

# Meedenken kabinet lessons learned corona

Dr. Ewout van Ginneken, European Observatory on Health Systems and Policies

De Observatory on Health Systems and Policies<sup>1</sup> volgt met een online platform genaamd COVID-19 Health System Response Monitor (HSRM, zie [www.COVID19healthsystem.org](http://www.COVID19healthsystem.org)) sinds april de reacties van de Europese gezondheidssystemen op de COVID-19-pandemie. Samen met de WHO Regional Office for Europe en de Europese Commissie, hebben we een breed netwerk van experts in de hele Europese regio opgezet die rapporteren over het beleid in hun landen. Inmiddels hebben we gegevens verzameld voor meer dan 40 landen (inclusief alle EU-lidstaten). De website bevat specifieke informatie over landen volgens een vast template, maar ook “Cross-country analysis” waar we korte vergelijkende artikelen publiceren om hieruit opties voor beleid te distilleren. In mijn bijdrage zal ik hieruit trachten de informatie te halen die gevraagd werd maar ook aanvullen met enkele suggesties. Mochten er verdere vragen bestaan of interesse zijn in het faciliteren van bepaalde internationale contacten, dan ben ik hiervoor uiteraard bereikbaar.

## 4. Zoveel mogelijk openhouden en opschalen van reguliere zorg

Het opstarten van de reguliere zorg is internationaal een groot punt van aandacht. Wat betreft de voorbereiding op een tweede golf, en kijkend naar internationale data, zijn er sterke aanwijzingen —die verder onderzocht moeten worden— dat de landen leunend op een sterke eerstelijns en goed functionerende gezondheidsdiensten (bijvoorbeeld meerdere Scandinavische landen, Duitsland) beter door de eerste golf in April zijn gekomen. Zij hebben minder infecties gehad dan landen waar verdachte gevallen moesten worden getest in ziekenhuizen of snel werden gehospitaliseerd en waar potentiële COVID-19 patiënten met kwetsbare andere patiënten in aanraking konden komen.<sup>2</sup> In Frankrijk, werden 80% van de tests initieel in ziekenhuizen doorgevoerd. In Spanje en Italië was de COVID-19 aanpak ook geconcentreerd op behandelingen en testen in het ziekenhuis, echter met grote regionale verschillen. Zo had de Italiaanse regio Lombardia (waartoe ook Bergamo behoort) te kampen met enorme aantallen geïnfecteerden en overvolle ziekenhuizen terwijl de aanliggende regio Veneto de pandemie goed beheersbaar wist te houden. Een opvallend verschil is dat in Lombardia 1 op de 2 COVID-19 gevallen werden opgenomen terwijl in de regio Veneto, bekend om een sterke en innovatieve eerstelijns met gezondheidsdiensten, maar 1 op de 5 geïnfecteerden uiteindelijk in het ziekenhuis is beland, een getal vergelijkbaar met Duitsland. Hoewel het succes van Duitsland in de internationale en nationale berichtgeving gezien wordt als een verdienste van de grote ziekenhuissector, waren juist de sterke diagnostiek en het grote ambulante zorg netwerk die ervoor zorgden dat patiënten buiten de ziekenhuizen werden gehouden. In Spanje werden gemiddeld 1 op 2 patiënten in het ziekenhuis behandeld en in Frankrijk zelfs 2 van de 3. In Nederland werden overigens 2 van elke 5 gevallen

---

<sup>1</sup> De European Observatory on Health Systems and Policies, bevordert empirisch onderbouwd beleid in de gezondheidszorg. De Observatory is een partnership, onder de WHO Regional Office for Europe, met verschillende partners waaronder nationale en regionale overheden alsook internationale organisaties (de Europese Commissie, de Wereldbank), en andere organisaties voor gezondheidsstelsels en de academische instituten

<sup>2</sup> Ironisch misschien, een illustratie uit Duitsland: In het Bergman Klinikum te Potsdam, zijn 47 patiënten gestorven aan COVID-19. 44 hiervan zijn geïnfecteerd in het ziekenhuis zelf. Zie ook <https://www.tagesspiegel.de/berlin/47-corona-tote-im-ernst-von-bergmann-klinikum-wer-ist-verantwortlich-fuer-das-grosse-sterben-von-potsdam/25900202.html>

opgenomen.<sup>3</sup> Dus hoewel in de meeste landen de aandacht uitging naar de ziekenhuissector is naar alle waarschijnlijkheid de eerste slag gewonnen buiten de ziekenhuizen. De hierboven beschreven situatie is overigens drastisch veranderd en in Juni-Juli werden patiënten veel minder in het ziekenhuis behandeld (1 op 6 in Frankrijk, 1 op 12 in Spanje, 1 op 7 in Duitsland). Wat we hieruit moeten leren is dat voor een tweede golf de coördinatie en samenwerking tussen openbare gezondheidsdiensten, ambulante zorg en intramurale zorg kritisch in de gaten moet worden gehouden. Het betekent ook dat de ambulante zorg en de gezondheidsdiensten in prioriteit niet achter mogen worden gesteld bij de ziekenhuizen, wat in veel landen helaas niet het geval is geweest (denk hier aan de tekorten in PPE).

Momenteel beginnen een aantal Europese landen voorzichtig met het herstarten van routinematige ziekenhuisdiensten die tijdens de eerste golf van de pandemie werden beperkt of opgeschort. Op onze HSRM website publiceren wij binnenkort (waarschijnlijk de tweede helft van Augustus) een bijdrage die baseert op een survey met experts uit Engeland, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland en Spanje.

Hieruit komen de volgende strategieën naar voren:

- 1) Reorganisatie van klinische ruimtes zodat COVID-19 patiënten fysiek gescheiden blijven
  - Alle onderzochte landen meldden de noodzaak om extra capaciteit te creëren en ook om patiënten te isoleren door andere klinische ruimtes een nieuwe bestemming te geven.
  - Sommige landen hebben ‘COVID-19 vrije’ ziekenhuizen of afdelingen geïntroduceerd om het besmettingspercentage verder te verminderen.
- 2) Het testen van zorgpersoneel om de verspreiding van het virus in te dammen en om personeel en patiënten te beschermen.
  - Frankrijk heeft gerapporteerd dat alle gezondheidswerkers systematisch zijn getest na het einde van de sluiting in het land.
  - Meerdere landen zijn over gegaan tot asymptomatisch testen van personeel
- 3) Prioritering of rantsoenering van behandelingen, vaak met een gefaseerde aanpak
  - Hier kwam de Nederlandse praktijk positief naar voren (de urgentieelijken)
  - Ziekenhuizen proberen ervoor te zorgen dat bedden op de intensive care afdeling beschikbaar blijven in het geval van een nieuwe COVID-19-golf. In Duitsland bijvoorbeeld houden ziekenhuizen 25% van hun ICU-bedden vrij voor COVID-19 zorg (dit was 50% in April), uiteraard met een volledig andere baseline dan in Nederland. Hoe dit wordt gehanteerd verschilt per Bundesland: het kan op ziekenhuisniveau maar ook op Land of Kreis, wat de mogelijkheid openlaat voor ziekenhuizen die hun IC capaciteit concentreren op COVID-19 patiënten, maar ook “schone” ziekenhuizen.
- 4) Triage anders benaderen op spoedeisende hulpafdelingen (direct scheiden van vermoede COVID-19 gevallen)

---

<sup>3</sup> Deze cijfers zijn gebaseerd op de database die door het vakgebied Health Care Management van de Technische Universität Berlin wordt onderhouden op basis van nationale bronnen omtrent aantallen geïnfecteerden, ziekenhuisopnames en IC opnames. Zie: [https://theobservatorysummerschool.org/wp-content/uploads/2020/07/Presentation-HSRM\\_R.Busse\\_D.Panteli.pdf](https://theobservatorysummerschool.org/wp-content/uploads/2020/07/Presentation-HSRM_R.Busse_D.Panteli.pdf) of deze youtube video: [https://www.youtube.com/watch?v=-hk\\_o8c5tXs](https://www.youtube.com/watch?v=-hk_o8c5tXs) De database is hier toegankelijk: [https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/sonstiges/COVID-19-STATS\\_0608\\_23.pdf](https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/sonstiges/COVID-19-STATS_0608_23.pdf)

- Patiënten in Duitsland worden gescheiden in patiënten met vermoede COVID-19-infecties of luchtwegklachten van alle andere patiënten.
- In Spanje en Engeland wordt een soortgelijke triage uitgevoerd om verdachte COVID-patiënten (die moeten worden geïsoleerd) te scheiden van niet-COVID-patiënten.

5) Toename van het gebruik van telefonische of videoconsultaties, ook om capaciteit vrij te maken.

- Het gebruik van niet-persoonlijke consultaties is aanzienlijk toegenomen en zal naar verwachting in alle zes landen verder toenemen.
- In Engeland moeten digitale consultaties worden gehandhaafd waar dit veilig en gepast is, voortbouwend op de inspanningen die vóór de pandemie zijn gestart om van digitale zorg de mainstream te maken in de NHS. Zorgmodellen zoals ‘virtual wards’, waarbij patiënten die waren opgenomen en behandeld voor COVID-19 naar huis worden gestuurd en van afstand worden begeleid, kunnen de norm worden om capaciteit vrij te maken en verdere infecties te voorkomen.

6) Voortdurende investeringen in faciliteiten, persoonlijke beschermingsmiddelen en personeel zijn vereist

- In de meeste landen zijn extra kosten gemoeid met het creëren van wachtkamers en ruimte om fysieke afstand te houden en geïnfecteerde en niet-geïnfecteerde patiënten gescheiden te houden, maar ook voor het in stand houden van voldoende aanbod van persoonlijke beschermingsmiddelen
- De pandemie heeft het tekort aan medisch personeel in sommige landen blootgelegd of verergerd.

Wat niet direct naar voren kwam is communicatie. Maar een goede communicatie – waarschijnlijk op lokaal niveau – kan helpen om de vrees bij patiënten weg te nemen (die in sommige gevallen ook terecht is gebleken). Je kunt hier denken aan (lokale) overheidscampagnes, maar wellicht kunnen zorgaanbieders de genomen maatregelen om patiënten te beschermen (zichtbaar) op hun website publiceren (eventueel verplichtend, zoals dat met wachtlijsten gebeurt).