

## **Lessons learned van de eerste COVID19 piek in Nederland- blik vanuit London**

Kijkend vanaf de andere kant van de Noordzee is vooral opvallend hoezeer de eerste COVID19 piek in Nederland en het Verenigd Koninkrijk ongeveer gelijk verlopen is. Zowel in het verloop van de epidemie als wat betreft de maatregelen die zijn genomen door de regering, door gezondheidszorginstellingen, alsmede professionals is er een opvallende symmetrie.

Naar mijn mening heeft Nederland in het algemeen beschouwd en met de kennis van dat moment goed gereageerd op de epidemie en de gevolgen voor de bevolking en de gezondheidszorg. Dit betreft zowel het optreden van de overheid en de communicatie vanuit de overheid, als ook de response van de ziekenhuizen, andere zorginstellingen, publieke gezondheidszorgvoorzieningen (zoals de GGD's) en zorgprofessionals. Uiteraard zijn er (met de kennis van nu) altijd aandachtspunten en daarop zal ik proberen te focussen in de volgende tekst;

- 1. Vergelijkingen tussen landen** zijn niet eenvoudig, bijvoorbeeld omdat er binnen landen grote regionale verschillen kunnen zijn. Zo speelde in Italië de COVID19 piek zich vrijwel volledig af in de noordelijke provincies (er is nauwelijks besmetting geweest in de rest van het land) en dat verklaart waarom de Italiaanse getallen op landniveau wel vergelijkbaar lijken met andere landen maar in realiteit voor Lombardije, Emilia Romagna en Veneto extreem zijn geweest. In het Verenigd Koninkrijk was er een dergelijke effect in London (en later in het Noord-Westen van Engeland). En zelfs in Nederland is de intensiteit van de epidemie in Brabant slecht vergelijkbaar met de noordelijke provincies. Daar zijn de noordelijke provincies als ik de media mag geloven klaarblijkelijk trots op, maar ze kunnen zich ook afvragen of ze (in een klein land als Nederland) wel voldoende hebben gedaan om de overbelaste ziekenhuizen in Brabant en omstreken te ontlasten.

*Les 1: Hier wreekt zich dat er in Nederland naar mijn mening te weinig centrale regie is op de gezondheidszorg. Het systeem is teveel afhankelijk van de opinies en welwillendheid van de individuele instellingen en organisaties. Er is geen centrale sturing (door de overheid) op momenten dat dit nodig is. Na 15 jaar zorgverzekeringswet is nu wel duidelijk dat de zorgverzekeraars niet bij machte zijn deze rol te vervullen. Teveel wordt aan de 'veldpartijen' overgelaten (wat leidt tot gebrek aan doortastendheid bij belangrijke beslissingen). Hier ligt echt een rol voor de overheid die te onzichtbaar is als sturende factor in de gezondheidszorg. De meer centralistische organisatie in het verenigd Koninkrijk is wellicht niet direct een blauwdruk voor Nederland maar toont wel dat in geval van nood centrale coördinatie en doortastendheid in het nemen van beslissingen en maatregelen makkelijker en meer vanzelfsprekend is.*

- 2. Response van ziekenhuizen en effecten op de niet-COVID gezondheidszorg (openhouden en opschalen van reguliere zorg).**

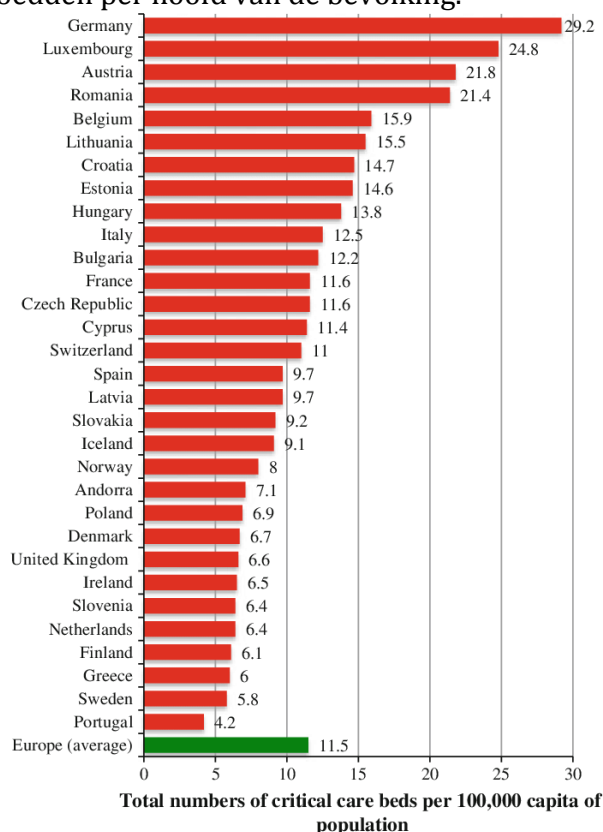
Bij de naderende piek aan ernstige COVID19 infecties in maart 2020 besloten ziekenhuizen zoveel mogelijk capaciteit beschikbaar te maken voor deze patiënten, inclusief een forse uitbreiding van intensive care capaciteit. Om dit fysiek en qua personele bezetting mogelijk te maken alsmede om reden van infectiepreventie werd besloten vrijwel alle andere activiteiten stop te zetten. Met het oog op de onzekerheid over het verloop van de epidemie, de tekorten aan persoonlijke beschermende materialen en de krappe testcapaciteit voor de aanwezigheid van het SARS-CoV2 virus

is dat in retrospectie een goed idee geweest en leek er geen andere optie. Overigens is gedurende deze gehele periode acute zorg voor ernstige niet-COVID19 aandoeningen inclusief kankerzorg regionaal gewaarborgd. De situatie bij elke volgende piek van COVID19 zal zeer waarschijnlijk anders zijn op basis van de lessen die zijn geleerd tijdens de eerste golf van de infectie

*Les 2: Met de kennis van nu over de management van COVID19, de betere beschikbaarheid van diagnostische tests en persoonlijk beschermend materiaal, en een langere voorbereidingstijd lijkt het mogelijk niet COVID-19 activiteiten in ziekenhuizen ook bij een volgende piek van de infectie gaande te houden. Ziekenhuizen dienen zich voor te bereiden op een strikte scheiding van mogelijk COVID-19 geïnfecteerde patiënten en gegarandeerd virus-vrije delen van de instelling, op basis van fysieke en organisatorische maatregelen, intensieve screening van patiënten en personeel en goede infectie preventie maatregelen. Op deze manier kan niet-COVID zorg, ook minder urgente en geplande activiteit, doorgang blijven vinden bij volgende pieken van de infectie.*

### 3. Intensive Care capaciteit

Nederland behoort tot de Europese landen met de laagste hoeveelheid intensive care bedden per hoofd van de bevolking.



[Intensive Care Medicine](#)

38(10):1647-53 · July 2012

Dat de capaciteit in de pre-COVID periode al te laag was wordt geïllustreerd door het feit dat bij elk piekje van najaar/winter infecties (zoals influenza) de intensive care capaciteit snel tekort schiet en grootschalig geplande ingrepen moeten worden uitgesteld, een vanuit vele oogpunten (niet in het minst de beleving van de patiënt) een uiterst ongewenste situatie. Dit betekent dat het normale aantal beschikbare bedden verreweg tekort schiet om pieken van een infectieziekte op te vangen, laat staan als deze van enige omvang is.

*Les 3: Nederland dient het aantal beschikbare intensive care bedden drastisch uit te breiden. Om geen voortdurende overcapaciteit te creëren in rustiger is de beste manier dit te doen een groot aantal 'high dependency unit' bedden beschikbaar te hebben die normaliter kunnen worden gebruikt om de meer intensieve postoperatieve patiënten of acuut opgenomen medische patiënten te behandelen maar in geval van meer behoefte aan intensieve zorg flexibel en snel kunnen worden omgezet naar intensive care. Dit betekent voldoende beschikbaarheid van apparatuur (beademingsmachines, infuuspompjes, etc.) maar nog belangrijker van personeel. In London (Engeland behoort ook tot de landen met het laagste aantal intensive care bedden per inwonertal) is dezelfde conclusie getrokken en is inmiddels een grootschalig programma gestart om een zeer grote groep regulier medisch en verpleegkundig personeel bij te scholen voor de inzet bij de zorg van ernstig zieke patiënten en hen hierbij tenminste 1-2 maanden per jaar in te zetten om de kennis en vaardigheden op peil te houden. Er wordt overigens voorzien dat dit programma ook een positieve impact zou kunnen hebben op de kwaliteit van de reguliere zorg in de rest van het jaar op de overige afdelingen.*

#### **4. COVID19 in verpleeg- en verzorgingshuizen**

Ziekenhuizen waren ondanks veel problemen in staat adequaat te reageren op de crisis. In contrast daarmee werd pijnlijk duidelijk dat de verpleeg- en verzorgingstehuizen volledig werden overvallen door het virus dat vele slachtoffers maakte onder hun bewoners. Door jaren van kaalslag was het de afgelopen jaren al toenemend moeilijk geworden aan adequate standaarden van kwaliteit van zorg (waaronder infectiepreventie) te voldoen. De verpleegkundige bezetting in deze instellingen is al jaren chronisch onder de maat en het personeel wordt nauwelijks geschoold en minimaal aangestuurd. Als er al beschermende materialen beschikbaar waren voor verpleeg- en verzorgingstehuizen, dan ontbrak de notie dat je hier helemaal niets aan hebt zonder adequate training hoe hiermee veilig om te gaan. Niet hebben geleerd en getraind hoe je een beschermend masker of schort uit moet trekken, is net zo gevaarlijk als de volledige afwezigheid van deze beschermende materialen.

*Les 4. Er dient een heroriëntatie plaats te vinden naar de standaarden van kwaliteit en veiligheid in verpleeg- en verzorgingstehuizen (inclusief infectie preventie maatregelen) en de daarbij behorende verpleegkundige bezetting. Personeel dient adequaat getraind en gecoached te worden om aan deze standaarden te voldoen.*

#### **5. Financiële consequenties**

Ziekenhuizen zijn in staat geweest snel en flexibel te reageren op de grote hoeveelheid COVID19 patiënten. Het is evident dat deze uitstekende respons toegeschreven kan worden aan een grote mate van teamwerk en snelle en doortastende besluitvorming, gekenmerkt door professionals (medici, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals) *in the lead*. Ook werd terecht prioriteit gegeven aan de benodigde capaciteit en kwaliteit van zorg boven eventuele financiële consideraties. Ziekenhuizen hebben dit echter in de eerste maanden volledig op eigen risico moeten doen en werden in de initiële fase niet of nauwelijks gesteund door de bestaande geld-sturende structuren, hetgeen weinig comfort en een (potentieel) afleidende factor was. Pas na vele maanden werd met de zorgverzekeraar en met hulp van de overheid een redelijk financieel arrangement gecreëerd.

*Les 5: Het zou beter zijn geweest en veel meer rust hebben gecreëerd in de hectische eerste maanden van de COVID19 pandemie in Nederland als de financiers van de gezondheidszorg (verzekeraars en overheid) onmiddellijk bij het begin van de pandemie hadden aangegeven dat het financiële effect van de opvang van COVID19 patiënten (en vermindering van andere zorg) een gezamenlijke verantwoordelijkheid was en dat ziekenhuizen hierbij geen substantieel risico zouden lopen. In het Verenigd Koninkrijk is er een financieel arrangement dat vrijwel identiek is aan de Nederlandse regeling maar werd dit direct in maart al afgekondigd, hetgeen enorm veel rust en focus op de noodzakelijke maatregelen veroorzaakte en financiële overwegingen geen factor liet zijn bij de besluitvorming tijdens de opvang van de eerste grote piek aan COVID19 patiënten.*

**Marcel Levi**

University College London Hospitals, United Kingdom

3 augustus 2020