

Expert-reflectie ten behoeve van Lessons Learned COVID-19

Naam: Bart Meijman

Functie: Praktijkhoudend huisarts in Amsterdam-Osdorp

Organisatie:

Datum: 3 augustus

Onderwerp expert-tafel: Effecten op de reguliere zorg

Wat is het perspectief van waaruit u kijkt (bijvoorbeeld, wetenschap, praktijkdeskundige, en welke achtergrond)?

Ik baseer mijn bijdrage op de dagelijkse huisartsenpraktijk in Amsterdam Osdorp. Tevens heb ik ruime ervaring met gevolgen van epidemieën door mijn veldwerk voor Artsen zonder Grenzen in de jaren 1988=1994. Sinds 25 jaar ben ik werkzaam in Osdorp als huisarts. Naast directe patiëntenzorg ben ik geïnteresseerd in de bredere medisch maatschappelijke context van hulpverlening. Als oudvoorzitter van de huisartsenkring Amsterdam, initiatiefnemer van het gedachtegoed "Optimale zorg – Dappere dokters" en lid van het actiecomité "Het Roer Moet Om" heb ik de laatste jaren veel energie gestoken in denken over kernwaarden en kerntaken van medische hulp.

In mijn bijdrage wil ik de aandacht richten op een aantal, in mijn ogen cruciale, vragen waar een antwoord op gegeven moet worden om überhaupt te kunnen beoordelen of de genomen of te nemen acties verstandig waren of zijn.

Ik spreek op persoonlijke titel.

1. Gezondheidsrisico: appels en peren?

De volksgezondheid wordt door epidemieën (pandemieën) van diverse origine forse schade toegebracht zich uitend in hoge ziektelast en sterfte. Denk alleen maar aan de epidemie van het roken of de vetzucht. Ruim de helft van de mensen die blijft roken, sterft aan de gevolgen hiervan. In Nederland zijn dit jaarlijks ongeveer 20.000 mensen. Zij overlijden aan een ziekte die door roken is veroorzaakt. Dit cijfer is afkomstig van het RIVM. Het is gebaseerd op een vergelijking van de ziekte- en sterftecijfers tussen twee groepen: rokers en niet-rokers, die verder overeenkomen op relevante kenmerken. Ook is bekend welke factoren maken dat mensen (jongeren) verslaafd raken en zijn er ook bewezen effectieve maatregelen om dit sterk te verminderen. Toch gebeurt dit niet. Klaarblijkelijk is het door de politiek en de maatschappij geaccepteerd om het niveau van ziektelast en sterfte ongeveer op deze hoogte te houden. Anders zouden wij wel veel drastischere

maatregelen gezien hebben. Of kijk naar de tekortschietende maatregelen die wij jaarlijks nemen om onze kwetsbaren te beschermen tegen influenza, de 'gewone' seizoensgriep met forse invloed op oversterfte. In de heftige griepperiode van de winter 2017/

2018 waren er 16000 ziekenhuisopnames en bedroeg de oversterfte 9444 personen.

De realiteit van blijvende aanwezigheid van het sars-cov-2 virus (en toekomstige epidemieën met andere ziekteverwekkers) betekent gezondheidsrisico's en bijbehorende onzekerheid tot op zekere hoogte accepteren. Tot op wélke hoogte is een ethische en politieke discussie, die tot nu toe heeft ontbroken.

Vraag:

a. Waarom bestaat er geen duidelijkheid/overeenstemming over de uiteenlopende gezondheidsrisico's die we wel of niet acceptabel vinden, en tot welke hoogte?

b. Waarom is na de acute fase de realiteit dat het sars-cov-2 virus blijvend aanwezig zal zijn en daarmee de bepaling van acceptabel gezondheidsrisico niet het vertrekpunt voor alle beleidsmaatregelen die er in deze crisis worden genomen? Wordt het door dit niet te benoemen niet extra moeilijk om de covid-19-epidemie en de te nemen maatregelen vanuit een breder maatschappelijk en medisch perspectief te benaderen? Dus ook om bijvoorbeeld te beoordelen wat een gepaste reactie van ons zorgsysteem is om verdere gezondheidsschade en onacceptabele wachttijden te voorkomen?

2. Af- en opschalen reguliere zorg: eerlijk zullen we alles delen?

Mede gebaseerd op veelvuldig herhaalde en emotionele televisiebeelden uit één ziekenhuis in Bergamo in Noord-Italië is in de Nederlandse curatieve sector aan één doel topprioriteit gegeven: overbelasting van ziekenhuiszorg voorkomen.

Dat ging gepaard met massaal afschalen/staken van de reguliere zorg.

Vraag:

a. Welke uitgangspunten en welke doelen bij de volksgezondheid enerzijds en de gezondheidszorg anderzijds hebben waar en voor wie voorrang? Waar zijn ze op gebaseerd? En hoe worden deze tegen elkaar afgewogen bij een opleving van de epidemie of de komst van een nieuwe epidemie?

b. Is door het zo centraal stellen van ziekenhuiszorg met bijbehorende IC-capaciteit niet de basis van de medische zorgverlening in Nederland, namelijk de huisartsenzorg, thuiszorg, GGZ en verpleeghuiszorg, ernstig veronachtzaamd met schadelijke gevolgen voor de patiënten/bewoners en hulpverleners?

c. Moet in de huisartspraktijk (en wellicht de hele 1lijnsgezondheidszorg) de individuele medische hulpverlening niet boven de collectieve preventie gaan? Welke duidelijkheid moet hier in ieder geval

over bestaan zodat huisartsen en hun medewerkers niet steeds opnieuw onmogelijke keuzes moeten maken?

d. Is de afschaling niet veel te ruim geweest? Had de afschaling niet veel gedifferentieerder naar specialisme en/of naar regio gedaan kunnen worden?

e. Is de opschaling niet laat gestart en langzaam verlopen? Had niet veel beter gebruik gemaakt kunnen worden van vormen van curatieve zorg buiten het ziekenhuis in zelfstandige behandelcentra (ZBC) of 1,5-lijnszorg?

f. Moet niet de insteek worden dat medische zorg voor covid-19-patiënten geregeld wordt binnen de totale zorg van een ziekenhuis, verpleeghuis, huisartsenpraktijk en wijkverpleging, zonder dat de **noodzakelijke** reguliere zorg in de verdrinking komt?

3. Registratie: wat je niet telt, telt niet mee

De eerste maanden is bij het beoordelen van de ernst van de epidemie vooral gevaren op het aantal opnames op de IC, het aantal ziekenhuisopnames en de sterfte. Dit geeft een te beperkt beeld. Voor het beoordelen van de medische ernst van de epidemie is het belangrijk om te weten wie door of (alleen maar) met Covid stierf. Tegelijkertijd is het belangrijk om data te hebben betreffende aantallen patiënten die huisartsen zien mogelijk verdacht voor Covid. Dit is met name belangrijk om aan risicostratificatie te doen en preventieve maatregelen te nemen op individueel en groepsniveau.

Daarnaast is het belangrijk om goed in beeld te hebben welk deel van de bevolking al beschermd is tegen de infectie. Nu al voor hun inzetbaarheid, straks bij de prioritering van de vaccinatie. Ook moeten we veel duidelijker de Infection Fatality Rate (IFR), dus de sterfte aan Covid van besmette mensen (symptomatisch en asymptomatisch) in beeld te krijgen. Ook dit moet gelaagd naar verschillende groepen in de bevolking om goed inzicht te krijgen in zinvolle preventieve- en behandelmaatregelen

Vraag:

Het is belangrijk om indicatoren snel en goed beschikbaar te hebben die richting geven aan de aard en omvang van de epidemie.

a. Aan welke indicatoren denkt u?

b. Wie gaat met welke middelen die indicatoren realiseren?

