was de afgelopen maanden de OK: omdat ruimte, medisch personeel en apparatuur nodig was om IC-bedden voor COVID-patiënten te creëren, was er zo'n 60% minder OK-capaciteit⁵ en ook beperkte capaciteit op de hart-catheterisatiekamers. Dat leidde tot onder andere 40% minder dotterbehandelingen¹⁹. Ook het aantal harttransplantaties daalde²¹. Een ander groot knelpunt ontstond door het minimaliseren van fysiek contact. Daardoor kon slechts 20% van de fysieke consulten doorgaan¹⁷. Nog eens 50% ging door als telefonische afspraak en 30% van de consulten werd helemaal geannuleerd⁸. Tot slot zijn andere fysieke afspraken zoals fietstesten of groepssessies voor hartrevalidatie volledig geannuleerd.

De toestroom van patiënten begint weer wat op gang te komen¹⁸, maar is nog steeds fors lager dan gebruikelijk. Waar de OK-capaciteit op dit moment weer toeneemt, blijft de mogelijkheid tot fysiek contact in het ziekenhuis zeer beperkt. In het nieuwe normaal waarin we 1,5 meter afstand tot elkaar moeten houden, is naar verwachting slechts 40 tot 60% van de reguliere policapaciteit bruikbaarⁱⁱⁱ. Dat komt neer op 520.000 tot 650.000 cardiologische policonsulten die dit jaar niet fysiek door kunnen gaan⁸. Patiënten kunnen immers niet meer schouder aan schouder in de wachtkamer zitten. Ook moeten drukte en opstoppingen in het ziekenhuisgebouw voorkomen worden. Daarnaast zijn zorgverleners extra tijd kwijt met extra desinfecteren en omkleden.

100.000 verloren levensjaren

Het wegvallen van zorg, tijdens de eerste crisisperiode en in de tijd van het 'nieuwe normaal' daarna, leidt tot extra ziektelast bij hartpatiënten en andere patiëntgroepen. Ziektelast is uit te drukken in DALY's (*disability-adjusted life-years*), zie kader. Het in kaart brengen van ziektelast en verloren levensjaren door het uitstellen van zorg is niet eenvoudig. Welke

iii De capaciteit verschilt per ziekenhuis en is onder meer afhankelijk van de bouwkundige situatie

patiënten krijgen geen zorg? Hoe erg is dat? Hoe lang zouden deze mensen anders nog geleefd hebben? Het rekenen met DALY's geeft een inschatting van de ziektelast die veroorzaakt is door het uitstellen en afstellen van zorg.

DALY's, de wereldwijde maat voor ziektelast

Wereldwijd wordt ziektelast (*burden of disease*) uitgedrukt in DALY's (*disability-adjusted life-years*), die weer bestaan uit twee componenten: verloren levensjaren (*YLL, years of life lost*) en verlies aan kwaliteit van leven of ziektejaarrequivalenten (*YLD, years lived with disease*)²². Oftewel:

$$\text{ziektelast} = \text{verloren levensjaren} + \text{ziektejaarrequivalenten}$$

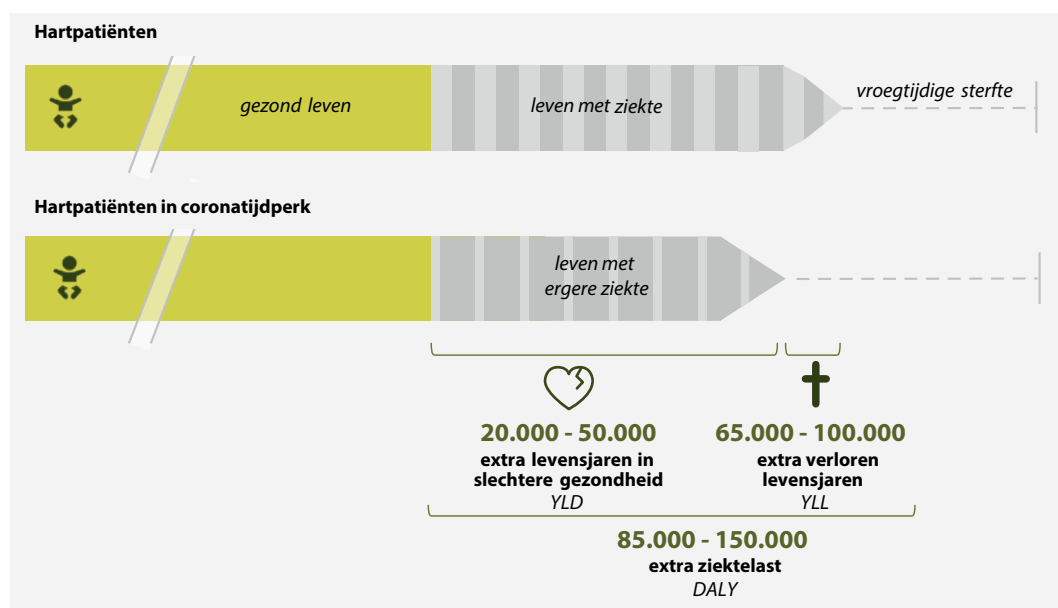
| | | |
|-------------|------------|------------|
| <i>DALY</i> | <i>YLL</i> | <i>YLD</i> |
|-------------|------------|------------|

De verloren levensjaren is de vermenigvuldiging van 'het aantal patiënten dat sterft aan de betreffende ziekte' met 'het aantal jaren dat zij naar verwachting nog zouden leven'. Als 20 patiënten gemiddeld 15 jaar eerder sterven, betekent dat 300 verloren levensjaren. Andersom kan een totaal van 300 verloren levensjaren zowel betekenen dat 300 mensen 1 jaar korter leven, of dat 10 mensen 30 jaar korter leven, of iets ertussenin.

Het verlies aan kwaliteit van leven wordt uitgedrukt met ziektejaarrequivalenten. Dat is de vermenigvuldiging van 'het aantal patiënten met de ziekte' met 'een wegingsfactor tussen 0 en 1 die aangeeft hoe ernstig de ziekte is'. Hoe ernstiger, hoe hoger. Voor een ziekte met een wegingsfactor 0,5 wordt een jaar met ziekte beschouwd als een half jaar vroegtijdige sterfte. Voor veel cardiologische aandoeningen²³ is de wegingsfactor zonder behandeling 0,32 en met behandeling 0,17.

Zoals de situatie er nu uitziet, leidt het verminderen van cardiologische zorg dit jaar tot 85.000 tot 150.000 extra DALY's, waarvan 65.000 tot 100.000 extra verloren levensjaren (figuur 3). Dat staat dus gelijk aan 6.500 tot 10.000 mensen die ieder tien jaar eerder overlijden. Dat is een immens getal, bovenop de 'reguliere' ziektelast van hart- en vaatziekten van ruim 800.000 DALY's²⁴. Ter referentie: chronische blootstelling aan fijnstof in Nederland heeft een ziektelast van ongeveer 190.000 DALY's²⁵ en tot nu toe is de ziektelast door COVID 65.000 tot 100.000 DALY's^{26,iv}.

iv Uitgaande van 12 jaar resterende levensverwachting²⁶ en 5.440 geregistreerde doden¹ is 65.000 (ondergrens) het aantal verloren levensjaren (YLL) en 100.000 (bovengrens) de totale ziektelast inclusief een inschatting van de additionele ziektejaarrequivalenten (YLD)



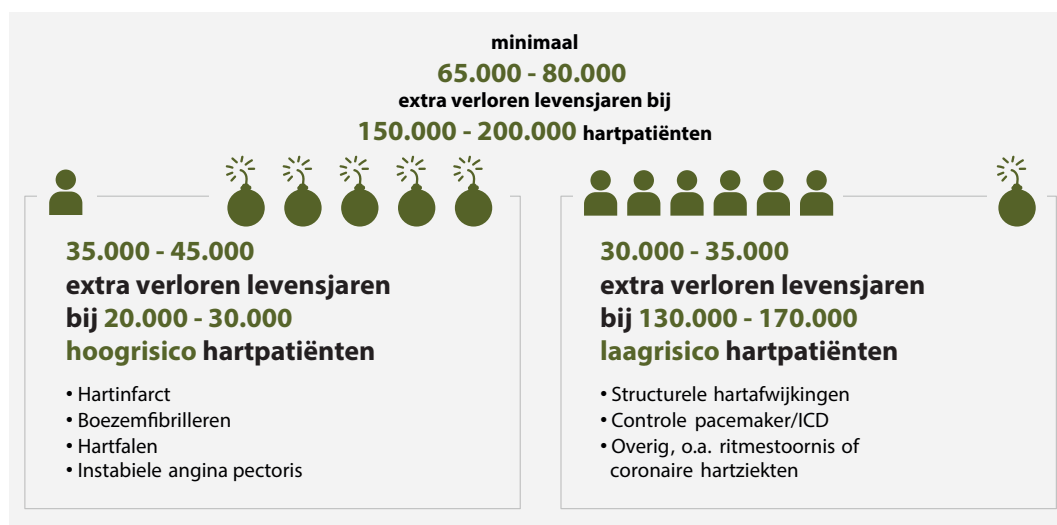
Figuur 3 – Het uitstellen van zorg door de coronacrisis leidt tot 100.000 extra verloren levensjaren en 50.000 ziektejaarequivalenten

De inschatting van de ziektelast door het uitstellen van cardiologische zorg is gemaakt door verschillende databronnen te combineren. Bij de eerste benaderingswijze baseren we ons op de berekeningen van het RIVM en het Erasmus MC, waaruit blijkt dat cardiovasculaire zorg leidt tot 2,0 extra levensjaren voor de gehele populatie²⁷. Oftewel, zonder cardiovasculaire zorg zou de gemiddelde levensverwachting niet 82 jaar maar 80 jaar zijn. Voor heel Nederland levert deze zorg dus jaarlijks zo'n 420.000 extra levensjaren op. Andersom kost het die levensjaren als je deze zorg niet meer biedt. Uitgaande van 45% minder zorg sinds gedurende de crisismaanden en een gradueel herstel naar 25% minder zorg vanaf half juli betekent dat voor 2020 ongeveer 100.000 minder levensjaren (bovengrens in figuur 3)^v. Daarbovenop komen nog eens 50.000 ziektejaarequivalenten door verlies aan kwaliteit van leven.

Voor de tweede benaderingswijze hebben we ingezoomd op de verschillende cardiologische diagnoses. Die aanpak resulteert in 65.000 tot 80.000 extra verloren levensjaren^{vi} (ondergrens figuur 3). Grofweg de helft daarvan is toe te rekenen aan een relatief kleine groep hoogrisicopatiënten, zoals mensen met hartinfarct of hartfalen. De andere helft van de verloren levensjaren wordt veroorzaakt door een grote groep laagrisicopatiënten, bijvoorbeeld met een structurele hartafwijking, behandelde ritmestoornis of een pacemaker (figuur 4).

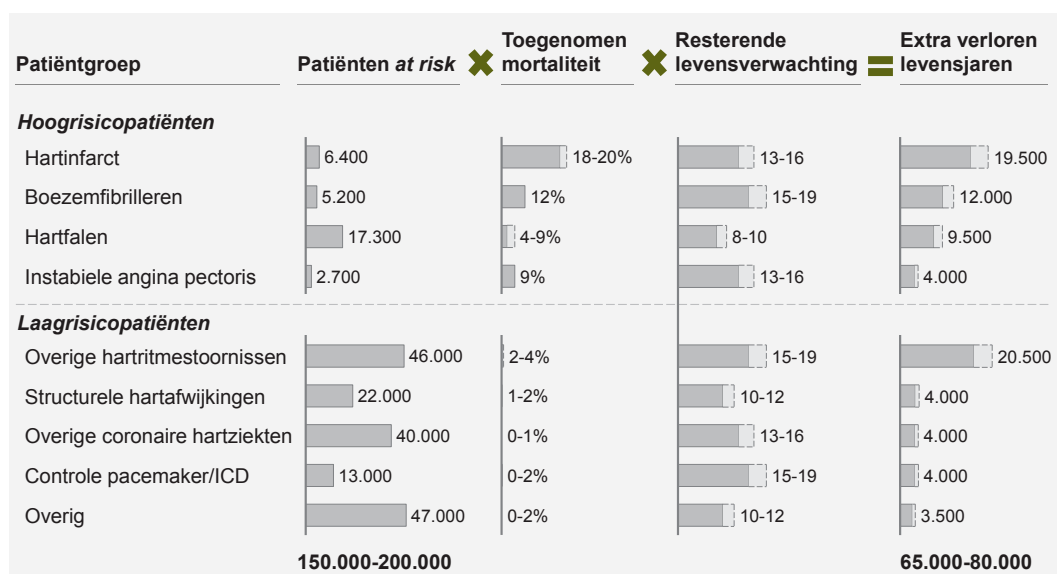
v Inschatting van 25% minder zorg vanaf half juli vanwege beperkte fysieke capaciteit in het ziekenhuis en terughoudendheid van patiënten om zich te melden

vi In deze tweede benaderingswijze hebben we een bandbreedte opgenomen. Daarmee corrigeren we voor het feit dat het aandeel van de patiënten voor wie zorg niet doorgaat niet een volledig willekeurige steekproef is uit de totale patiëntenpopulatie. Ook ondervangen we hiermee dat een deel van de hartpatiënten is overleden aan de gevolgen van COVID. Aan de andere kant laten we in deze benaderingswijze de meerwaarde van bijvoorbeeld medicamenteus cardiovasculair risicomanagement nog grotendeels buiten beschouwing, waarmee we de totale ziektelast onderschatten.



Figuur 4 – De helft van extra verloren levensjaren bij een kleine groep hoogrisicopatiënten en de andere helft bij een grote groep laagrisicopatiënten

Om te komen tot deze extra verloren levensjaren per patiëntgroep hebben we in die tweede benaderingswijze de mortaliteit zonder behandeling vergeleken met die met behandeling (figuur 5). Een aantal hartaandoeningen geven een serieus verhoogd risico op overlijden als ze onbehandeld blijven. Dat zijn hartinfarcten (STEMI en non-STEMI), boezemfibrilleren, hartfalen (acuut en chronisch) en instabiele angina pectoris^{28,29,30,31,32,33,34,35}. Die extra mortaliteit loopt op tot 20% bij infarcten. Vermenigvuldigd met het aantal patiënten dat nu en in de rest van het jaar zorg misloopt⁸ en de gemiddelde resterende levensverwachting^{28,36} levert dat een aantal extra verloren levensjaren voor de verschillende aandoeningen op. Dezelfde methode hebben we toegepast voor de laagrisicopatiëntgroepen. Ook onder die patiënten zullen levensjaren verloren gaan.



Figuur 5 – Vooral infarcten en ritmestoornissen leiden tot extra verlies aan levensjaren^{vii}

vii Aantal patiënten at risk is het totaal aantal patiënten voor wie zorg is uitgesteld gedurende 2020, uitgaande van een gradueel verloop van huidige aandeel minder patiënten (24-36% voor de verschillende groepen) naar 20% minder patiënten vanaf half juli. Bandbreedte mortaliteit op basis van verschillende diagnoses per groep.

Toekomst

Aanhoudende COVID-druk vraagt om snelle en radicale omslag naar het nieuwe normaal

Niemand heeft een glazen bol, maar het is in ieder geval duidelijk dat maatschappij en zorgsysteem voorlopig in de greep van corona blijven. De komende tijd zal zorg voor COVID-patiënten een deel van de ziekenhuiscapaciteit (ruimte én mensen) opeisen: op de spoedeisende hulp, de verpleegafdelingen en de IC's. Een nog groter deel van de capaciteit zal de rest van het jaar beperkt blijven doordat we, in afwachting van een vaccin, voorlopig contact moeten minimaliseren. Afstand houden en mondklappers zullen binnen het ziekenhuis de norm blijven. Ook zullen ziekenhuizen zolang er COVID-patiënten zijn de COVID- en reguliere patiëntstromen moeten blijven scheiden. Al met al zorgt dat ervoor dat er fors minder patiënten tegelijkertijd veilig in het ziekenhuis kunnen zijn.

Dat enerzijds de capaciteit lager is dan we gewend waren en anderzijds er zich een stuwmeer aan zorgvraag heeft gevormd die een forse ziektelast met zich meebrengt, stelt de zorg voor een enorme uitdaging. Hoe gaan we ervoor zorgen dat het aantal verloren levensjaren en verminderde kwaliteit van leven niet onnodig verder oploopt? Dat vraagt om snelle en radicale keuzes: de zorg op de schop om plek te maken, te gebruiken en te blijven vullen (figuur 6). Ten eerste is flexibele opschaling van COVID-zorg nodig, om capaciteit voor reguliere zorg zoveel mogelijk beschikbaar te houden. Daarnaast is ziekenhuiszorg thuis of op afstand een ingrediënt dat nodig is om zorg zoveel mogelijk doorgang te laten vinden. Voor de zorg waarvoor patiënten echt in het ziekenhuis moeten zijn, is het cruciaal om de schaarse capaciteit optimaal te benutten. En *last but not least*: dit alles is overbodig als patiënten de weg naar het ziekenhuis niet weten te vinden. Het blijven stimuleren van toestroom aan nieuwe patiënten is daarom een must.



Figuur 6 – Vier oplossingsrichtingen zijn tegelijkertijd nodig om plek in het ziekenhuis te maken, gebruiken en vullen

1. Flexibele COVID-capaciteit, zodat reguliere zorg niet weer stilvalt bij opleving

De afgelopen periode hebben vrijwel alle ziekenhuizen een bijdrage geleverd aan het verlenen van zorg aan COVID-patiënten, zowel op de IC als op de spoedeisende hulp en de verpleegafdelingen³⁷. Het gevolg daarvan is dat ook in al die ziekenhuizen een deel van de

reguliere zorg *on hold* is gezet. Om de reguliere zorg bij een volgende COVID-golf (en/of griepgolf) zo min mogelijk te hinderen is het nodig dat er een solide plan is voor het realiseren van flexibele aanvullende capaciteit voor COVID-zorg. Daarvoor zijn verschillende opties, zowel binnen als buiten ziekenhuizen. De eerste optie is COVID-zorg te concentreren binnen een beperkt aantal ziekenhuizen, bijvoorbeeld één of twee per regio. Op die manier kunnen andere ziekenhuizen en zbc's zoveel mogelijk ontzien worden en de reguliere zorg continueren. Een tweede optie (eventueel in combinatie met optie 1) is om flexibele COVID-capaciteit te creëren op een tijdelijke locatie buiten het ziekenhuis. Iets dergelijks is ook gebeurd in bijvoorbeeld het NHS Nightingale (4.000 bedden) in Londen³⁸ en het Huoshenshan-ziekenhuis (1.000 bedden) in Wuhan, China³⁹. Op die manier blijft de complexe infrastructuur in bestaande ziekenhuizen optimaal beschikbaar voor reguliere zorg. Een aanvullende manier om extra COVID-capaciteit te benutten zonder de reguliere zorg te belasten is door gebruik te (blijven) maken van de ons aangeboden overloopcapaciteit in Duitsland.

2. Ziekenhuiszorg thuis geen uitzondering maar regel

Daarnaast is de COVID-crisis de katalysator voor zorg thuis en de juiste zorg op de juiste plek^{40,41}. Waar zorg thuis tot voor kort slechts voor een klein deel van de patiënten was weggelegd, is het nu noodzakelijk om voor zoveel mogelijk patiënten zorg thuis toegankelijk te maken. In de businesscase van zorg is het minimaliseren van fysiek contact per direct één van de belangrijkste aspecten geworden. Elke patiënt die door thuismonitoring van bijvoorbeeld hartfalen, COPD, astma, diabetes of andere (chronische) aandoeningen thuis kan worden behandeld, scheelt weer belasting van het ziekenhuissysteem en potentiële coronabesmettingen. Ook thuisbehandeling zoals chemotherapie of nierdialyse heeft grote voordelen voor patiënten én ontlast het ziekenhuis. Het is daarbij belangrijk om te beseffen dat we er met het omzetten van fysieke policonsulten naar belafspraken nog niet zijn. Voor echt waardevolle zorg thuis is zowel diagnostiek (bijvoorbeeld ECG, bloeddruk, gewicht) thuis als een fatsoenlijke beeldverbinding nodig. Daarnaast is een solide organisatie nodig. Daarmee is zorg thuis geen tijdelijke noodoplossing, maar een structurele borging van de kwaliteit van zorg. Het is dan ook cruciaal dat de tijdelijke beleidsmaatregel⁴² die ziekenhuiszorg thuis, ook eerste consulten, mogelijk maakt structureel blijft bestaan.

3. Optimale benutting van schaarse capaciteit

In het nieuwe normaal van het coronatijdperk is ziekenhuiscapaciteit (ruimte, personeel, apparatuur) een schaars goed. Daarom is het zaak die capaciteit optimaal te benutten. Dat vraagt om herontwerp van zorgpaden, waardoor patiënten sneller veilig naar huis kunnen. Ook zal het nodig zijn om soms, rationeel en goed beargumenteerd, af te wijken van de richtlijnen. Denk daarbij aan het verlengen van de controletermijnen voor bepaalde laagrisicopatiënten. Bij het optimaliseren van capaciteitsbenutting is het belangrijk steeds de capaciteit van de hele zorgketen te bekijken. De fysieke polikliniekcaciteit lijkt vooral een *bottleneck* te worden. Als je patiënten met klachten of symptomen niet kunt onderzoeken, wordt hen een noodzakelijke behandeling onthouden, zelfs als daar wel capaciteit voor beschikbaar is.

4. Stimuleren van toestroom aan nieuwe patiënten

Alle inspanningen om capaciteit te creëren zijn tevergeefs als er geen patiënten zijn. En dat is een serieus probleem: patiënten durven niet te komen of willen de zorg niet verder belasten. Dat probleem komt steeds meer onder de aandacht⁴³. Enerzijds is het belangrijk om patiënten die al 'in beeld zijn' bij huisarts of medisch specialist actief te benaderen. Belangrijker is echter nog om nieuwe patiënten en patiënten met nieuwe klachten op te sporen en aan te moedigen zich te melden. Patiënten moeten weer het vertrouwen krijgen dat het veilig is om naar de huisarts of het ziekenhuis te komen én ze moeten zich realiseren dat ze hun eigen klachten serieus moeten nemen. Juist voor nieuwe patiënten kan medicatie of een ingreep levensverlengend zijn of een grote bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven.

Tot slot: de coronacrisis heeft ons in een situatie gebracht die nergens mee te vergelijken is. We mogen er collectief trots op zijn dat we erin geslaagd zijn de (eerste) golf aan COVID-patiënten op te vangen. Het is nu echter zaak om zo snel mogelijk te komen tot een nieuw normaal, waarin elke patiënt de zorg krijgt die hij of zij verdient. Dat vraagt om solidariteit, samenwerking en daadkracht. Alleen door het roer om te gooien en alle zeilen bij te zetten kunnen we de impact op extra mensenlevens proberen te beperken.

Over dit artikel

Dit artikel is tot stand gekomen door samenwerking tussen Gupta Strategists, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) en de Value Based Healthcare researchafdeling van Medtronic. Gupta Strategists is een strategisch adviesbureau, gericht op de zorg. De NVVC^{viii} verenigt cardiologen en andere zorgprofessionals betrokken bij de behandeling van patiënten met hart- en vaatziekten om een bijdrage te kunnen leveren aan de ontwikkeling van de kwaliteit van de cardiovasculaire zorg in Nederland. Medtronic^{ix} is een leverancier van medische technologie met als missie 'Een bijdrage leveren aan het welzijn van mensen door toepassing van medische technologieën, diensten en oplossingen die helpen pijn te verlichten, de gezondheid te herstellen en levens te verlengen.' Door met deze drie partijen de handen ineen te slaan, hebben we dit artikel kunnen realiseren om bij te dragen aan de continuïteit van zorg voor vele patiënten.

Bij vragen of opmerkingen kunt u contact opnemen met:

- **Gupta Strategists:** Lisa Vogelpoel (adviseur), lisa.vogelpoel@gupta-strategists.nl of Samuel Smits (director), samuel.smits@gupta-strategists.nl
- **NVVC:** Bert van Rossum (voorzitter) of Ed de Kluiver (voorzitter kerngroep COVID), bureau@nvvc.nl
- **Medtronic:** Maarten Akkerman (senior director Value Based Healthcare), maarten.akkerman@medtronic.com of Nicole Velthuis (communicatiemanager), nicole.velthuis@medtronic.com

viii De NVVC heeft geen financiële vergoeding ontvangen voor deze publicatie

ix Medtronic heeft geen invloed gehad op de (uitkomsten van de) analyses

Patiëntenorganisatie Harteraad benadrukt de urgentie van de situatie. Directeur Anke Vervoord: *“Dat het gaat om verlies van levens van hartpatiënten op deze enorme schaal is reden voor grote zorg. Ook blijkt hoe enorm veel hartpatiënten kwaliteit van leven verliezen, dat is ook wat wij van ze horen. Het gaat dan om mensen die ernstig beperkt worden in hun dagelijks leven, of die aan huis gekluisterd raken. Ze ondervinden in toenemende mate klachten op zowel fysiek als mentaal terrein. We vinden dat acuut maatregelen nodig zijn om nog erger te voorkomen.”*

Bronnen

- 1 RIVM, Epidemiologische situatie COVID-19 in Nederland, 10 mei 2020
- 2 FD, Hortend en stotend naar 2400 ic-bedden, 4 april 2020
- 3 De Volkskrant, Sjoerd Repping, de man die alle bewezen onzorg uit de ziekenhuizen moet schrappen, 15 april 2019
- 4 Gupta Strategists, In de slipstream van corona – een secundaire crisis in de zorg, 23 maart 2020
- 5 Zorgvisie, Hoe de reguliere ziekenhuiszorg halveerde na corona-uitbraak, 20 april 2020
- 6 AD, Cardiologen slaan alarm: hartpatiënten mijden ziekenhuis uit angst voor corona, 3 april 2020
- 7 NZa, urgentielijst medisch-specialistische zorg, 20 april 2020
- 8 Analyse Gupta Strategists o.b.v. ziekenhuisproductiedata 2020 en 2019, Open DIS en Vektis
- 9 NRC, Iedere dag wachten betekent een extra dag pijn, 7 mei 2020
- 10 Open DIS
- 11 Arterburn et al. *JAMA*, Association Between Bariatric Surgery and Long-term Survival, 2015
- 12 CBS Statline, Overledenen per week
- 13 NRC, Sterven aan corona, maar dan verdekt, 1 mei 2020
- 14 Ranglijst doodsoorzaken op basis van sterfte, volksgezondheidszorg.info
- 15 Rtl.nl, Helpt minder verkeersongelukken door coronamaatregelen, 23 maart 2020
- 16 Docherty et al. Deaths from Covid-19: Who are the forgotten victims? 2020
- 17 Logex, COVID-19 analyse en stappenplan richting continuering van zorg, april 2020
- 18 NZa, Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere zorg, 29 april 2020
- 19 NHR, Uitvraag ten behoeve van de opvolging van de ontwikkeling van de zorg voor het acuut coronair syndroom in Nederland, 30 april 2020
- 20 Metzler et al. *European Heart Journal*, Decline of acute coronary syndrome admissions, 2020
- 21 NRC, Transplantaties van organen gekelderd, 5 mei 2020
- 22 Definitie en methode ziektelastberekening, volksgezondheidszorg.info
- 23 WHO, The global burden of disease, 2004
- 24 Ziektelast Nederland naar groepen, volksgezondheidszorg.info
- 25 Kamerbrief Meerjarenprogramma herijking van de VROM-regelgeving, 20 december 2007
- 26 Hanlon et al. COVID-19 – exploring the implications of long-term condition type and extent of multimorbidity on years of life lost: a modelling study, 2020
- 27 RIVM, Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers en hart- en vaatziekten, 2007

-
- 28 Hartstichting, Cijferboek hart- en vaatziekten in Nederland, 2019
 - 29 NHR rapportage 2019
 - 30 CBS, Steeds minder mensen overlijden aan een acuut hartinfarct, 9 juli 2015
 - 31 Driscoll et al. *Heart Lung and Circulation*, The Effect of Transitional Care on 30-Day Outcomes in Patients Hospitalised With Acute Heart Failure, 2020
 - 32 Taylor et al. *BMJ*, Trends in survival after a diagnosis of heart failure in the United Kingdom 2000-2017: population based cohort study, 2019
 - 33 ESC, Guidelines on management of Atrial Fibrillation, 2016
 - 34 Factors for Stroke and Efficacy of Antithrombotic Therapy in Atrial Fibrillation, 1994
 - 35 Benjamin et al. *Circulation*, Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study, 1998
 - 36 Resterende levensverwachting, volksgezondheidszorg.info
 - 37 Stichting NICE, Het totaal aantal IC's met tenminste één verdachte of bewezen COVID-19 patiënt per dag
 - 38 BBC, Coronavirus: How NHS Nightingale was built in just nine days, 17 april 2020
 - 39 The Guardian, New 1,000-bed Wuhan hospital takes its first coronavirus patients, 4 februari 2020
 - 40 Gupta Strategists, No Place Like Home, 2016
 - 41 Taskforce De juiste zorg op de juiste plek, wie durft? 2019
 - 42 NZa,(Aanvullende) tijdelijke versoepeling NZa-regelgeving voor de medisch-specialistische zorg in verband met het Corona-virus
 - 43 Kamerbrief COVID-19 Update stand van zaken, 6 mei 2020