Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Impact van de eerste *COVID-19 golf* op de reguliere zorg en gezondheid

Inventarisatie van de omvang van het probleem en eerste schatting van gezondheidseffecten.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid

Inventarisatie van de omvang van het probleem en eerste schatting van gezondheidseffecten

RIVM-rapport 2020-0183

Colofon

© RIVM 2020
Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2020-0183

A. van Giessen (auteur), RIVM
A. de Wit (auteur), RIVM
C. van den Brink (auteur), RIVM
K. Degeling (auteur), University of Melbourne
C. Deuning (auteur), RIVM
J. Eeuwijk (auteur), RIVM
C. van den Ende (auteur), RIVM
I. van Gestel (auteur), RIVM
R. Gijsen (auteur), RIVM
P. van Gils (auteur), RIVM
M. IJzerman (auteur), University of Melbourne
I. de Kok (auteur), ErasmusMC
G.-J. Kommer (auteur), RIVM
L. Kregting (auteur), ErasmusMC
E. Over (auteur), RIVM
A. Rotteveel (auteur), RIVM
K. Schreuder (auteur), IKNL
N. Stadhouders (auteur), RIVM
A. Suijkerbuijk (auteur), RIVM

Contact:
Anoukh van Giessen
Voeding, Preventie en Zorg\Statistiek, Informatica en Modellering
anoukh.van.giessen@rivm.nl
Ardine de Wit
Voeding, Preventie en Zorg\Kwaliteit van zorg & gezondheidseconomie
ardine.de.wit@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van project V/060033/01 “Indirecte impact corona op gezondheid”

Dit is een uitgave van:
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid
Inventarisatie van de omvang van het probleem en eerste schatting van gezondheidseffecten.

De COVID-19-epidemie heeft tijdens de eerste golf grote impact gehad op de zorg, vooral in het voorjaar van 2020. Afspraken, behandelingen en operaties voor niet-COVID-patiënten zijn afgezegd of uitgesteld. Ook meden patiënten zelf de zorg, bijvoorbeeld uit angst om te worden besmet of om de zorg te ontlasten. Een deel van de afspraken is vervangen door zorg op afstand, bijvoorbeeld telefonisch of via beeldbellen.

Aan het begin van de zomer herstelden veel sectoren in de zorg grotendeels, maar het lukte niet de achterstand in te halen. Sommige vormen, zoals de paramedische zorg, dagbesteding en groepsbehandelingen, herstelden moeizamer. Door de coronamaatregelen, zoals 1,5 meter afstand houden en de extra hygiënemaatregelen, was het vaak niet mogelijk om evenveel zorg als voorheen te leveren.

Voor dit onderzoek is gekeken naar de behandelingen die binnen de 12 grootste specialismen in ziekenhuizen het meest worden uitgevoerd (in totaal 48). Tijdens de eerste coronagolf is gemiddeld 23 procent van deze behandelingen niet doorgegaan. De gezondheidswinst die behandelingen normaal gesproken opleveren is daardoor niet bereikt. Dit wordt uitgedrukt in 'verloren gezonde levensjaren', een eenheid die effecten op sterfte en kwaliteit van leven aangeeft. Door de uitgevallen behandelingen zijn er naar schatting 34.000 tot 50.000 minder gezonde levensjaren bereikt. Dit zijn vooral effecten op kwaliteit van leven, en in mindere mate op overlijden.

Een relatief groot deel van de verloren gezonde levensjaren zijn het gevolg van weggevallen behandelingen binnen de specialismen oogheelkunde en orthopedie, zoals staar-, knie- en heupoperaties. De schattingen over de gevolgen voor kankerpatiënten vallen buiten de berekeningen van dit onderzoek. Deze schattingen zijn ingewikkelder. Als eerste aanzet daarvoor zijn de gevolgen voor melanoom uitgewerkt, de agressiefste vorm van huidkanker. Naar schatting zijn 1.600 tot 2.800 gezonde levensjaren verloren gegaan door deze uitgevallen zorg.

De onderzochte behandelingen vormen 28 procent van de medisch-specialistische zorg. Deze behandelingen leveren in verhouding veel gezondheidswinst op, en dus ook relatief veel verlies als de zorg niet doorgaat. Het totale gezondheidsverlies zal zeker groter zijn dan de genoemde aantallen, maar niet drie tot vier keer zo groot. Een deel van het gezondheidsverlies gaat niet definitief verloren als de komende jaren extra behandelingen kunnen worden uitgevoerd.

Kernwoorden: COVID-19, medisch-specialistisch zorg, MSZ, QALY, gezondheidsverlies, gezondheidswinst, uitgestelde zorg, vermeden zorg

Synopsis

Impact of the first wave of COVID-19 on regular healthcare and health
Assessment of the extent of the problem and first estimation of the health effects

The first wave the COVID-19 pandemic had a major impact on healthcare provision, particularly in the spring of 2020. Appointments, treatment and operations for non-COVID patients were cancelled or postponed. Patients also avoided contact with healthcare providers, for example because they were afraid of becoming infected, or of being a burden on the system. Some of the appointments were replaced by remote care, for example by telephone or video calling.

At the beginning of the summer many healthcare sectors largely recovered, but it was impossible to clear the backlog. Recovery was more difficult in fields such as paramedic care, daycare and group-based treatment. Due to the coronavirus measures, such as staying 1.5 metres apart and the additional hygiene measures, it was often impossible to provide the same level of care as before.

This research involved assessing the 12 most frequently provided medical specialties within hospitals (48 medical treatments in total). During the first coronavirus wave an average of 23 percent of these different types of treatment did not go ahead and the health benefit which these treatments normally generate was therefore not achieved. This is expressed in 'healthy years of life lost', which is a summary measure of the effects on mortality and quality of life. It is estimated that between 34,000 and 50,000 healthy years of life were lost as a result of cancelled treatment. This primarily concerns effects on quality of life and, to a lesser extent, mortality.

A relatively large part of the healthy years of life lost are the consequence of cancelled treatment in the specialist fields of ophthalmology and orthopaedics, such as cataract, knee and hip surgeries. Estimates of the consequences for cancer patients are not included in the calculations performed during this research. Those estimations are more complicated. As a first step the consequences for melanoma, which is the most aggressive form of skin cancer, have been worked out. It is estimated that between 1,600 and 2,800 healthy years of life were lost due to the problems in provision of regular care.

The forms of treatment studied account for 28 percent of all specialist medical care. Proportionally they generate a considerable health benefit and consequently a relatively significant loss if not provided. The total loss of health will certainly exceed the figures referred to, but will not be three or four times greater. Some of the loss of health will not be lost for ever if extra treatment can be provided in the coming years.

Keywords: COVID-19, specialist medical care, QALY, loss of health, health benefit, postponed care, avoided care

Inhoudsopgave

Samenvatting — 9

1 Inleiding — 25

2 Omvang van minder (of anders) geleverde zorg naar sectoren van de zorg — 31
2.1 Methoden en afbakening — 31
2.2 Ziekenhuiszorg — 32
2.2.1 Ziekenhuiszorg algemeen — 33
2.2.2 Oncologie en pathologie — 35
2.2.3 Hart- en vaatziekten — 39
2.2.4 Ambulancevervoer en spoedzorg — 41
2.2.5 Transplantaties — 43
2.2.6 Overige ziekenhuiszorg — 46
2.3 Huisartsenzorg — 51
2.3.1 Huisartsenzorg: Registratiedata — 52
2.3.2 Huisartsenzorg: Perspectief van professionals — 53
2.3.3 Huisartsenzorg: Perspectief van patiënten — 53
2.4 Farmaceutische zorg — 54
2.4.1 Farmaceutische zorg: Registratiedata — 55
2.4.2 Farmaceutische zorg: Perspectief van professionals — 58
2.4.3 Farmaceutische zorg: Perspectief van patiënten — 58
2.5 Paramedische zorg — 59
2.5.1 Fysiotherapie: Registratiedata — 60
2.5.2 Fysiotherapie: Perspectief van patiënten — 61
2.5.3 Oefentherapie: Registratiedata — 61
2.5.4 Gecombineerde leefstijlinterventies: Registratiedata — 62
2.5.5 Ergotherapie: Observaties uit het veld — 62
2.5.6 Logopedie: Perspectief van professionals — 63
2.5.7 Optometrie: Observaties uit het veld — 63
2.5.8 Diëtetiek: Observaties uit het veld — 63
2.6 Verpleging, verzorging en thuiszorg — 63
2.6.1 Verpleging en verzorging in de Langdurige zorg (Wlz) — 64
2.6.2 Verpleging, verzorging en ondersteuning thuis — 70
2.6.3 Mantelzorg — 74
2.7 Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) — 76
2.7.1 GGZ: Registratiedata — 79
2.7.2 GGZ: Perspectief van professionals — 81
2.7.3 GGZ: Perspectief van patiënten — 82
2.7.4 GGZ: Observaties uit het veld — 83
2.8 Gehandicaptenzorg — 84
2.8.1 Gehandicaptenzorg: Signalen over afgeschaalde zorg — 85
2.8.2 Gehandicaptenzorg: Signalen over welbevinden — 87
2.9 Mondzorg — 88
2.9.1 Mondzorg: Registratiedata — 88
2.9.2 Mondzorg: Perspectief van patiënten — 89
2.10 Zorg voor jeugd en gezin — 90
2.10.1 Jeugdzorg: Perspectief van professionals en signalen — 91
2.10.2 Geweld in gezinnen: Perspectief van professionals — 92
2.11 Zorg voor kwetsbare groepen — 94

2.11.1 Kwetsbare groepen: Perspectief van patiënten en signalen — 96
2.12 Overige sectoren van de zorg — 98
2.12.1 Rijksvaccinatieprogramma — 99
2.12.2 Soa- en seksualiteitszorg — 100

3 Gezondheidseffecten van minder (of anders) geleverde zorg — 103
3.1 Inleiding — 103
3.2 Methoden en afbakening medisch-specialistische zorg — 105
3.2.1 Overzicht van databronnen — 105
3.2.2 Stappenplan van de rekenmethode — 107
3.2.3 Prioritering van behandelingen binnen ziektegroepen — 111
3.2.4 Scenario-analyses — 113
3.2.5 Oncologie — 114
3.3 Resultaten: gezondheidseffecten — 119
3.3.1 Resultaten voor MSZ — 119
3.3.2 Resultaten voor oncologie – melanoom als case-studie — 122
3.3.3 Resultaten voor tijdelijk stopzetten bevolkingsonderzoeken — 123
3.4 Scenario-analyses — 124
3.5 Validatie van het model — 128

4 Discussie en conclusie — 129
4.1 Omvang van minder (of anders) geleverde zorg — 129
4.2 Gezondheidseffecten van minder (of anders) geleverde zorg — 131
4.3 Algemene reflectie op de bevindingen in dit rapport — 137

Referenties — 139

Dankwoord — 149

Gebruikte afkortingen — 151

Bijlage 1: Geraadpleegde organisaties — 153

Samenvatting

De COVID-19-epidemie heeft directe gevolgen voor de gezondheid van patiënten die met het coronavirus besmet zijn geraakt. Ook indirecte gevolgen van de epidemie veroorzaken gezondheidsschade. Veel Nederlanders kregen dit voorjaar te maken met ziekenhuisafspraken die werden afgezegd of minder toegankelijke huisartsenzorg. Geplande afspraken in verschillende sectoren van de zorg werden vervangen door een vorm van zorg op afstand, zoals telefonisch contact of beeldbellen, en dagbesteding werd stopgezet. Patiënten hebben ook zelf afspraken afgezegd, bijvoorbeeld vanwege de ingevoerde maatregelen, uit angst om besmet te worden met het coronavirus, of om de zorg niet verder te belasten.

Dit onderzoek gaat in op de gevolgen die de COVID-19-epidemie heeft gehad voor de zorg en voor de gezondheid van niet-COVID-19-patiënten. Het onderzoek beperkt zich tot de eerste COVID-19 golf, die in Nederland begint met de eerste patiënt eind februari 2020. Medio maart zijn de eerste COVID-19 maatregelen gaan gelden. Als einde van de eerste COVID-19 golf wordt eind augustus aangehouden. Veel zorg kon toen weer vrijwel op het oude niveau worden geleverd en de tweede COVID-19 golf was nog niet begonnen. Dit onderzoek gaat achtereenvolgens in op:

1. De omvang van de minder, of anders, geleverde zorg, hetzij op initiatief van de zorgverlener of zorgorganisatie, hetzij op initiatief van de betrokken patiënt. Hoeveel zorg is er tijdens de eerste COVID-19 golf minder verleend? Hoe ontwikkelde zich dat door de maanden heen: wanneer was de afname het grootst en vanaf wanneer werd de weg terug naar de normale omvang van de zorg ingeslagen? Was er sprake van volledig of gedeeltelijk herstel tegen het einde van de eerste COVID-19 golf? En wat is bekend over de effecten die deze minder geleverde zorg, vanuit perspectief van de patiënt en/of professional had? Per sector van de zorg geven we zo veel mogelijk antwoorden op deze vragen.
2. De gezondheidsverliezen als gevolg van deze minder geleverde zorg. Bij welke groepen patiënten zijn de gezondheidsverliezen het grootst? En hoe groot zijn deze gezondheidsverliezen? In dit onderzoek wordt een eerste aanzet gegeven om de gezondheidsverliezen te schatten die samenhangen met uitstel van een deel van de medisch-specialistische zorg.

Werkwijze
Het RIVM heeft tijdens de eerste COVID-19 golf vier keer actuele gegevens gerapporteerd over de omvang van de minder, of anders, geleverde zorg. Voor die rapportages is een uitvraag gedaan bij een groot aantal brancheorganisaties in de zorg, medisch-specialistische verenigingen en andere beroepsorganisaties en patiënten- en cliëntenorganisaties. Deze organisaties hebben gegevens aangeleverd over minder, of anders, geleverde zorg, maar ook signalen van gezondheidsproblemen voor patiënten en cliënten en werkdruk bij zorgpersoneel. De vier rapportages leveren een beeld op van de omvang van de minder geleverde zorg tijdens de eerste COVID-19 golf. Voor

deel 1 van dit onderzoek zijn de vier rapportages samengevat en aangevuld. Daarnaast wordt een beeld geschetst van de beschikbare gegevens per sector.

Voor deel 2 heeft het RIVM op basis van actuele gegevens van Dutch Hospital Data (DHD) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een schatting gemaakt van de gezondheidsverliezen die samenhangen met de minder geleverde zorg voor delen van de medisch-specialistische zorg (MSZ). DHD en NZa onderscheiden in hun gegevens 25 specialismen. Er is een model ontwikkeld waarin de complete gegevens over aantallen behandelingen per specialisme in 2018 als basis dienen om het verwachte aantal behandelingen in 2020 te kunnen schatten. Hierbij is rekening gehouden met hoe het aantal patiënten zich in een specialisme heeft ontwikkeld tussen 2012 en 2018. Voor 12 van de 25 specialismen binnen de MSZ zijn maximaal vijf aandoeningen met hoge uitgaven in 2018 als basis genomen voor de schatting van de gezondheidsverliezen; in totaal betreft dit 48 aandoeningen. De geselecteerde aandoeningen betreffen planbare, niet-oncologische zorg, waarbij één of meerdere behandelingen in de tweede lijn mogelijk zijn. Door DHD-NZa is per specialisme gerapporteerd in hoeverre de zorg tussen medio maart en eind augustus 2020 gemiddeld afnam. Deze afname is vergeleken met het aantal verwachte verrichtingen in deze periode in 2020 als er geen COVID-19 was geweest. Voor de 48 geselecteerde aandoeningen is daarmee geschat hoeveel behandelingen tijdens de eerste COVID-19 golf niet zijn doorgegaan.

Per behandeling is vervolgens uit de wetenschappelijke literatuur informatie gehaald over de gemiddelde gezondheidswinst van die verrichting tijdens het leven van de betrokken patiënten. Die gezondheidswinst wordt uitgedrukt in voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren (Quality Adjusted Life Years of QALY's). Voor elke minder uitgevoerde behandeling is deze niet gerealiseerde gezondheidswinst als gezondheidsverlies meegenomen. Dit is een gemiddeld gezondheidsverlies over alle patiënten. Niet elke patiënt heeft een ingreep even hard nodig en niet elke patiënt zal dezelfde gezondheidswinst van een ingreep ervaren. Het is aannemelijk dat er enige mate van prioritering heeft plaatsgevonden, waarbij de patiënten die het meest urgent een ingreep nodig hadden, en er naar alle waarschijnlijkheid ook meer dan gemiddeld baat bij hebben, eerder zijn geholpen dan de patiënten waarbij dit minder het geval was. Wanneer er wel prioritering heeft plaatsgevonden zal het gezondheidsverlies aanzienlijk lager zijn dan wanneer in het geheel geen prioritering heeft plaatsgevonden. Daarom zijn twee scenario's gemaakt voor de mogelijke prioritering van behandeling van patiënten tijdens de eerste COVID-19 golf. In deze scenario's is er sprake van enige (scenario 1) of sterke (scenario 2) mate van prioritering. Ook is een maximumscenario berekend waarin de aanname is gedaan dat er geen prioritering heeft plaatsgevonden.

Voor deze berekeningen was het uitgangspunt dat uitstel van behandeling geen gevolgen heeft voor het behandelplan. Binnen diagnoses en behandelingen van kanker (oncologie) en andere progressieve aandoeningen is dit waarschijnlijk niet van toepassing. Daar kan uitstel van zorg de ziekte verergeren en een minder goede

prognose geven. Voor oncologische aandoeningen is daarom een andere methode geschikter en is meer tijd nodig om dit goed in beeld te krijgen. In het kader van deze rapportage is daarom alleen een eerste aanzet gemaakt om de gevolgen van uitgestelde oncologische zorg in beeld te brengen. Hiervoor is samengewerkt met het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) voor actuele data over het aantal in 2020 gestelde kankerdiagnoses. Voor de modellering is samengewerkt met de University of Melbourne en is een begin gemaakt om de gezondheidsverliezen binnen de oncologie te schatten voor de agressiefste vorm van huidkanker, melanoom.

De bevolkingsonderzoeken naar darmkanker, baarmoederhalskanker en borstkanker kwamen dit voorjaar tijdelijk stil te liggen. Voor deze vormen van kanker betekent dit dat diagnoses mogelijk zijn uitgesteld en dat behandelingen dus mogelijk later zullen beginnen. Het RIVM heeft in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum berekend wat de verwachte gezondheidsverliezen zijn als screeningsintervallen tijdelijk zes maanden worden uitgesteld. Hiervoor is het MISCAN-model gebruikt, dat al lange tijd gebruikt wordt om beleidsscenario's voor de bevolkingsonderzoeken te onderbouwen.

Omvang van minder, of anders, geleverde zorg
In alle sectoren van de zorg is een aanzienlijk deel van de niet-acute zorg kort na het in werking stellen van de coronamaatregelen medio maart 2020 tot stilstand gekomen. Hieronder geven we het beeld van de belangrijkste bevindingen per sector.

Ziekenhuiszorg
Over de gehele breedte van de medisch-specialistische zorg (MSZ) viel half maart het aantal verwijzingen naar deze zorg sterk terug. Voor een groot deel van deze ziekenhuiszorg steeg het aantal verwijzingen vanaf begin april weer en was dit halverwege mei hersteld tot op het oude niveau. Het lagere aantal verwijzingen betrof vooral de planbare zorg; het aantal spoedverwijzingen vanuit de huisarts nam nauwelijks af. Ook het aantal behandelingen in het ziekenhuis liep vanaf medio maart sterk terug. In augustus was het aantal behandelingen vrijwel volledig hersteld tot het oude niveau.

Binnen de oncologie waren er minder doorverwijzingen naar het ziekenhuis, waardoor er minder nieuwe kankerdiagnoses waren. Deze daling was in het voorjaar het grootst bij huidkanker, maar in de zomermaanden begon een inhaalslag. Ook bij borstkanker nam het aantal diagnoses in het voorjaar sterk af. Dit kwam onder andere doordat de bevolkingsonderzoeken tijdelijk waren stopgezet. Vanaf eind juni zijn weer uitnodigingen verstuurd voor het bevolkingsonderzoek borstkanker, en vanaf begin juli is de screening hervat. Eind augustus lag de capaciteit op ongeveer de helft van normaal. In november 2020 maakte het RIVM bekend dat het screeningsinterval tussen twee oproepen tijdelijk verlengd wordt van twee naar maximaal drie jaar. Onder andere vanwege de COVID-19-maatregelen is het niet meer mogelijk om evenveel vrouwen per dag te onderzoeken als voorheen. Het bevolkingsonderzoek darmkanker hervatte medio mei weer. De beschikbare capaciteit nam geleidelijk toe en lag medio augustus weer bijna op het oude niveau. Het bevolkingsonderzoek naar

baarmoederhalskanker is op 1 juli volledig hervat. Eind augustus waren er voor dit bevolkingsonderzoek geen wachttijden.

Pathologisch onderzoek voor diagnostische en therapeutische doeleinden is ook minder uitgevoerd. Onderzoeken voorafgaand aan acute operaties en bij patiënten bij wie de diagnose kanker werd vermoed, gingen veelal wel door.

Bij de hart- en vaatziekten nam het aantal verwijzingen ook af. Half juni was het aantal verwijzingen weer op het reguliere niveau, maar er was in de periode tot augustus 2020 geen inhaalslag. Het aantal cardiale spoedverwijzingen nam na half maart licht af. Bij de specialismen cardiologie, heelkunde en thoraxchirurgie nam het aantal behandelingen sterk af. Herhaalconsulten in de poliklinische zorg werden voor een deel omgezet naar telefonische of videoconsulten.

Het aantal patiënten dat zorg kreeg op een spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis daalde in maart en april behoorlijk. Ook het aantal spoedeisende en planbare inzetten van ambulances nam af. Daarnaast zijn minder orgaantransplantaties met zowel levende als postmortale donoren en minder weefseltransplantaties uitgevoerd. Het lagere aantal transplantaties lijkt echter geen effect te hebben gehad op het aantal mensen dat sterft terwijl ze op de wachtlijst voor een transplantatie staan.

Operaties waarbij een gewrichtsprothese wordt geplaatst zijn vanaf half maart tot begin mei 2020 vrijwel stilgelegd. Spoedoperaties gingen wel door. Zorgprofessionals gaven in augustus het signaal dat de capaciteit voor operaties binnen de oogheelkunde nog niet op het reguliere niveau lag, waardoor wachtlijsten zijn toegenomen.

Verschillende peilingen onder patiënten bevestigden het hierboven geschetste beeld. Afspraken zijn vanaf het begin van de COVID-19-epidemie vaak afgezegd of uitgesteld. Ook werd een deel van de afspraken omgezet naar een digitale vorm. Een klein deel van de patiënten gaf aan de afspraak zelf te hebben afgezegd. Ongeveer een kwart van de respondenten gaf aan in enige of redelijke mate nadelige gevolgen te ondervinden van het uitstel; een klein deel gaf aan in sterke mate nadelige gevolgen te ondervinden. Ook maakten veel patiënten zich zorgen om de gevolgen van uitgestelde afspraken.

Huisartsenzorg

Huisartsen hebben in de maanden maart en april minder zorg geleverd. Vooral het aantal consulten voor niet-urgente aandoeningen daalde sterk. Vanaf eind mei was het aantal consulten weer op het reguliere niveau. Er was geen sprake van een inhaalslag. Ook het aantal visites dat huisartsen aflegden daalde. Vanaf eind mei nam dit aantal weer toe, maar in de zomermaanden bleef dit nog iets achter bij het reguliere niveau. Het totale zorggebruik op de huisartsenpost nam na een piek half maart af, vooral voor gezondheidsproblemen die niet geassocieerd werden met COVID-19. Het aantal contacten voor niet COVID-19-gerelateerde klachten nam vanaf half juni toe, maar eind juli lag dit nog niet op het oude niveau.

Huisartspraktijken gaven eind april aan vaker e-health-toepassingen in te zetten. Zij maakten vooral meer gebruik van beeldbellen. Ook in de zomermaanden zijn e-health-toepassingen nog veel toegepast. De afname van het aantal huisartsconsulten zorgde er in veel praktijken voor dat huisartsen of praktijkondersteuners het rustiger of even druk hadden als normaal. Doktersassistenten hadden het juist vaak drukker, vooral om telefoontjes over het ziektebeeld van COVID-19 te beantwoorden. Uit inventarisaties onder patiënten bleek dat afspraken ook vaak niet doorgingen doordat patiënten zelf bij klachten een afspraak met de huisarts hebben vermeden.

Farmaceutische zorg
Apotheken zijn open gebleven. Na een piek half maart zijn veel minder geneesmiddelen verstrekt doordat minder nieuwe recepten (eerste uitgiftes) werden uitschreven. Vanaf eind april herstelde dit aantal zich langzaam en zette dit zich in de zomer verder door. Het aantal verstrekkingen van geneesmiddelen die patiënten al langer gebruikten (vervolguitgiften) bleef in het eerste half jaar van 2020 vrijwel op het reguliere niveau. Het aantal eerste uitgiftes voor hoestprikkel-dempende middelen en voor verschillende typen antibiotica nam sterk af. Ook het aantal nieuwe gebruikers van psychofarmaca, pijnstillers en medicijnen bij ADHD daalde. Mogelijk komt dat doordat mensen met klachten minder snel naar de huisarts zijn gegaan. Vanuit apotheken werd gemeld dat er door de verminderde toegang tot de huisartsenzorg meer zorgvragen bij de apotheek terecht kwamen. De werkzaamheden zijn voor een deel verschoven van fysieke contactmomenten naar digitale vormen van uitleg en consulten over geneesmiddelen. Apothekers maakten zich zorgen of de kwaliteit van de farmaceutische zorg voor kwetsbare patiënten digitaal even goed was als reguliere zorg. Ook patiënten hadden zorgen, bijvoorbeeld over de beschikbaarheid van medicijnen. Een klein deel van de patiënten die medicatie gebruikten voor chronische aandoeningen gaf aan de dosis van hun medicatie verhoogd of verlaagd te hebben zonder overleg met de arts.

Paramedische zorg
Eind maart kondigde de overheid nieuwe maatregelen aan waarbij alle vormen van contactberoepen niet meer mochten worden uitgeoefend als er geen 1,5 meter afstand tot de cliënten gehouden kon worden. Voor paramedische beroepen, zoals fysiotherapie en logopedie, werd een uitzondering gemaakt, maar in de praktijk leverde dit toch een grote daling in het gebruik van paramedische zorg op. Voor fysiotherapie, oefentherapie, gecombineerde leefstijlinterventies, ergotherapie, logopedie en optometrie daalde het aantal consulten sterk. Ook begonnen minder mensen aan behandeltrajecten. Waar het mogelijk was, zoals bij logopedie en ergotherapie, is vervangende zorg ingezet, bijvoorbeeld videobellen. Doordat in ziekenhuizen veel minder werd geopereerd, kwamen voor ergotherapeuten de poliklinische en revalidatie-activiteiten vrijwel stil te liggen. Vanaf het besluit eind april om de paramedische zorg weer op te schalen, steeg het aantal consulten voor alle paramedische beroepsgroepen. Aan het eind van de eerste COVID-19 golf was het oude niveau nog niet bereikt.

Verpleging, verzorging en thuiszorg
De eerste golf van de COVID-19-epidemie had grote impact op mensen die langdurige zorg en ondersteuning krijgen. Het aantal afgegeven indicaties voor langdurige zorg nam sterk af, maar was in juni weer op het reguliere niveau. Vanaf begin april vonden geen fysieke huisbezoeken meer plaats voor indicatiestelling. In juni kwamen de indicatiebezoeken weer op gang bij behandel- en zorginstellingen, en in juli ook weer bij mensen thuis. De bezettingsgraad van verpleeg- en verzorginstellingen nam af. Dat kwam mogelijk doordat cliënten de opname in een instelling uitstelden en de opnameprocedure voor een nieuwe cliënt door de COVID-maatregelen langer duurde. Daarnaast was zichtbaar dat huizen met relatief hoge sterfte een lagere bezettingsgraad hadden. Vanaf begin juni steeg de bezettingsgraad weer licht.

De omvang van de wachtlijsten voor langdurige zorg voor verpleging en verzorging (VV) nam toe in vergelijking met de wachtlijsten op 1 januari 2020. In de maanden maart, april en mei namen deze wachtlijsten sterk toe. Daarna namen ze af, maar ze bleven boven het niveau van 1 januari 2020.

Veel activiteiten in verpleeghuizen zijn gestopt. Medio augustus zijn in de meeste verpleeghuizen de activiteiten die veilig en verantwoord georganiseerd konden worden, weer opgepakt. Een deel van de groepsactiviteiten zal voorlopig niet op de oude manier of in kleinere groepen uitgevoerd worden. Het is niet bekend hoeveel mensen in Nederland dagbesteding moesten missen tijdens de eerste COVID-19 golf.

De impact van het bezoekverbod op de bewoners van verpleeghuizen is afhankelijk van veel factoren en wordt in verschillende studies wisselend beschreven. Sommige bewoners ervaarden meer rust en regelmaat waardoor minder rustgevende medicatie nodig was. Tijdens het bezoekverbod veranderde de contactfrequentie vooral voor familieleden die normaliter dagelijks op bezoek kwamen. Zij hadden minder vaak contact met hun naaste in een verzorgings- of verpleeghuis. Voor andere bewoners nam de frequentie van het contact juist toe, door middel van (beeld)bellen en e-mail. Voor een grote groep bewoners was het bezoekverbod ingrijpend; zij voelden zich eenzamer dan voor de COVID-19-epidemie.

Thuiswonende kwetsbare mensen kregen minder uren wijkverpleging. Ook het aantal nieuwe patiënten met wijkverpleging nam af. Daarnaast daalde in maart en april het aantal uren huishoudelijke ondersteuning en individuele begeleiding binnen de Wmo sterk. Medio juni was de zorg op de meeste plekken weer op het reguliere niveau. Een grote groep mensen gaf aan nadelige gevolgen te ondervinden doordat hun zorg of ondersteuning was verminderd of stopgezet. Veel dagbesteding van thuiswonende zorgvragers is stopgezet, of cliënten of hun naasten durfden zelf uit angst voor besmetting niet te komen. Begin juni kwam voor iedereen weer een vorm van dagbesteding beschikbaar, indien nodig in aangepaste vorm. Maar deelname aan dagbesteding werd bemoeilijkt doordat vervoer naar de dagbesteding vanwege de COVID-19-maatregelen minder toegankelijk was.

De signalen over de effecten van uitgestelde en afgeschaalde formele zorg op informele zorg en ondersteuning waren wisselend. Een deel van de mantelzorgers gaf aan dat er weinig veranderde of dat ze minder zorg verleenden dan voorheen. Zij beperkten het contact en gaven alleen de meest noodzakelijke zorg. Voor andere mantelzorgers was de periode van de eerste COVID-19 golf zwaarder dan de periode daarvoor, zij dreigden overbelast te raken. Instanties gaven aan dat het moeilijker was om mantelzorgers te bereiken en te ondersteunen doordat veel dagbesteding en respijtzorg stopte.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
De landelijke instroom van patiënten in de GGZ nam sterk af. Vanaf eind april steeg het aantal verwijzingen weer en eind augustus was het aantal verwijzingen weer vergelijkbaar met 2019. Specifiek voor verwijzingen vanuit de huisarts is het aantal met ongeveer de helft gedaald vanaf maart en werd eind augustus een niveau bereikt dat vergelijkbaar was met 2019. Spoedverwijzingen en verwijzingen in verband met psychose leken minder te zijn afgenomen en kwamen weer sneller op het oude niveau. De daling in verwijzingen was voor kinderen, volwassenen en ouderen vergelijkbaar. Verwijzingen naar de basis- en specialistische GGZ namen in gelijke mate af.

De wachttijden voor de GGZ veranderden tot en met augustus weinig. Dit geldt zowel voor de aanmeld- als behandeltijd. Ook voor de meeste diagnoses zijn de aantallen weinig veranderd. Het aantal nieuw gestarte behandeltrajecten, openstaande zorgtrajecten en afgesloten trajecten in de specialistische GGZ daalde. De groepsgerichte GGZ-zorg lag kort na het begin van de eerste COVID-19 golf vrijwel stil, maar is vanaf begin april weer geleidelijk gestart binnen de geldende richtlijnen. Door onder andere de COVID-19-maatregelen zijn er minder diagnoses gesteld en behandelingen gestart. Ondanks grote verschillen tussen GGZ-instellingen is het percentage face-to-face contacten gemiddeld sterk afgenomen en op grote schaal vervangen door beeldbellen.

Vanuit professionals kwam naar voren dat psychologen voorzichtig positief waren over beeldbellen, maar face-to-face-contacten bleven de voorkeur hebben. Psychiaters gaven aan dat een groot deel van de geplande behandelcontacten face-to-face is doorgegaan en een deel is vervangen door een vorm van beeldbellen of ander e-health contact. Vanaf half mei nam het aantal face-to-face contacten weer toe. Bij de crisisdiensten was geen toename te zien van het aantal meldingen van personen met acute psychiatrische problemen. Tijdens de eerste COVID-19 golf was geen toename te zien in het totaal aantal suïcides in Nederland.

Ook bij de jeugd-GGZ en Wmo-zorg daalde de geleverde zorg. Het aantal behandeluren en verblijfsdagen binnen de jeugd-GGZ is teruggelopen. Binnen de Wmo-zorg waren er minder begeleidingscontacten en de dagbesteding lag volledig stil.

Vanuit enquêtes onder GGZ-patiënten kwam naar voren dat in maart ruim de helft van de behandelingen geheel of gedeeltelijk is weggevallen en het gebruik van e-health, mantelzorg en contact met de huisarts is toegenomen. In april en mei is een deel van de zorg weer gestart en

nam het aantal behandelingen toe. Patiënten gaven aan dat ze de alternatieven voor face-to-face en reguliere behandelingen / groepsbehandelingen minder goed vonden. Een deel van de patiënten gaf aan dat ze niet voldoende alternatieven kregen aangeboden. In juni was voor circa de helft van de cliënten de behandeling weer zoals voor de COVID-19-epidemie. Zorg van de huisarts, POH GGZ en GGZ-behandelaar waren grotendeels nog digitaal.

Vanuit observaties uit het veld kwam naar voren dat begin mei de meeste ambulante behandelingen omgezet waren naar vormen van e-health. Dagbestedingslocaties waren vaak gesloten. Soms zijn er alternatieven georganiseerd, maar ook hier was het moeilijker om deel te nemen door de uitval van groepsvervoer. Vanaf begin juni kwam de dagbesteding wel weer op gang. Mantelzorgers lijken in de eerste maanden na het ingaan van de COVID-19-maatregelen veel zorg voor kwetsbare groepen op zich genomen te hebben. Begin juni is ook de jeugd-GGZ weer langzaam gestart.

Gehandicaptenzorg
Bij de meeste zorgaanbieders in instellingen werd reguliere zorg afgeschaald. Urgente eerste- en tweedelijnszorg voor mensen met een beperking ging in het algemeen wel door, wat makkelijker verliep bij zorgaanbieders met een eigen medische dienst. Andere zorg, zoals paramedische of psychiatrische zorg, werd zowel binnen als buiten instellingen tijdelijk stopgezet of, waar mogelijk, vervangen door zorg op afstand, per telefoon of via beeldbellen. Artsen noemden de stopgezette dagbesteding erg problematisch voor cliënten. Hierdoor kon een verandering in de gezondheidstoestand mogelijk onopgemerkt blijven. De veranderingen in de zorg leidden tot spanningen bij cliënten en hadden invloed op het welbevinden van mensen met een beperking. Professionals signaleerden meer onrust, slaapproblemen en gedragsontregelingen bij hun cliënten. Ook signaleerde de IGJ bij een derde van de zorgaanbieders dat onvrijwillige zorg toenam. Cliënten moesten bijvoorbeeld op hun (soms afgesloten) kamer blijven als er in een instelling een virusuitbraak was.

Ook voor thuiswonende cliënten had COVID-19 grote impact, vaak omdat de dagbesteding stopte. Aanvankelijk lag die helemaal stil. In juni en juli is voor de meeste cliënten de dagbesteding hervat, maar minder frequent. Familie van thuiswonende cliënten gaven aan dat ze onvoldoende ondersteuning in de thuissituatie kregen. Iets minder dan de helft gaf aan hier zelf voor te hebben gekozen. Ook hier kreeg een klein deel van de mensen online begeleiding. Naasten van mensen met een verstandelijke beperking gaven aan ondersteuning te krijgen van familie en vrienden. Naasten zijn tijdens de eerste COVID-19 golf meestal niet anders gaan denken over hun kwaliteit van leven en ervaarden niet meer of minder negatieve gevoelens.

Mondzorg
De COVID-19-epidemie had grote impact op de mondzorg doordat medio maart een groot deel van de praktijken is gesloten. Alleen de spoedzorg bij patiënten zonder symptomen van COVID-19 ging door. Eind april is de reguliere mondzorg herstart en vanaf eind juli lag het aantal contacten weer vrijwel op het reguliere niveau. Patiënten gaven

aan dat afspraken werden afgezegd door de zorgaanbieder, maar ook door hen zelf. Een deel van de afspraken is uitgesteld (vooral periodieke controles); voor een deel was er een telefonisch of mailoverleg. Beeldbellen is niet genoemd als alternatief. Een klein deel van de patiënten gaf aan dat de afspraak later niet meer nodig was. Een deel van de patiënten ondervond nadelige gevolgen van de uitgestelde afspraken.

Zorg voor jeugd en gezin
Een deel van de professionals die cruciale jeugdhulp bieden gaf aan dat zij in het begin van de eerste COVID-19 golf nog de benodigde hulp konden bieden: in maart kon ongeveer de helft van deze professionals dat doen en in mei twee derde. Een klein deel gaf aan dit niet te kunnen. Instellingen gaven aan prioriteit te leggen bij de meest kwetsbaren en bij situaties van acute onveiligheid. In maart was beoordeling van crisissituaties een knelpunt omdat huisbezoeken niet altijd mogelijk waren. Daarnaast gaven instellingen aan dat zorg en ondersteuning in groepsverband en op scholen niet of nauwelijks meer werd geleverd. Ook konden specialistische behandelingen niet voldoende worden uitgevoerd. Instellingen gaven vanaf halverwege maart aan dat vooral de instroom van ambulante zorg daalde en de dagbesteding bijna helemaal was gestopt. In mei meldden verschillende aanbieders dat veel jeugdhulp weer werd opgestart, al dan niet in aangepaste vorm.

Halverwege juni constateerden de Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd dat de toegang tot jeugdhulp was verminderd. Het aantal aanmeldingen was afgenomen, omdat er minder werd doorverwezen naar jeugdhulp vanuit bijvoorbeeld de huisarts. Halverwege juni is de ambulante (jeugd)hulp aan kinderen en gezinnen weer gestart, maar door de COVID-19-maatregelen konden minder cliënten en gezinnen per dag worden bezocht. Dagbesteding en dagbehandeling voor (jong)volwassenen is vanaf 1 juni geleidelijk weer begonnen. De capaciteit was door de COVID-19-maatregelen echter kleiner en ook zorg of dagbesteding op externe locaties was niet altijd mogelijk.

Professionals signaleerden dat de hulpverlening en ondersteuning aan kwetsbare gezinnen, zoals groepsbegeleiding op woongroepen, in de meeste gevallen niet is stilgevallen tijdens de eerste COVID-19 golf. Ouders gaven aan dat hulp meestal in een andere vorm is geboden en dat het aantal afspraken hetzelfde was, maar dat ze regelmatig korter duurden.

Cijfers over huiselijk en seksueel geweld lieten een verschillend beeld zien. Het aantal telefonische meldingen van huiselijk geweld en kindermishandeling is tijdens de eerste COVID-19 golf niet toegenomen. Wel nam het aantal bezoekers van online hulpverlening en het aantal online meldingen over seksueel geweld toe. Ondanks deze toename van meldingen bleek uit onderzoek dat er geen grote verschillen gevonden zijn in het vóórkomen van geweld binnen gezinnen en in seksueel geweld tussen de periode voor het ingaan van de maatregelen begin maart en erna.

Zorg voor kwetsbare groepen
Veel zorg en ondersteuning, zoals ambulante zorg en ondersteuning en dagbesteding, is half maart stopgezet. Dit gold voor verschillende doelgroepen met een fysieke, psychische en/of sociale kwetsbaarheid. Professionals vonden het moeilijk om met beperkt of zonder face-to-face contact goede zorg te leveren aan kwetsbare mensen. Online contact was voor kwetsbare mensen veelal niet toereikend. Daarnaast was in het begin van de eerste COVID-19 golf voor een grote groep van de cliënten contact via de telefoon of videobellen niet tot nauwelijks mogelijk. Zij hadden er niet de middelen voor en/of ze waren niet bekend met het gebruik ervan. Vanuit de GGZ en forensische zorg kwamen signalen over patiënten die onnodig en te lang in een kliniek zaten vanwege wachtlijsten voor beschermd wonen. Mensen met zorg die uit een persoonsgebonden budget betaald werd, kwamen door veranderingen in die zorg tijdens de COVID-19-epidemie soms in de problemen vanwege onduidelijkheid over de bekostiging.

Bij een deel van de cliënten zorgde de epidemie voor een groter sociaal isolement, een gebrek aan structuur, grotere onzekerheid en angst. Aan de andere kant vonden sommige cliënten de rust in het openbare leven prettig. Een deel van de chronisch zieken gaf aan dat hun gezondheidstoestand is verslechterd en dat zij last hadden van eenzaamheid en psychische klachten. Een deel van de zorg kon na het dieptepunt van de eerste COVID-19 golf nog niet op de oude manier worden hervat. Dat kwam doordat de coronamaatregelen voor een deel bleven gelden en locaties voor (dag-)opvang hierdoor minder mensen konden opvangen. Het gebruik van e-health of domotica is tijdens de eerste COVID-19 golf van de COVID-19-epidemie onder mensen met een chronische ziekte niet toegenomen. Vanuit de maatschappelijke hulpverlening kwam het signaal dat een grote groep cliënten digitaal contact waardeerde.

Overige sectoren van de zorg
Er zijn minder bof-, mazelen- en rodehond-vaccinaties binnen het Rijksvaccinatieprogramma gegeven dan in eerdere jaren. Vanaf november was de deelnamegraad weer toegenomen en de achterstand grotendeels ingehaald. De verwachting is dat het effect van deze achterstand op de volksgezondheid beperkt is. Ook de deelnamegraad aan de vaccinatie tegen meningokokkenziekte - die vanaf maart voor adolescenten is omgezet van groepsvaccinatie in een individuele vaccinatie – was lager en lag in oktober nog niet op het reguliere niveau.

De soa- en seksualiteitszorg bij de GGD’en is afgeschaald en in april was een flinke dip in het aantal bezoekers van de centra voor seksuele gezondheid te zien. Hierna trok het aantal bezoekers weer aan, maar in september lag dit nog niet op het reguliere niveau. Jongeren gaven aan zich minder te laten testen, vanwege angst voor besmetting met het coronavirus, vanuit de gedachte dat hulpverleners druk waren, of omdat er vanuit de zorgkant geen mogelijkheid was. Het is niet bekend of dit invloed heeft gehad de verspreiding van seksueel overdraagbare aandoeningen.

Vrouwen die nieuwe of andere anticonceptie nodig hadden gaven soms aan dat ze hun zorgvraag hiervoor hebben uitgesteld. Abortusklinieken zijn open gebleven. Vanuit de abortuszorg kwam het signaal dat de meeste vrouwen met een ongewenste zwangerschap de weg naar de klinieken wisten te vinden. Er zijn geen aanwijzingen voor zorgen over de abortuszorg of ongewenste zwangerschappen.

Inschatting gezondheidsverliezen van minder of anders geleverde zorg

Dit onderzoek geeft een eerste schatting van de gezondheidsverliezen van minder of anders geleverde zorg tijdens de eerste COVID-19 golf. Het zijn schattingen voor een deel van de medisch-specialistische ziekenhuiszorg (MSZ), en een klein deel van de oncologische zorg: de gevolgen van uitgestelde diagnostiek voor melanomen en van uitgestelde screening bij de bevolkingsonderzoeken voor borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker.

Er bestond nog geen standaard methodologie om deze effecten te schatten. Het RIVM heeft daarom een methode uitgewerkt om voor een aantal veelvoorkomende verrichtingen in de MSZ de effecten te kwantificeren. Met deze methode is 28 procent van de behandelingen in de MSZ in 2018 onderzocht. Dit referentiejaar werd gekozen omdat dit het laatste jaar is waarvoor complete gegevens over aantal verrichtingen beschikbaar zijn. Binnen dit deel van de MSZ is tijdens de eerste golf gemiddeld 23 procent minder zorg geleverd. Het hiermee gepaard gaande gezondheidsverlies is geschat op ongeveer 50.000 gezonde levensjaren als er enige prioritering van patiënten op mogelijke gezondheidswinst heeft plaatsgevonden. Als er sterke prioritering is toegepast wordt het gezondheidsverlies geschat op ruim 34.000 gezonde levensjaren. Zonder prioritering zou het gezondheidsverlies zelfs circa 87.000 gezonde levensjaren kunnen zijn. Een relatief groot deel van de verloren gezonde levensjaren zijn het gevolg van weggevallen behandelingen binnen de specialismen oogheelkunde en orthopedie, zoals staar-, knie- en heupoperaties. Het grootste deel van deze verloren gezonde levensjaren betreft vermindering van kwaliteit van leven, een klein deel wordt veroorzaakt door vroegtijdige sterfte. De niet gerealiseerde gezondheidswinst kan beperkt worden door de minder geleverde zorg alsnog in te halen door in de komende jaren extra behandelingen uit te voeren. In de zomermaanden van 2020 zijn er in enige mate behandelingen ingehaald. Maar door de tweede golf in het najaar van 2020 zijn delen van de reguliere zorg opnieuw afgeschaald om de noodzakelijke zorg voor COVID-19 patiënten te kunnen leveren.

Op het moment van schrijven is de tweede COVID-19 golf nog volop gaande en zijn er nog geen definitieve cijfers over de omvang van verminderd geleverde zorg tijdens deze tweede COVID-19 golf of over de definitieve productiecijfers van 2020. Met scenario-analyses kunnen we wel een indruk geven van de omvang van de gezondheidsverliezen over het hele jaar 2020: bij 30 procent minder geleverde zorg tijdens de tweede COVID-19 golf (van week 40 tot week 52) gaan in totaal voor het jaar 2020 nog eens 3.000 (bij sterke prioritering), 14.000 (bij enige prioritering) of 46.000 (geen prioritering) extra gezonde levensjaren verloren. Het totale gezondheidsverlies zal afhangen van de mate waarin

de uitgestelde zorg later kan worden ingehaald én van het tijdstip waarop de zorg kan worden ingehaald.

Het RIVM-rekenmodel is bruikbaar voor het deel van de MSZ waarbij de zorg planbaar is en een duidelijk behandeling beschikbaar is. Bij oncologische aandoeningen kunnen gemiste diagnoses leiden tot een slechtere prognose. Daarom is een model op basis van progressiestadia geschikter om de gezondheidsverliezen binnen de oncologie te schatten. Hiervoor is een model gebruikt dat de University of Melbourne heeft ontwikkeld. Voor het huidige rapport is dit model toegepast op de agressiefste vorm van huidkanker, melanoom. Hiervoor zijn ongeveer 1000 minder diagnoses gesteld dan verwacht. De verslechtering van prognose hangt samen met hoelang het uitstel duurt. Wanneer de diagnose melanoom (en daarmee ook zorg voor melanoom) 3 tot 6 maanden wordt uitgesteld, zullen ongeveer 1600 tot 2800 gezonde levensjaren verloren gaan.

Zoals gezegd zijn de drie bevolkingsonderzoeken per 16 maart 2020 tijdelijk stilgelegd en na drie maanden weer langzaam gestart. Dit onderzoek gaat ervan uit dat ze alle drie 6 maanden zijn vertraagd, waardoor de resultaten dus een beperkte overschatting van de werkelijke effecten kunnen zijn. Op het moment van schrijven van dit rapport is de daadwerkelijke achterstand voor borstkanker groter dan voor darm- en baarmoederhalskanker. Het Erasmus Medisch Centrum heeft het aantal minder voorkomen sterfgevallen berekend dat tussen 2020 en 2039 kan worden verwacht bij een vertraging van 6 maanden. Voor borstkanker worden in deze periode per jaar 14 tot 24 minder sterfgevallen voorkomen op een totaal van ruim 1.450 per jaar onder normale omstandigheden. Voor baarmoederhalskanker wordt naar verwachting gemiddeld per jaar 1 sterfgeval minder voorkomen ten opzichte van gemiddeld 250 sterfgevallen per jaar. Voor darmkanker worden naar verwachting jaarlijks 13 tot 103 minder sterfgevallen voorkomen ten opzichte van een gemiddeld aantal sterfgevallen van 2.500 per jaar.

Reflectie en interpretatie
De beschikbaarheid en kwaliteit van de data over de omvang van de minder geleverde reguliere zorg tijdens de eerste COVID-19 golf verschilden sterk tussen de verschillende sectoren van de zorg. De registraties van ziekenhuiszorg en huisartsenzorg zijn relatief goed op orde. Maar bijvoorbeeld voor de gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg waren veel minder data beschikbaar. Zeker ook bij de zorg voor kwetsbare groepen zijn veel (lokale) organisaties en financieringsbronnen betrokken. Dat maakt het heel lastig om een duidelijk kwantitatief beeld te krijgen van omvang en effecten van minder geleverde zorg.

De gevolgen van minder of anders geleverde curatieve zorg kunnen worden uitgedrukt in aantallen mensen die hiermee te maken krijgen. Onder de aanname dat de zorg in het algemeen effectief is zullen betrokkenen daardoor langer klachten hebben. Ook kan een ziekte verergeren door langere wachttijden. Zorg die onder de Wet langdurige zorg (gehandicaptenzorg, verpleeghuizen) valt, is voor een groot deel niet curatief. De vertraagde zorg raakt patiënten en cliënten vooral in de kwaliteit van leven en hun welzijn. Het stoppen van dagbesteding bijvoorbeeld heeft meestal niet meteen effecten op de lichamelijke

gezondheid van kwetsbare mensen. Wel heeft het grote impact op hun kwaliteit van leven en die van naasten, ook omdat die naasten vaak de weggevallen zorg moesten opvangen.

Uit meerdere sectoren van de zorg komen signalen dat de verwachting is dat de zorg voorlopig nog niet volledig opgeschaald kan worden vanwege onder andere de geldende COVID-19-maatregelen. Bijvoorbeeld in wachtkamers en in het vervoer van patiënten en cliënten kunnen veel minder mensen terecht, waardoor minder mensen geholpen kunnen worden. Ook in ruimtes voor groepstherapie en bijvoorbeeld dagopvang kunnen minder mensen deelnemen binnen de geldende COVID-19-normen. Therapie of opvang moet daarom in een andere vorm, in kleinere groepen of minder vaak worden gegeven. Door de noodzaak om tussen afspraken extra schoon te maken, bijvoorbeeld in directe patiëntenzorg en bij het vervoer van patiënten en cliënten, is het voorlopig niet mogelijk om de volumes aan zorg van voor maart 2020 te halen. Het is daarom niet uitgesloten dat de gezondheidseffecten van afgeschaalde zorg nog veel langer doorlopen dan tijdens de eerste golf alleen.

Voor de schattingen zijn actuele gegevens gebruikt over de afname in het aantal behandelingen binnen de MSZ. Voor de meeste sectoren van de zorg zijn dergelijke actuele schattingen over de omvang van de minder geleverde zorg nog niet beschikbaar. Deze sectoren konden nu dan ook nog niet in de schatting van het gezondheidsverlies betrokken worden. De onderdelen van de zorg waarvoor de effecten wel zijn ingeschat zijn veelvoorkomende aandoeningen die naar verwachting voor een relatief hoog aantal verloren gezonde levensjaren zorgen. Voor dit deel van de MSZ, 28 procent van het totaal aan medisch-specialistische zorg, is de effectiviteit relatief hoog en de zorg draagt daarmee in grote mate bij aan de kwaliteit van leven en een langere levensduur. Omdat voor andere delen van de MSZ, bijvoorbeeld diagnostiek bij onbegrepen buikpijnklachten, minder duidelijke gegevens over effectiviteit beschikbaar zijn is het minder makkelijk om de effectiviteit van het medisch handelen weer te geven in QALY's, en dus ook om het gezondheidsverlies door minder geleverde zorg in te schatten. De totale gezondheidsschade door uitstel van zorg is naar alle waarschijnlijkheid groter, maar niet bijna vier keer zo groot, omdat de 28 procent van de onderzochte MSZ gemiddeld effectiever is dan de 72 procent die buiten de analyse is gebleven.

Voor vrijwel alle zorg in *andere* domeinen dan de MSZ is het echter veel moeilijker zo niet onmogelijk om de gezondheidsverliezen te schatten. Dat heeft tenminste vier oorzaken. Als eerste is naar de effectiviteit van zorg buiten het ziekenhuis relatief minder onderzoek gedaan. Als tweede is een deel van deze zorg er op gericht om patiënten met onomkeerbare gezondheidsproblemen een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bieden, wat niet goed in winst of verlies in gezonde levensjaren uit te drukken is. En ten derde is onbekend of de vervangende zorg die gegeven is even effectief is als bijvoorbeeld face-to-face zorgcontacten. Een vierde reden, hierboven ook al genoemd, is dat niet altijd goede registratiedata over de omvang van de minder geleverde zorg beschikbaar zijn. Meer onderzoek en betere registraties zijn nodig om ook de gezondheidseffecten van minder geleverde zorg buiten de ziekenhuismuren in kaart te brengen.

Naast de geschatte gezondheidsverliezen zijn er ook positieve signalen te melden. Sommige zorgaanbieders, bijvoorbeeld in de thuiszorg, verwachten dat niet voor elke cliënt de zorg weer volledig hervat hoeft te worden, bijvoorbeeld omdat tijdens de COVID-19-epidemie een succesvol beroep is gedaan op de zelfredzaamheid van de cliënt en dit kan worden voortgezet. Ook is het in bijvoorbeeld de GGZ en huisartsenzorg gelukt om consulten om te zetten in een digitale vorm. Niet iedereen vond deze vorm even goed als face-to-face-zorg, maar er waren zeker groepen patiënten die dat wel vonden. Een tweede positief signaal is dat de COVID-19 epidemie ook gunstige gezondheidseffecten kent. Er kwamen bijvoorbeeld veel minder luchtweg- en maag-darm-infecties voor. Hierdoor was er minder vraag naar zorg voor deze aandoeningen. Ook waren er veel minder sportblessures in het voorjaar van 2020 doordat mensen niet meer in groepsverband mochten sporten. Ook nam de acute zorg veel minder sterk af dan de meer planbare ziekenhuiszorg. Dat zou kunnen betekenen dat het in elk geval gedeeltelijk gelukt om de meest noodzakelijke en/of acute zorg toch te blijven verlenen.

Dit onderzoek laat zien dat COVID-19 niet alleen sterfte en verminderde kwaliteit van leven heeft veroorzaakt bij patiënten die deze ziekte hebben maar dat ook veel andere patiënten zijn getroffen doordat zorg is uitgesteld, vervallen of anders is geleverd. Ook hebben patiënten zelf zorg vermeden of werd een behandeling tijdens de eerste COVID-19 golf vanwege het besmettingsrisico op COVID-19 te risicovol geacht. De corona-inclusieve VTV rapporteerde dat de ziektelast in Nederland van mensen bij wie in het laboratorium is bevestigd dat ze COVID-19 hadden tijdens de eerste COVID-19 golf (tot 1 juli) in totaal circa 58.500 disability-adjusted lifeyears (DALY's) bedroeg. Het is niet mogelijk om de directe ziektelast door COVID-19 te vergelijken met de geschatte indirecte effecten. De eenheden waarin de ziektelast wordt uitgedrukt verschilt (DALY's versus QALY's), en er zijn andere methoden gebruikt voor deze inschattingen. Omdat de effectiviteit van medische behandelingen traditioneel in QALY's wordt uitgedrukt was het voor deze studie niet mogelijk om dezelfde uitkomstmaat te kiezen als voor de berekeningen van de directe ziektelast van COVID-19 gebruikt werd. De gezondheidsverliezen in de ene maat kunnen niet direct omgerekend worden naar de andere maat. Wel duidelijk is dat de directe ziektelast van COVID-19 voor een groot deel voortkomt uit vroegtijdige sterfte, terwijl de indirecte ziektelast van minder-geleverde zorg voor een relatief groot deel voortkomt uit verlies aan kwaliteit van leven.

De gezondheidsschade van COVID-19 is de som van de directe en indirecte ziektelast. Dit rapport maakt een begin met het schatten van deze indirecte ziektelast. Het Nederlandse zorgstelsel is heel efficiënt georganiseerd en beschikt daarom ook over weinig overcapaciteit om extreme piekbelastingen zoals ontstaan door de COVID-19 epidemie op te vangen. De zorg voor COVID-19 patiënten heeft daarom deels de zorg voor niet COVID-19 patiënten vervangen waarbij het principe dat de grootste nood voorgaat ("rule of rescue") gevolgd is. Het is erg moeilijk, zo niet onmogelijk, om een inschatting te maken van de gezondheidsverliezen die wel of niet hadden plaatsgevonden in andere scenario's. Indien bijvoorbeeld de ziekenhuisafspraken niet waren stopgezet en er minder zorg was afgeschaald was het de vraag geweest of patiënten zelf deze zorg niet hadden gemeden en de gezondheidsverliezen daardoor alsnog waren

opgetreden. Daarnaast is het onduidelijk wat de gevolgen waren geweest als de zorg niet, zoals nu het geval was, gecontroleerd was afgeschaald, maar men daadwerkelijk tegen overbelasting van het systeem aan was gelopen. Zelfs een vergelijking met andere landen met andere beheersingsstrategieën voor COVID-19 biedt hier geen uitkomst omdat onder andere de bevolkingssamenstelling, het zorgsysteem en de overcapaciteit binnen het zorgsysteem onvergelijkbaar zijn. Het is daarom niet in te schatten of in alternatieve scenario's de gezondheidsverliezen kleiner of groter waren geweest.

1 Inleiding

De COVID-19 epidemie kent een grote directe impact op onze volksgezondheid door het grote aantal geïnfecteerde personen en het mogelijk ernstige verloop van de infectie. Naast de directe gezondheidsgevolgen voor COVID-19 patiënten zijn er ook indirecte gezondheidseffecten bij anderen, bijvoorbeeld doordat geplande operaties in ziekenhuizen uitgesteld moesten worden en gezondheidsproblemen hierdoor verergerden.

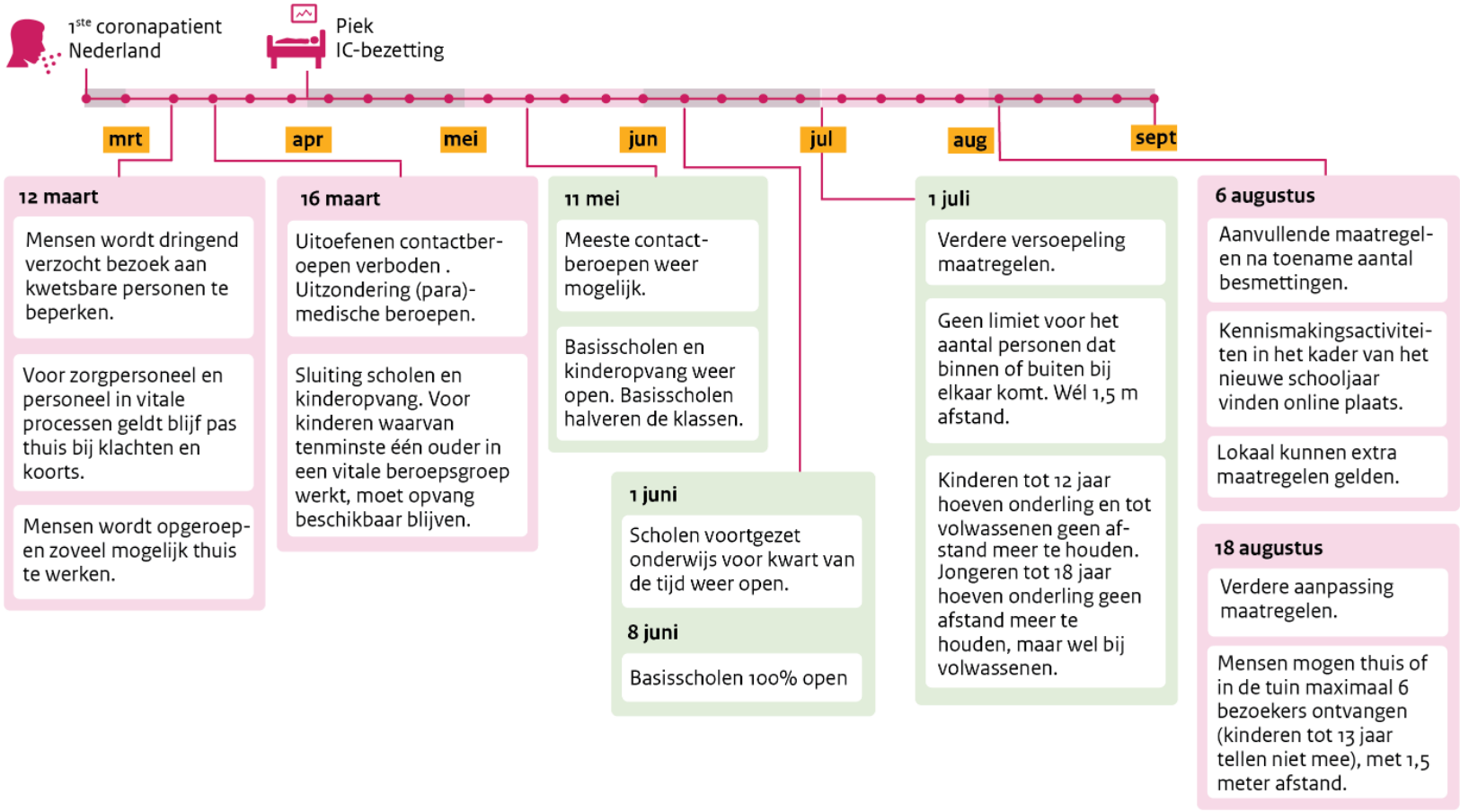
Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het RIVM gevraagd om deze indirecte effecten van de COVID-19 epidemie op zorg en gezondheid in kaart te brengen. Het gaat hierbij om:

1. Het inventariseren van de omvang van uitgestelde, afgeschaalde, vermeden of niet gegeven zorg (in dit rapport aangeduid als minder of anders geleverde zorg) tijdens de "eerste golf". Die begint in Nederland met de eerste patiënt eind februari 2020 en de daaropvolgende eerste COVID-19 maatregelen per medio maart. Als einde van de eerste golf wordt in dit rapport eind augustus gekozen, omdat veel zorg dan weer vrijwel op het oude niveau geleverd wordt en er nog geen sprake was van de start van de tweede golf.
2. Het maken van een inschatting van de gezondheidseffecten van uitgestelde, afgeschaalde, vermeden of anders gegeven zorg tijdens deze eerste golf.

Eerder verschenen vier kort-cyclische rapportages vanuit het RIVM[1], waarin een samenvatting van cijfers en inzichten over de minder of anders geleverde zorg werd gegeven. Het RIVM verzamelde deze informatie in de weken voorafgaand aan de rapportages. In deze rapportages werd op hoofdlijnen per zorgsector het beeld geschetst van de minder of anders geleverde zorg tijdens de eerste coronagolf. De informatie uit de vier kort-cyclische rapportages vormde de basis voor deze rapportage.

In Nederland zijn sinds 12 maart 2020 verschillende maatregelen genomen tegen de verspreiding van het coronavirus, zoals het verbod op de uitoefening van contactberoepen (zie Figuur 1). Door de COVID-19 epidemie en de maatregelen die bijdragen aan de bestrijding van de epidemie zijn tijdens de eerste golf op allerlei gebieden gezondheidseffecten ontstaan.

[1] https://www.rivm.nl/coronavirus-COVID-19/onderzoek/indirecte-effecten-zorg-gezondheid



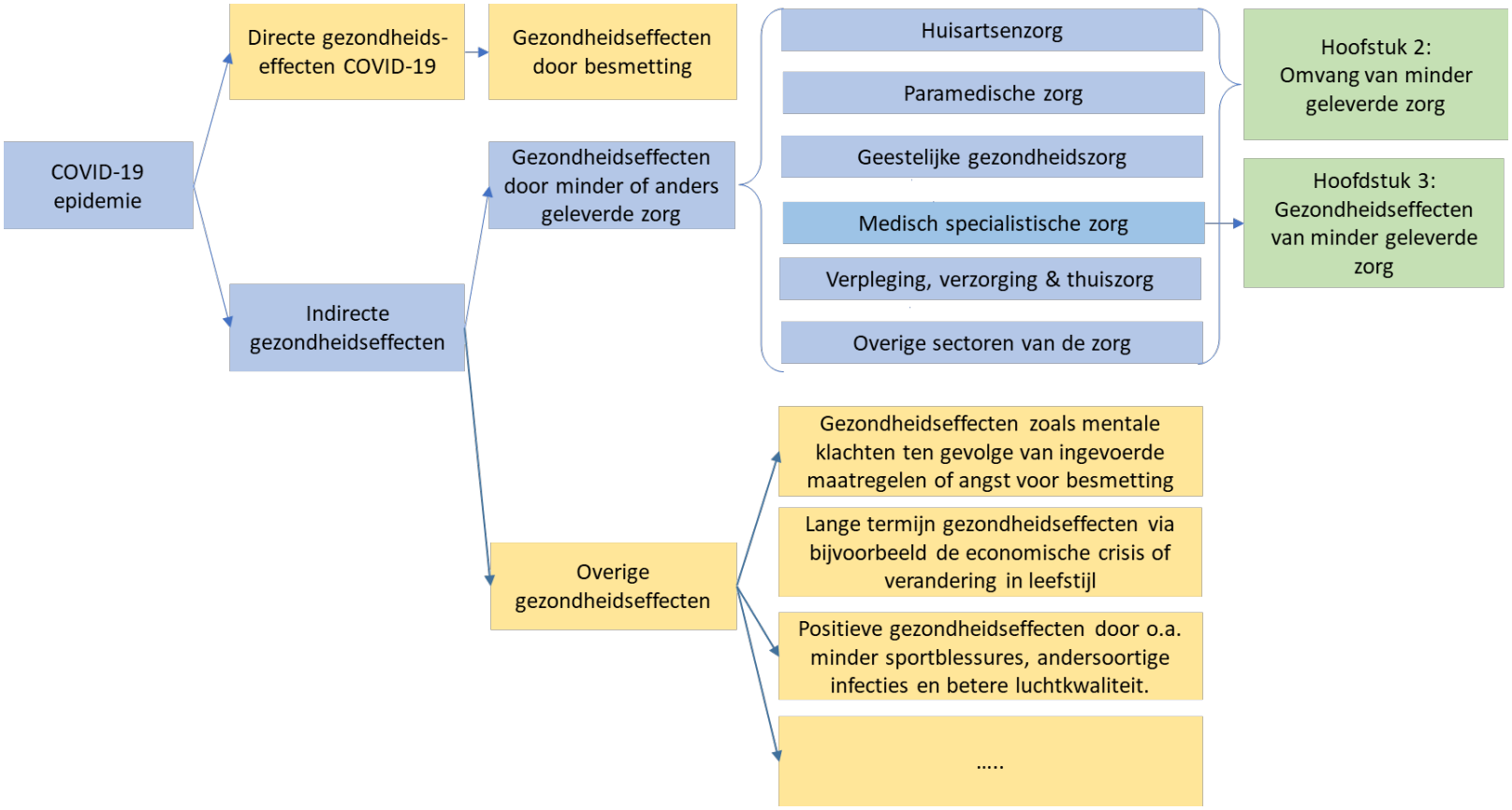
Figuur 1 Tijdlijn van selectie van belangrijke gebeurtenissen en maatregelen rondom de eerste coronagolf in Nederland. Met de geldende maatregelen (roze) en versoepelingen (groen). Samengesteld op basis van informatie van de Rijksoverheid (https://www.rijksoverheid.nl/).

Figuur 2 geeft een overzicht van alle directe en indirecte gezondheidseffecten van COVID-19. Er zijn directe effecten, zoals bijvoorbeeld de sterfte van mensen door COVID-19 (zie Figuur 2). Daarnaast zijn er indirecte effecten van COVID-19, bijvoorbeeld omdat er minder reguliere zorg geleverd is of omdat patiënten zelf zorg vermeden hebben. Ook kunnen er indirecte effecten, zoals mentale klachten, optreden ten gevolge van de maatregelen die zijn genomen of uit angst voor besmetting met het virus. De directe en indirecte gezondheidseffecten beperken zich niet tot 2020 alleen, maar kunnen ook nog doorwerken in de jaren daarna, bijvoorbeeld omdat veranderde leefstijl, maar de impact van de economische crisis, nog lang door kan werken in de gezondheid van burgers. Naast negatieve gezondheidseffecten die bij een grote epidemie vanzelfsprekend zijn, werden er tijdens de eerste coronagolf ook af en toe positieve gezondheidseffecten gemeld. Bijvoorbeeld doordat er door de genomen maatregelen mogelijk minder andersoortige infecties optreden [1]. Ook is er, mede door de maatregelen, maar ook door de economische crisis, minder verkeer en luchtvervuiling [2], wat kan resulteren in positieve gezondheidseffecten. Dit onderzoek beperkt zich tot de indirecte gezondheidseffecten van minder (of anders) geleverde zorg tijdens de eerste golf (gerepresenteerd in de blauwe vakken in Figuur 2).

Als het in deze rapportage gaat over minder of anders geleverde zorg gaat het vooral over de daling in het aantal patiëntcontacten, gestelde diagnoses of behandelingen. Er kan een veelheid aan onderliggende redenen zijn waarom de zorg niet gegeven is, zoals zorgmijding door de patiënt zelf (eigen initiatief om operatie af te zeggen), gebrek aan capaciteit op de operatiekamers, het hebben van corona-achtige klachten en de inschatting van zorgprofessionals dat een ingreep in COVID-tijden te risicovol is voor een broze patiënt. Minder of anders geleverde zorg kan vele vormen aannemen. Voorbeelden zijn:

- een persoon met een verstandelijke beperking kan niet meer kan deelnemen aan de dagbesteding,
- een kwaadaardige tumor wordt niet tijdig ontdekt,
- een behandeling voor post-traumatische stress stoornis wordt niet voortgezet,
- een geplande staaroperatie moet worden uitgesteld.

De gevolgen voor de gezondheid in brede zin (incl. lichaamsfuncties, kwaliteit van leven, participatie, welbevinden, zingeving, dagelijks functioneren e.d.) van betrokkenen kunnen dan ook zeer divers zijn. Het is mogelijk dat de gezondheid of de kwaliteit van leven geschaad wordt, of dat men verhoogd risico loopt op ernstige complicaties en/of overlijden. Minder (of anders) geleverde zorg hoeft zeker niet altijd geassocieerd te zijn met negatieve gezondheidseffecten. Het is bekend dat voor veel aandoeningen enig uitstel van behandeling mogelijk is zonder dat de gezondheid van de patiënt daardoor wordt geschaad. In de meest extreme vorm zou de minder geleverde zorg toch al overbodig zijn geweest. In de gezondheidszorg is soms sprake van overbehandeling en onnodige zorg. Vermindering van onnodige zorg kan juist leiden tot minder belasting en risico op bijwerkingen en schade voor de patiënt. Hoe groot die overbehandeling en onnodige zorg is, en of die voor alle zorgsectoren even groot is, is niet bekend.



Figuur 2 Overzicht van verschillende gezondheidseffecten ten gevolge van de COVID-19 epidemie. Dit rapport gaat alleen over de effecten die weergegeven zijn in de blauwe vlakken. Deze zijn verwerkt in hoofdstuk 2 en 3 (groene vlakken).

Soms ook is het wel mogelijk om gezondheidsproblemen te linken aan COVID-19, zonder dat exact uiteengerafeld kan worden of die veroorzaakt worden door COVID-19 of door minder geleverde zorg als gevolg van COVID-19. Mentale klachten onder ouderen kunnen bijvoorbeeld verergeren door het tijdelijk sluiten van essentiële zorg (dagbesteding) als gevolg van de maatregelen, of door (angst en stress over) de COVID-19 epidemie zelf.

Leeswijzer

Deze rapportage bestaat uit twee delen (groene vlakken in Figuur 2), gevolgd door een samenvattend en beschouwend hoofdstuk. Hoofdstuk 2 bevat het eerste deel en geeft een overzicht van de omvang van de anders of minder geleverde zorg tijdens de eerste coronagolf. In 12 paragrafen wordt voor verschillende sectoren van de zorg beschreven welke zorg wegviel, hoe vaak dat voorkwam, en, waar beschikbaar, welke gevolgen dat voor patiënten had.

Hoofdstuk 3 bevat het tweede deel, waarin op basis van de kwantitatief beschikbare gegevens een inschatting wordt gemaakt van de gezondheidseffecten van de anders of minder geleverde medisch specialistisch zorg.

Tot slot bevat hoofdstuk 4 een samenvatting van de resultaten van hoofdstuk 2 en 3, een reflectie op onder andere de ontvangen gegevens vanuit de zorgsectoren, een reflectie op de modelaannames uit hoofdstuk 3, en een algemene conclusie en discussie van het gehele onderzoek. De bijlagen zijn te vinden op de website van het RIVM en bevatten de methoden en inputgegevens voor het rekenwerk dat gebruikt is voor het model (zie bijlage).

2 Omvang van minder (of anders) geleverde zorg naar sectoren van de zorg

2.1 Methoden en afbakening

Voor het inventariseren van de omvang van uitgestelde, afgeschaalde, vermeden of niet gegeven zorg en de eventuele gezondheidseffecten hiervan, hebben we tijdens de COVID-19 epidemie verschillende keren een uitvraag gedaan onder relevante partijen. Informatie over de omvang van verminderd geleverde zorg is opgevraagd bij een breed scala van organisaties, waaronder wetenschappelijke verenigingen (voor de medisch-specialistische verenigingen met behulp van de Federatie Medisch Specialisten), paramedische beroepsorganisaties, koepelorganisaties in de zorg, patiëntenorganisaties en kennispartners. Daarnaast is regelmatig op de websites van verschillende organisaties gezocht naar relevante rapportages of updates over minder of anders geleverde zorg. Een overzicht van de partijen die zijn benaderd of waarvan informatie is gebruikt wordt weergegeven in bijlage 1.

De cijfers en inzichten die uit de brede uitvraag naar voren zijn gekomen, zijn aangevuld met informatie uit literatuuronderzoek over (de gevolgen van) uitstel of afstel van zorg in Nederland. Hiervoor is op structurele wijze in Embase naar wetenschappelijke literatuur gezocht. De verzamelde informatie is eerder beschreven in vier kort-cyclische rapportages[2], waarvan de peil- en publicatiedata in onderstaand kader beschreven staan.

Kort-cyclische rapportages indirecte effecten COVID-19 op zorg en gezondheid

- Eerste rapportage, peildatum 25 mei en publicatiedatum 9 juni 2020
- Tweede rapportage, peildatum 15 juni en publicatiedatum 26 juni 2020
- Derde rapportage, peildatum 6 juli en publicatiedatum 21 juli 2020
- Vierde rapportage, peildatum 21 augustus en publicatiedatum 14 september 2020

Deze vijfde en tevens eindrapportage vat de verzamelde informatie uit de vier kort-cyclische rapportages samen, waar beschikbaar aangevuld met meer recente data. Het doel is om de (indirecte) effecten van de *eerste golf* van de COVID-19 epidemie op de zorg en volksgezondheid in kaart te brengen. De eerste golf aan coronabesmettingen en -zieken liep tot en met juni 2020 [3]. Aangezien de effecten op de reguliere zorg langer merkbaar waren, hebben we ervoor gekozen om in deze rapportage 31 augustus 2020 te hanteren als einddatum van de eerste golf.

Op 28 oktober 2020 is nog eenmaal een uitvraag gedaan onder de al eerder benaderde partijen (voor de kort-cyclische rapportages), met het

[2] https://www.rivm.nl/coronavirus-COVID-19/onderzoek/indirecte-effecten-zorg-gezondheid

verzoek eventuele nieuwe of geüpdatete informatie aan te leveren die betrekking heeft op de periode tot en met 31 augustus. Deze informatie is, samen met de informatie uit de eerdere rapportages samengevoegd tot een samenvatting per sector. Ook eventuele nieuw verschenen literatuur over de impact van COVID-19 op de zorg en volksgezondheid is hierin opgenomen (publicatiedatum tot en met 16 november 2020). De gemaakte samenvattingen zijn voorgelegd aan de partijen die data hebben aangeleverd over de betreffende sector. Hierbij is gevraagd om eventuele feitelijke onjuistheden terug te koppelen.

In de volgende paragrafen komen verschillende zorgsectoren waarvoor informatie is gevonden aan bod. Waar nodig geven we aan het begin van de paragraaf een afbakening van de betreffende sector (welke zorgdomeinen en/of specialismen vallen hieronder). In elke paragraaf is daarnaast een overzicht opgenomen van de bronnen en het type informatie dat beschikbaar was voor deze sector. We hebben daarbij onderscheid gemaakt tussen data uit registraties of databases (bijvoorbeeld declaratiegegevens) en informatie uit inventarisaties onder professionals of patiënten/mantelzorgers (bijvoorbeeld enquêtes). Indien deze bronnen niet beschikbaar waren, hebben we overige (vaak meer kwalitatieve) observaties of signalen uit het veld benoemd.

Verschillende patiënten- en cliëntenorganisaties hebben ten tijde van de eerste golf enquêtes onder hun leden uitgezet over ervaren problemen vanwege uitgestelde of afgeschaalde zorg. Hoewel dit vrijwel altijd niet-representatieve studies betrof en daarom weinig inzicht geeft in de omvang van de effecten, gaat er wel een signaalfunctie uit van dergelijke onderzoeken en kunnen ze inzichtelijk maken met welke problemen patiënten te maken hebben gehad door de COVID-19 epidemie.

Bij registratiedata is er mogelijk sprake van een registratie-effect: door de bijzondere omstandigheden tijdens de COVID-19 epidemie bestaat het vermoeden dat de hoeveelheid zorg die is geregistreerd niet de volledige hoeveelheid weergeeft. Dit kan als gevolg hebben dat het herstel van de zorgproductie in de afgelopen maanden is onderschat[4]. Op deze en andere kanttekeningen bij de data zal in de discussie verder worden ingegaan.

2.2 Ziekenhuiszorg

In onderstaande paragraaf wordt uitgebreid ingegaan op de gevolgen van de COVID-19 epidemie voor de ziekenhuiszorg. Na een beschrijving van de algemene trends in de ziekenhuiszorg wordt een aantal specifieke onderwerpen en specialismen beschreven, waaronder oncologie, hart- en vaatziekten, ambulancevervoer en spoedzorg, en transplantaties. Daarna wordt ingegaan op overige ziekenhuiszorg.

2.2.1 Ziekenhuiszorg algemeen

Beschikbare gegevens

Registratiedata:

- **Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) [4]** - rapportage reguliere ziekenhuiszorg
  - verwijzingen ZorgDomein en productiecijfers van Dutch Hospital Data (DHD)
  - data voor de gehele eerste golf (t/m week 35)

Inventarisatie onder professionals: Geen

Inventarisatie onder patiënten of mantelzorgers:

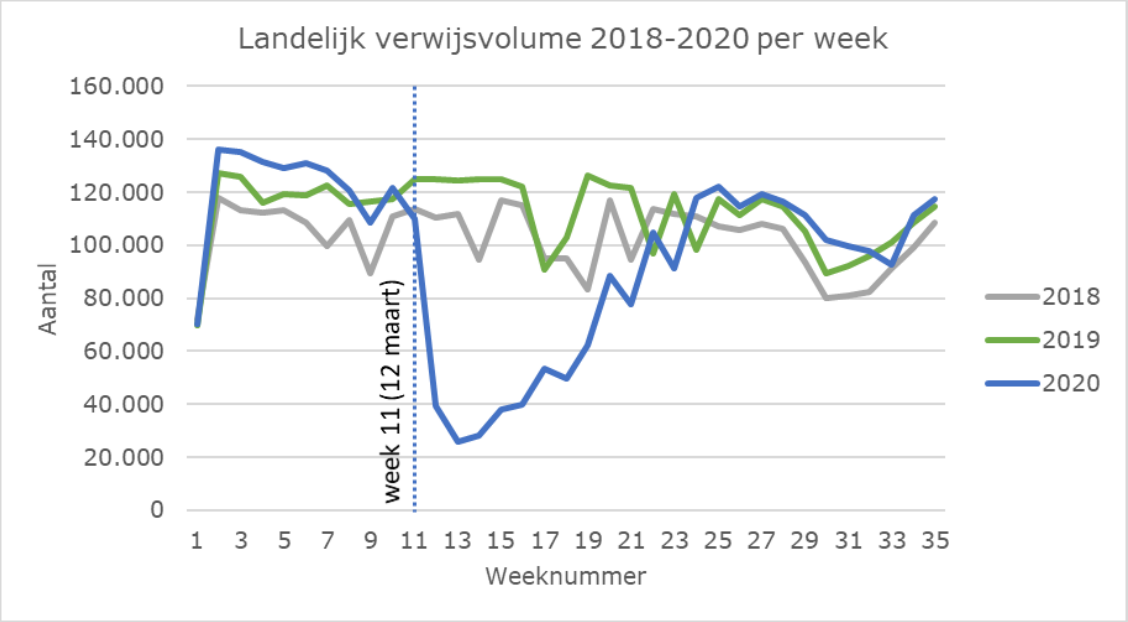
- **Patiëntenfederatie Nederland [5-7]** – flitspeilingen ziekenhuiszorg
  - peiling 24 maart 2020 (n=8.000); 17 april 2020 (n=10.000); peiling mei 2020 (n=7.400)
  - onder leden van het Zorgpanel, in april aangevuld met mensen die hebben gereageerd op een oproep op sociale media
  - groot aandeel met chronische aandoeningen (52-84 procent)

Overige observaties uit het veld: Geen

2.2.1.1 Ziekenhuiszorg: Registratiedata

Verwijzingen vanuit huisartsenpraktijk

Sinds het ingaan van de landelijke COVID-19 maatregelen heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het aantal patiënten in kaart gebracht dat door huisartsen is doorverwezen naar het ziekenhuis. Over de gehele breedte van de zorg viel na week 11, de week waarin de landelijke COVID-19 maatregelen ingingen, het aantal verwijzingen naar een medisch specialist sterk terug (Figuur 3). In week 11 lag het aantal verwijzingen op ruim 100.000 per week, dit nam af tot een dieptepunt van 26.000 verwijzingen in week 13. Daarna nam het aantal verwijzingen langzaam weer toe. Halverwege mei (na week 20) herstelde het aantal verwijzingen zich tot het niveau van eerdere jaren. Uit cijfers over de periode tot en met augustus, bleek dat het verwijsvolume toen stabiel en weer vergelijkbaar was met het niveau van de jaren 2019 en 2018. Er zijn sterke aanwijzingen dat de reductie in aantal verwijzingen vooral betrekking heeft op de planbare zorg, omdat het aantal spoedverwijzingen door de COVID-19 epidemie nauwelijks afnam [4].



Figuur 3 Landelijk verwijsvolume 2018-2020 per week. Aangepast figuur op basis van data NZa.

Behandelingen
In de periode van januari tot en met augustus 2020 zijn 8 miljoen patiënten in het ziekenhuis behandeld, 13 procent minder dan in de eerste helft van 2019. Echter, door de bijzondere omstandigheden tijdens de coronaperiode is een deel van de geleverde zorg mogelijk nog niet geregistreerd. Vanaf week 11 lag het aantal patiëntcontacten per week ongeveer de helft lager dan in dezelfde periode in 2018 en 2019. In mei stabiliseerde het aantal patiëntcontacten, en vanaf juni was er een toename te zien. Eind augustus was het aantal patiëntcontacten per week ongeveer tweederde van het aantal in dezelfde periode van 2019. Het totaal aantal patiënten dat in augustus in het ziekenhuis behandeld werd, was vergelijkbaar met dezelfde periode in 2018 en 2019. Ook het aantal operaties, dat vanaf week 12 werd afgeschaald, lag toen weer op het niveau van eerdere jaren [4].

2.2.1.2 Ziekenhuiszorg algemeen: Perspectief van patiënten

Drie peilingen van Patiëntenfederatie Nederland gehouden in maart, april en mei van dit jaar lieten eenzelfde beeld zien als hierboven: door de COVID-19 epidemie zijn eerder geplande afspraken met het ziekenhuis vaak afgezegd of uitgesteld. In de laatste peiling uit mei gaf 38 procent van de deelnemers aan dat zij in coronatijd (niet nader gespecificeerd) een (gewenste) afspraak hadden in het ziekenhuis of een kliniek die niet door kon gaan. Daarnaast had 5 procent een (gewenste) afspraak die zij zelf niet door wilden laten gaan. Bij bijna een derde van de respondenten had de uitgestelde afspraak inmiddels plaatsgevonden. Bij 12 procent was dit in de vorm van een digitale afspraak, bijvoorbeeld via de telefoon of beeldbellen. In alle drie de peilingen gaf ongeveer een kwart van de respondenten aan in redelijke mate nadelige gevolgen (niet nader gespecificeerd) te ondervinden van het uitstel; circa 10 procent ondervond in sterke mate nadelige gevolgen [5-7].

2.2.2 *Oncologie en pathologie*

Beschikbare gegevens

Registratiedata:

- **Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) [8]** – cijfers website
  - aantallen diagnoses in Nederlandse Kankerregistratie, gebaseerd op het Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA)
  - cijfers tot en met 23 augustus 2020 (week 34)
- **Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) [9] –** rapportage oncologische zorg
  - verwijzingen ZorgDomein (vrijwel alle ziekenhuizen en een groot deel van de huisartsen in Nederland) tot en met 23 augustus 2020 (week 34)
  - capaciteit bevolkingsonderzoeken RIVM (laatste update 25 augustus 2020)
- **Nederlandse Vereniging Voor Pathologie (NVVP) en PALGA [10]** – rapportage pathologie
  - gebaseerd op pathologierapporten van alle Nederlandse klinische pathologiecentra en - afdelingen
  - compleet tot en met juli 2020 (week 30)
- **UMC Utrecht (Filipe et al., 2020) [11] –** borstkankeroperaties
  - opeenvolgende patiënten die een borstkankeroperatie hadden ondergaan tussen 9 maart en 17 mei 2020
  - vijf Nederlandse ziekenhuizen
  - n=217 patiënten
- **Radboudumc (Lantinga et al., 2020) [12] -** cijfers over gastro-intestinale endoscopieën
  - 15 Nederlandse ziekenhuizen
  - periode 15 maart – 25 juni 2019 en 2020

Inventarisatie onder professionals: Geen

Inventarisatie onder patiënten of mantelzorgers:

- **Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) [13, 14] –** peiling onder patiënten
  - mensen die kanker hebben (gehad) en nog onder behandeling of nacontrole van het ziekenhuis staan
  - vragenlijst uitgezet tussen 29 maart en 18 april 2020
  - n=5.302 respondenten
  - meest voorkomende typen kanker: hematologische maligniteiten (31 procent); borstkanker (22 procent) en longkanker (12 procent)

Overige observaties uit het veld: Geen

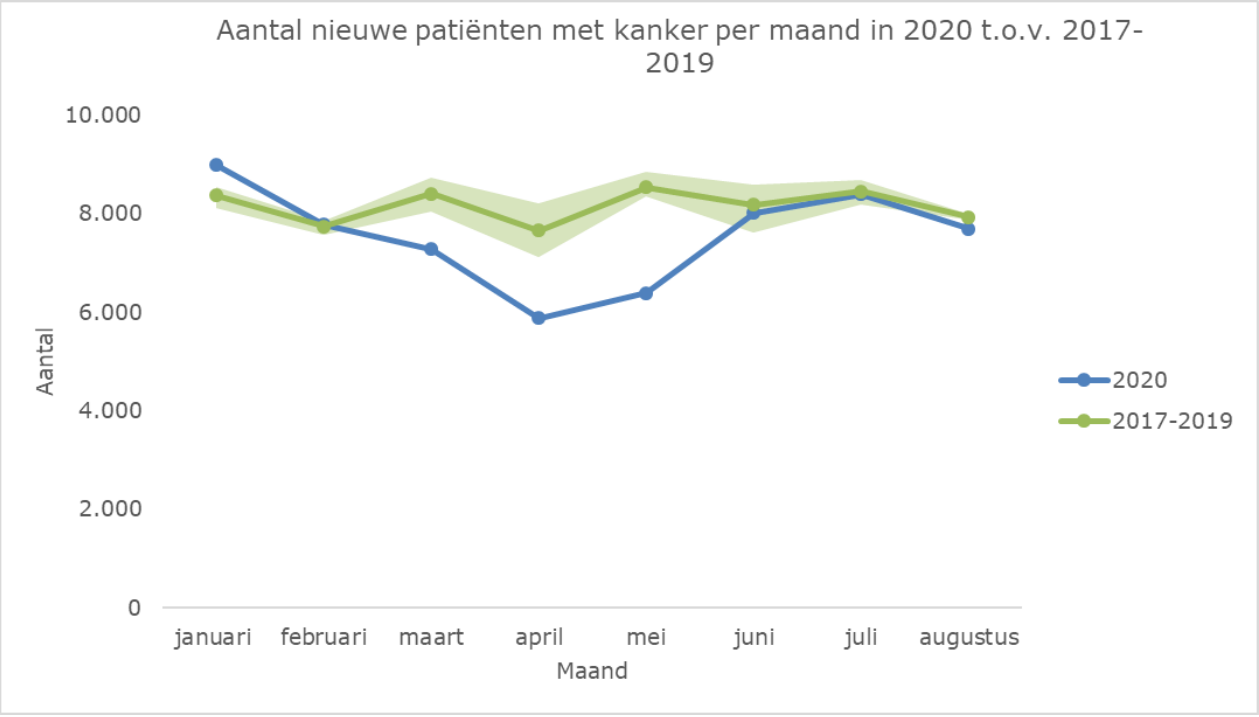
2.2.2.1 Oncologie en pathologie: Registratiedata

De COVID-19 epidemie heeft duidelijke gevolgen gehad voor de oncologische zorg. Mensen met klachten die mogelijk op een tumor wijzen, gingen niet naar de huisarts of stelden hun bezoek uit. Ook zijn de bevolkingsonderzoeken tijdelijk stopgezet. Dit had minder verwijzingen naar het ziekenhuis en minder nieuwe kankerdiagnoses tot gevolg.

Verwijzingen
Na het afkondigen van de eerste COVID-19-maatregelen op donderdag 12 maart daalde het aantal oncologische verwijzingen (verwijzingen vanuit de huisarts naar medisch-specialistische zorg, op verdenking van een tumor). Eind maart werd het dieptepunt bereikt met iets minder dan 2.500 verwijzingen per week (pre-corona lag het aantal oncologische verwijzingen op circa 9.000 per week). Daarna steeg het aantal verwijzingen weer. Medio augustus lag het aantal verwijzingen boven de 9.000 en was daarmee terug op het oude niveau [9].

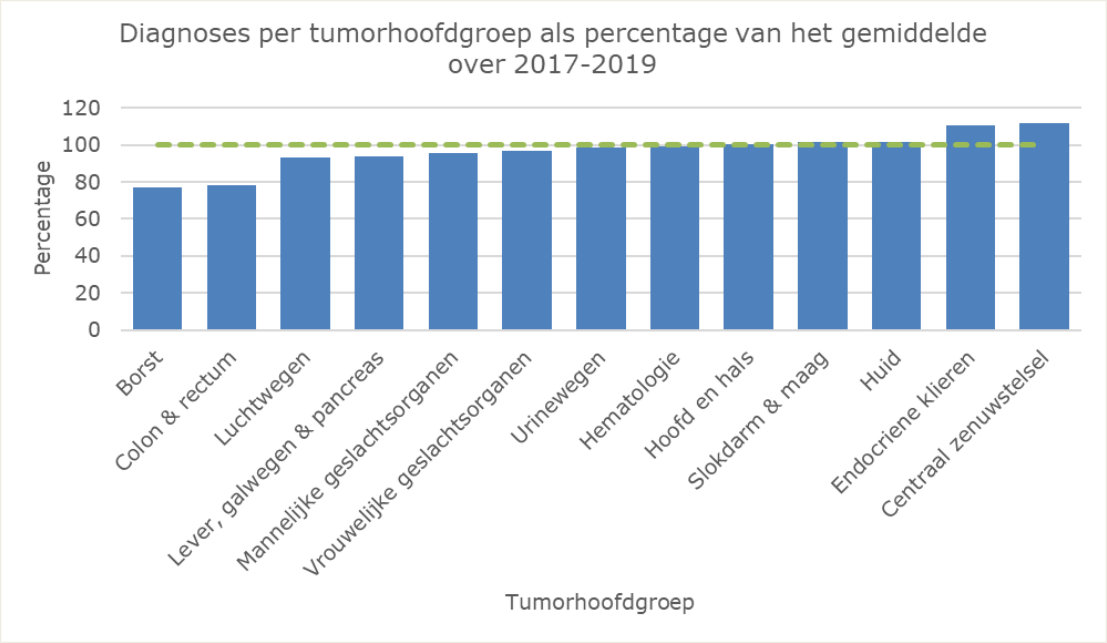
Diagnoses
In maart, april en mei lag het aantal nieuw gestelde kankerdiagnoses 20 tot 25 procent lager dan het gemiddelde van de weken vóór deze periode, week 2-8. Bij huidkanker was dit zelfs ruim 50 procent. Vanaf begin juni (week 23) herstelde het aantal diagnoses zich weer. Voor huidkanker lag het aantal diagnoses in juni en juli boven het oude niveau; in augustus was dit vergelijkbaar met het niveau van voor de COVID-19 epidemie.

Figuur 4 toont het aantal nieuwe kankerpatiënten per maand in 2020, ten opzichte van het aantal nieuwe kankerpatiënten in de periode 2017-2019. In maart, april en mei 2020 lag het aantal nieuwe kankerpatiënten een stuk lager dan in voorgaande jaren. In juni, juli en augustus was het aantal nieuwe kankerpatiënten per maand vergelijkbaar met eerdere jaren [8, 9].



Figuur 4 Aantal nieuwe kankerpatiënten per maand in 2020 t.o.v. 2017-2019 (de lichtgroene band geeft de spreiding weer in deze periode). Aangepast figuur op basis van data IKNL.*
*De grafiek toont alleen pathologisch bevestigde eerste invasieve tumoren, naast niet-invasieve tumoren in de borst, blaas en urinewegen. Exclusief basaalcelcarcinoom en plaveiselcelcarcinoom van de huid.

Onderstaande Figuur 5 toont voor verschillende kankersoorten het aantal diagnoses in maart tot en met oktober 2020 als percentage van het gemiddelde aantal diagnoses in 2017 tot en met 2019 in dezelfde periode (omdat alleen gegevens over deze gehele periode beschikbaar zijn, inclusief oktober, rapporteren we deze gegevens, ondanks het feit dat dit later is dan de peildatum van 31 augustus die we voor deze rapportage over de eerste golf kozen). Gemiddeld is het aantal diagnoses bij borstkanker het meest afgenomen. Dit had te maken met het stopzetten van de bevolkingsonderzoeken (zie verderop in deze paragraaf).



Figuur 5 Diagnoses per tumorhoofdgroep in maart-oktober 2020 als percentage van het gemiddelde aantal diagnoses in dezelfde periode van 2017-2019. Aangepast figuur op basis van data IKNL.*
* Exclusief basaalcelcarcinoom en plaveiselcelcarcinoom van de huid.

Data pathologie
Om de ontwikkelingen in diagnostiek en behandeling tijdens de eerste golf te monitoren, heeft de Nederlandse Vereniging Voor Pathologie in nauwe samenwerking met PALGA een aantal verkenningen uitgevoerd. Hiervoor zijn data uit pathologierapporten van alle Nederlandse pathologielaboratoria geanalyseerd. Hieronder worden achtereenvolgens algemene trends in pathologieonderzoeken beschreven, en ontwikkelingen in specifieke zorgdomeinen, waaronder de kindergeneeskunde.

Pathologie-afdelingen verrichten diagnostisch en therapeutisch onderzoek op cellen (cytologie) en weefsels (biopten en resecties). In de weken na het afkondigen van de landelijke maatregelen, tussen half maart en half april, zijn de aantallen pathologie-diagnostiek met 50 procent verminderd ten opzichte van dezelfde periode in 2019. Er werd met name een grote afname gezien bij baarmoederhalscytologie (afname van 80 procent) en huidhistologie (biopten en resecties, afname van 70 procent).

Vanaf eind april was er voor pathologie onderzoek weer een geleidelijk herstel te zien, en medio juni leken de aantallen grotendeels op verwacht niveau. Alleen bij borstkanker diagnostiek was het aantal resecties voor maligne diagnoses en het aantal biopten voor benigne diagnoses nog niet op het niveau van 2019.

Het aantal maag-darm biopten genomen tijdens endoscopisch onderzoek bij kinderen nam tussen de eerste week van maart en begin mei met 35 procent af ten opzichte van voorgaande jaren (2015-2019). Daarna leek er - met fluctuaties - weer een terugkeer naar een normaal volume te zijn. Ook het aantal onderzoeken op problemen met de galblaas nam, als gevolg van een daling in het aantal operaties, in het voorjaar van 2020 af (daling 42 procent ten opzichte van voorgaande jaren). Bij het onderzoek op de blindedarm was de vermindering minder sterk (13 procent), omdat acute operaties wel doorgang hebben gevonden. Bij zowel de galblaas- als blindedarmonderzoeken werd vanaf begin mei weer herstel naar de normale aantallen gerapporteerd. Ondanks het herstel naar de verwachte aantallen diagnostiek, was er geen inhaaleffect zichtbaar met betrekking tot de in de coronaperiode gemiste diagnostiek [10].

Capaciteit bevolkingsonderzoeken
Om in ziekenhuizen capaciteit vrij te maken voor de behandeling van COVID-19 patiënten zijn de bevolkingsonderzoeken naar darmkanker, borstkanker en baarmoederhalskanker op 16 maart stopgezet. De bevolkingsonderzoeken leiden normaal gesproken tot een constante instroom in de medisch-specialistische zorg: bij een deel van de onderzochte personen geven de resultaten van het bevolkingsonderzoek immers aanleiding tot vervolgonderzoek en als dit resulteert in een kankerdiagnose, zal verdere behandeling nodig zijn. In 2018 leidden de drie bevolkingsonderzoeken gezamenlijk tot meer dan 10.000 diagnoses, ongeveer 800 diagnoses per maand.

Op 11 mei startte het bevolkingsonderzoek darmkanker weer op. Vanaf 1 juni zijn nieuwe uitnodigingen verstuurd (eerst zijn de mensen die al voor 16 maart een uitnodiging hadden gekregen maar daarna hun test niet meer konden insturen, opgeroepen om hun test alsnog in te sturen). De beschikbare capaciteit nam geleidelijk toe en lag op 17 augustus weer bijna op het oude niveau. Vanaf 24 juni zijn ook weer uitnodigingen verstuurd voor het bevolkingsonderzoek borstkanker, en vanaf 8 juli is de screening hervat. Eind augustus lag de capaciteit op ongeveer de helft van normaal. In november 2020 maakte het RIVM bekend dat het screeningsinterval tussen twee oproepen tijdelijk verlengd wordt van twee naar maximaal drie jaar, onder andere omdat het vanwege de COVID-19 maatregelen niet meer mogelijk is evenveel vrouwen per dag te onderzoeken als voorheen [15]. Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker werd op 1 juli volledig hervat. Eind augustus waren er geen wachttijden meer [9].

Gastro-intestinale endoscopieën
In een retrospectieve studie met gegevens van vijftien ziekenhuizen werd het aantal endoscopieën vergeleken tussen de periode 15 maart – 25 juni in 2019 met dezelfde periode in 2020. In 2020 vonden 57 procent minder gastroscopieën en 45 procent minder colonoscopieën

plaats dan in 2019. Het percentage patiënten dat een endoscopie onderging en bij wie er vermoeden bestond van een diagnose van kanker, nam juist toe ten opzichte van 2019. Dit duidt erop dat de onderzoeken bij patiënten met symptomen die wijzen op een maligniteit wel doorgang hebben gevonden [12].

Borstkankeroperaties
Een retrospectief onderzoek uitgevoerd in vijf Nederlandse ziekenhuizen liet zien dat tussen 9 maart en 17 mei het totaal aantal uitgevoerde borstkankeroperaties fluctueerde; met name na de week van 13 april was een afname te zien. In de week van 9 maart was het aantal operaties in deze vijf ziekenhuizen 27, eind april was dit 10 (aantallen bij benadering, afgelezen uit figuur). In de laatste weken van de studieperiode, de eerste twee weken van mei, nam het aantal operaties weer licht toe. Het aantal borstsparende operaties daalde gedurende de gehele studieperiode, in de laatste twee weken van de studie was ook hier een lichte toename te zien [11].

2.2.2.2 Oncologie en pathologie: Perspectief van patiënten

Ongeveer een derde van een groep respondenten met kanker gaf in een peiling in april aan dat de COVID-19 epidemie gevolgen heeft gehad voor hun behandeling of nacontrole. Het omzetten van een afspraak in het ziekenhuis naar een belafspraak werd daarbij het meest genoemd. Van de mensen die nog moesten starten met hun behandeling, gaf één op de zes aan dat de behandeling was uitgesteld. Bij mensen die ten tijde van het onderzoek al in behandeling waren, was dit één op de acht. De behandelingen die vooral zijn uitgesteld, zijn immunotherapie, chemotherapie en doelgerichte therapie. Ruim de helft van de mensen bij wie de behandeling werd uitgesteld, maakte zich hier (veel) zorgen over [13, 14].

2.2.3 Hart- en vaatziekten

Beschikbare gegevens

Registratiedata:
- **Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) [16]** – rapportage over gevolgen coronacrisis voor zorg ten behoeve van hart- en vaatziekten
  - aantal verwijzingen en aantal verrichtingen (polikliniekbezoeken, operaties, klinische opnamen)
  - data voor de gehele eerste golf (t/m week 35)
- **Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC) [17]** – persoonlijke communicatie
  - aantal cardiale spoedconsulten
  - compleet tot en met 26 april 2020 (week 17)

Inventarisatie onder professionals: Geen

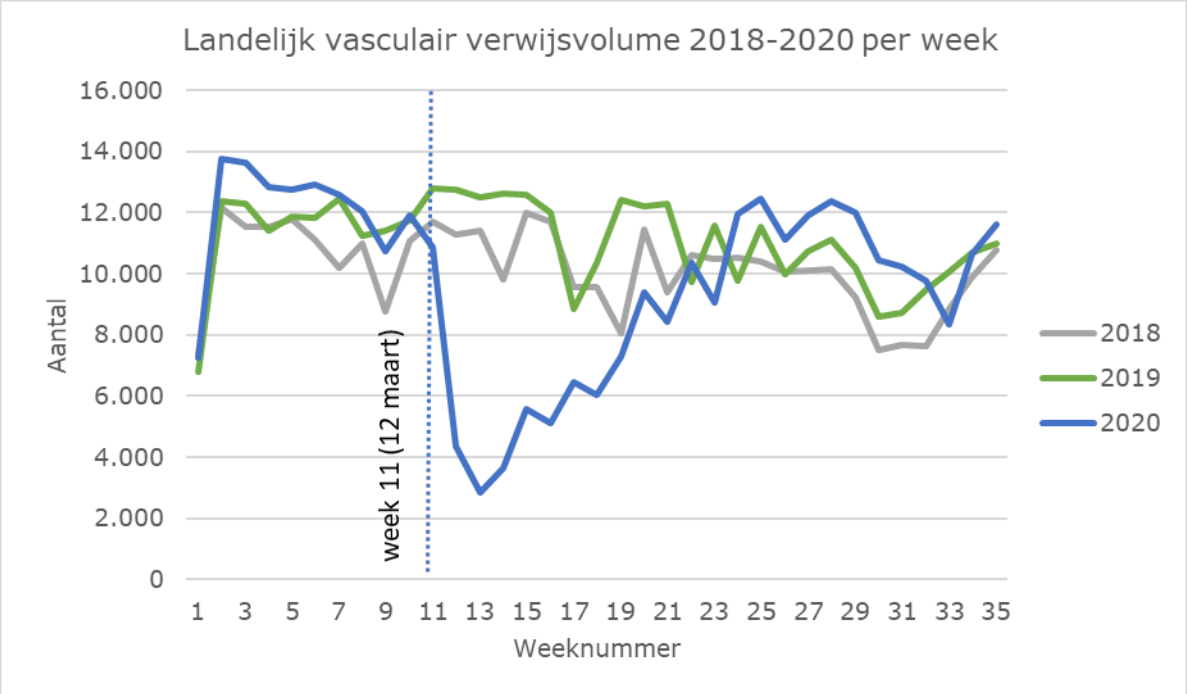
Inventarisatie onder patiënten en mantelzorgers: Geen

Overige observaties uit het veld:
- **Gupta Strategists et al., 2020 [18]** – analyse hartzorg

2.2.3.1 Hart- en vaatziekten: Registratiedata

Verwijzingen

Na aanvang van de eerste COVID-19 maatregelen medio maart was in het aantal vasculaire verwijzingen (specialisme cardiologie en een selectie van neurologie) een daling te zien [16]. Het aantal verwijzingen lag vanaf de tweede week van juni weer op het niveau van voor de COVID-19 epidemie (Figuur 6). Op basis van de cijfers tot en met augustus was er volgens de NZa geen sprake van een inhaalslag in het aantal verwijzingen. Bij spoedverwijzingen was de dip die medio maart intrad slechts van korte duur.



Figuur 6 Landelijk vasculair (het specialisme cardiologie en een selectie van neurologie) verwijsvolume 2018-2020 per week. Aangepast figuur op basis van data NZa.

Cardiale spoedconsulten

Cijfers van de NVvC lieten vanaf medio maart een daling zien in het aantal patiënten die zich met hartklachten wenden tot een spoedeisende hulp (SEH), een Eerste Hart Hulp of een Coronary Care Unit tot ongeveer 40 procent ten opzichte van dezelfde periode een jaar eerder [17]. In de weken erna nam dit verschil af tot ongeveer 20 procent. Het aantal patiënten met acuut coronair syndroom (ACS; verzamelnaam voor myocardinfarct en instabiele angina pectoris, aandoeningen waarvoor onmiddellijk zorg nodig is) liet eveneens een daling zien vanaf half maart, tot ongeveer 40 procent minder ten opzichte van vorig jaar. Vanaf begin april was ook hier een voorzichtige normalisatie te zien, tot ongeveer 10 procent minder ACS patiënten in de week van 20 april.

Verrichtingen

Bij de specialismen cardiologie, chirurgie en thoraxchirurgie was een grote invloed van de COVID-19 epidemie te zien in het aantal verrichtingen[16]. Begin april herstelde dit zich weer. Bij neurochirurgie

was er naast de daling medio maart, ook in de tweede helft van april een dip te zien in het aantal verrichtingen. In de tweede helft van mei leek er bij dit specialisme sprake te zijn van een inhaalslag, mogelijk omdat verrichtingen niet langer konden worden uitgesteld.

Bij cardiologie was een wisselend beeld te zien bij het verder uitsplitsen van de verrichtingen. Het aantal polikliniekbezoeken viel minder sterk terug dan bij bijvoorbeeld chirurgie of thoraxchirurgie [16]. Vanaf begin april varieerde het aantal polikliniekbezoeken, en was er volgens de NZa nog geen duidelijke stijging te zien. De NZa rapporteerde dat vanaf begin april het aantal cardiologische operaties wel weer toenam, en dat het aantal klinische opnames na een eerder herstel redelijk stabiel bleef, mogelijk ook door de zomervakantie.

Telefonische consulten
Voor herhaalpolikliniekbezoeken (cardiologie en vasculaire aandoeningen neurologie) was vlak na het ingaan van de landelijke maatregelen een verschuiving naar telefonische consulten zichtbaar [16]. Bij eerste polikliniekbezoeken was deze trend niet te zien (mogelijk hebben ook deze consulten via de telefoon plaatsgevonden, maar zijn deze niet als zodanig geregistreerd). Begin april nam het aantal belconsulten weer langzaam af en het aantal fysieke herhaalbezoeken weer toe.

2.2.3.2 Hart- en vaatziekten: Overige observaties uit het veld

De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie publiceerde samen met Gupta Strategists en Medtronic op 15 mei een analyse van de invloed van COVID-19 op de hartzorg in Nederland. Er werd geschat dat 150.000 tot 200.000 patiënten hun cardiologische zorg in 2020 zouden mislopen doordat ze niet in het ziekenhuis terecht kunnen [18].

2.2.4 Ambulancevervoer en spoedzorg

Beschikbare gegevens

Registratiedata:

- **VeiligheidNL [19]** - rapportage op basis van data Letsel Informatie Systeem
  - 14 Nederlandse SEH-afdelingen van 12 ziekenhuizen; bij 10 ziekenhuizen ook registratie van behandeling van niet-letselpatiënten
- **VieCuri Medical Center (Barten et al., 2020) [20] –** onderzoek SEH gebruik
  - 3 ziekenhuizen (in het zuidoosten van Nederland)
  - periode 15 februari – 16 april 2020
- **Ambulancezorg Nederland (AZN) [21]** – cijfers ambulance-inzetten
  - Periode 3 februari – 7 mei 2020 (week 6 tot en met 23)

Inventarisatie onder professionals: Geen

Inventarisatie onder patiënten of mantelzorgers: Geen

Overige observaties vanuit het veld: Geen

2.2.4.1 Ambulancevervoer en spoedzorg: Registratiedata

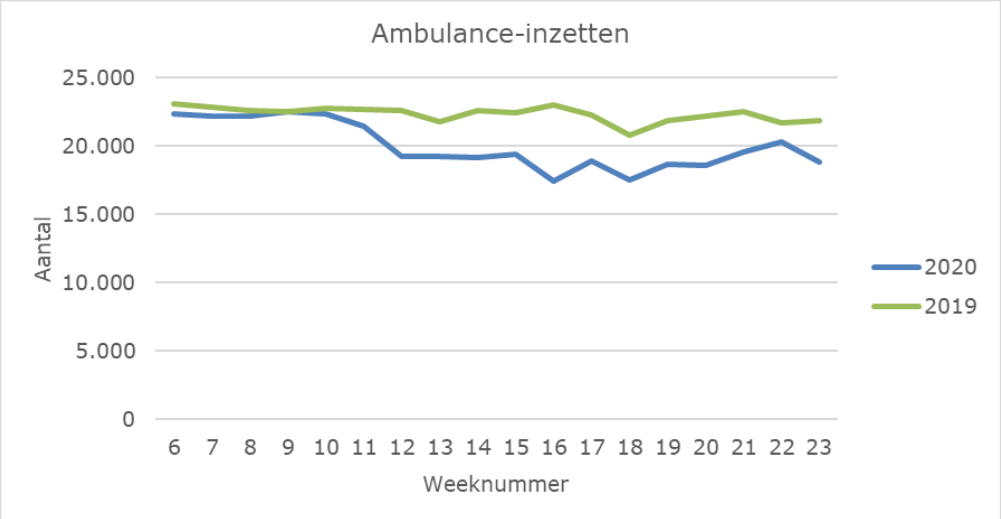
SEH-bezoeken

Het aantal bezoeken aan de SEH nam in maart en april met bijna 40 procent af ten opzichte van dezelfde periode in 2019. In maart daalde het aantal SEH-bezoeken voor letsels nog sterker dan het aantal bezoeken vanwege niet-letsels, waarschijnlijk omdat ook minder letsels optraden (bijvoorbeeld doordat er minder verkeersongevallen plaatsvonden of minder geweldsincidenten optraden). In de maanden erna nam het aantal SEH-bezoeken weer geleidelijk toe, maar pas vanaf augustus lag het aantal SEH-bezoeken weer bijna op het gebruikelijke niveau. In deze maand bezochten nog ongeveer 8 procent minder niet-letselpatiënten de SEH. Voor letselpatiënten leek er toen geen verschil meer te zijn in het aantal SEH-bezoeken ten opzichte van vorig jaar. Het is op basis van de cijfers niet duidelijk of het dalende aantal SEH-bezoeken een gevolg is geweest van een daling van het aantal mensen dat spoedeisende zorg nodig had (d.w.z. van een daadwerkelijke daling van het aantal letsels), of van het uitstellen of vermijden van deze zorg door patiënten [19].

Een onderzoek naar het gebruik van de SEH in drie Nederlandse ziekenhuizen tussen 15 februari tot 16 april liet zien dat het aantal patiënten op de SEH 18 procent lager lag dan in dezelfde periode in 2019. Gedurende de intelligente lockdown (16 maart-15 april) was dit percentage 29 procent. Van alle patiënten die tijdens de studieperiode binnenkwamen op de SEH was 76 procent niet COVID-19 gerelateerd; van deze groep werd 48 procent opgenomen in het ziekenhuis. Het percentage patiënten dat vanuit de SEH opgenomen werd in het ziekenhuis lag in 2020 significant hoger dan in 2019, ondanks het feit dat er in één van de drie ziekenhuizen sprake was van een lichte daling. Een mogelijke verklaring is dat alleen ernstige gevallen naar de SEH kwamen [20].

Ambulance-inzet

Vanaf week 11, de week waarin de landelijke maatregelen werden afgekondigd, nam het aantal ambulance-inzetten duidelijk af: dit gold voor alle type inzetten (levensbedreigende of niet-levensbedreigende inzetten, maar ook patiëntenvervoer). Medio april (in week 16), werd met een daling van 23 procent het grootste procentuele verschil gezien ten opzichte van 2019 (Figuur 7). Er was echter wel sprake van grote verschillen tussen regio's, met name in week 16: de daling ten opzichte van 2019 varieerde toen tussen 7 en 40 procent. Een duidelijke verklaring voor deze regionale variatie is niet gegeven. In de periode van half maart tot en met de eerste week van juni waren er in totaal 14 procent minder ambulance-inzetten dan in dezelfde periode in het jaar ervoor. De afname had mogelijk te maken met het stilleggen van planbare zorg en het minder voorkomen van sportletsels, verkeersongevallen en incidenten tijdens evenementen en uitgaan. Wellicht was men ook terughoudender met het bellen van 112 [21].



Figuur 7 Aantal ambulance-inzetten per week voor week 6 t/m week 23 in 2019 en 2020. Aangepast figuur op basis van data Ambulancezorg Nederland.

2.2.5 *Transplantaties*

Beschikbare gegevens

Registratiedata:

- **Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) [22]** – aantallen orgaantransplantaties, orgaandonoren en patiënten op de wachtlijst voor orgaantransplantaties, data voor de gehele eerste golf
- **NTS (Mulder en Van Eechoud, 2020) [23]** – impact COVID 19-pandemie op het Nederlandse weefseldonatieprogramma: aanpassingen weefselketen tijdens COVID-19 en aantallen postmortale weefseldonoren, weefseltransplantaties en patiënten op de wachtlijst voor hoornvliestransplantatie, data voor de gehele eerste golf (t/m week 35)

Inventarisatie onder professionals: Geen

Inventarisatie onder patiënten en mantelzorgers: Geen

Overige observaties uit het veld:

- **de Vries et al., 2020 [24]** – editorial in Journal Transplant Immunology
  - Impact van COVID-19 epidemie op transplantaties in Nederland, gebruikmakend van data afkomstig van NTS en Nederlandse Transplantatie Vereniging
- **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) [25, 26]** – Zorgsignalen tijdens de coronacrisis
  - Nieuwsbrief 26 juni 2020
  - Nieuwsbrief 2 juli 2020

2.2.5.1 Transplantaties: Registratiedata en signalen over omvang

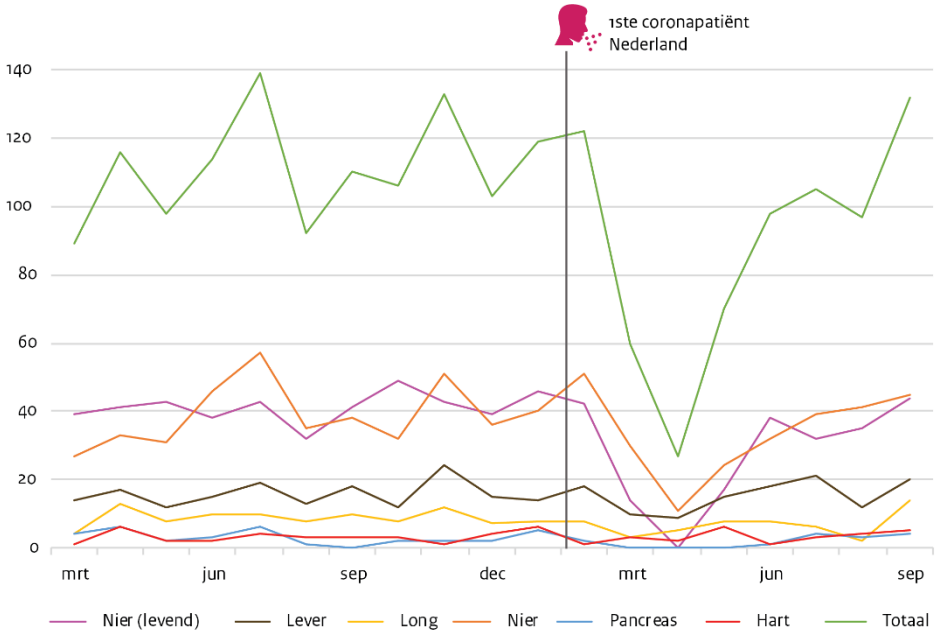
Algemeen transplantaties

In de periode na de uitbraak van COVID-19 zijn er veel minder orgaantransplantaties uitgevoerd dan normaal (Figuur 8). In april waren er in Nederland 27 transplantaties met een postmortale donor,

tegenover een maandgemiddelde van 69 in maart 2019 tot en met februari 2020 (61 procent daling). Er zijn in de periode vlak na de COVID-19 uitbraak geen transplantaties met levende donoren uitgevoerd (gemiddeld aantal per maand in periode maart 2019 - februari 2020: 43) [22]. Als mogelijke oorzaken voor het lagere aantal orgaantransplantaties zijn beperkte beschikbare ziekenhuiscapaciteit, zowel op het gebied van materiaal als personeel, en bescherming van de patiënt, het transplantatieteam en de donor genoemd [24].

Vanaf mei was er weer een stijging zichtbaar in het aantal transplantaties. Vanaf juli lag het aantal transplantaties met een postmortale donor weer op het niveau van voor de coronacrisis. Transplantaties met organen van levende donoren zijn in mei weer opgestart. In juni lagen deze weer op het gebruikelijke niveau. In juli en augustus waren er iets minder transplantaties met een levende donor, maar dit is waarschijnlijk niet gerelateerd aan de COVID-19 epidemie (vergelijkbaar met zomerperiode 2019). In september lagen deze transplantaties weer op het gebruikelijke niveau [22].

In Figuur 8 zijn de aantallen transplantaties per orgaan tijdens de eerste coronagolf weergegeven, vergeleken met de aantallen transplantaties in de periode van maart 2019 tot en met februari 2020. Hierin is in aanvulling op bovenstaand beeld te zien dat het aantal longtransplantaties in mei en het aantal niertransplantaties in september weer op het oude niveau lag. Het pancreastransplantatieprogramma werd in juni weer opgestart en lag in juli weer op het oude niveau. Omdat het aantal harttransplantaties klein is en de schommelingen hierin hoog, is niet te zeggen of de COVID-19 epidemie effect heeft gehad op de harttransplantaties.



Figuur 8 Aantal orgaantransplantaties per maand, per orgaan, tijdens de eerste coronagolf in vergelijking met de periode maart 2019-februari 2020.

De COVID-19 epidemie heeft ook effect gehad op het aantal weefseltransplantaties. Zo zijn er in de eerste twee maanden na de COVID-19 uitbraak veel minder hoornvliestransplantaties uitgevoerd. In april 2020 waren er 3 hoornvliestransplantaties, ten opzichte van 150 in april 2019 (afname 98 procent). In mei 2020 werden er 67 hoornvliestransplantaties uitgevoerd ten opzichte van 128 in mei 2019 (afname 48 procent). In juni lag het aantal hoornvliestransplantaties weer op het niveau van vorig jaar van 156 transplantaties. Voor andere weefseltypen is het lastiger om het effect op het aantal transplantaties vast te stellen omdat deze weefsels langer bewaard kunnen worden (er kan gebruik gemaakt zijn van de voorraad) en er alternatieven beschikbaar zijn [23, 26]).

Donoren
In april was er een afname in het aantal postmortale orgaandonoren (aangemelde donoren van wie hun orgaan/organen na overlijden daadwerkelijk is/zijn getransplanteerd) van 64 procent (8 donaties in april ten opzichte van 22 gemiddeld per maand over de periode maart 2019-februari 2020). In mei lag het aantal postmortale donoren weer op het oude niveau [22]. Als mogelijke verklaringen voor de terugloop in donoren worden een terugloop in aanbod, beperkte intensive care (IC) capaciteit, minder acceptatie van organen door sluiting van een aantal transplantatieprogramma's wegens patiëntveiligheid en bemoeilijkte internationale uitwisseling door gesloten grenzen genoemd [24].

In de periode van 13 tot 20 maart hebben er helemaal geen weefseldonaties plaatsgevonden. Dit om medewerkers in de weefseldonatieketen te beschermen tegen infecties [25]. Vanaf 20 maart is de uitname van weefsel weer stapsgewijs opgestart. Als eerste is begonnen met het uitnemen van oogweefsel en hartkleppen bij orgaandonoren. Daarna is vanaf 20 april ook het uitnemen van oogweefsel bij donoren die alleen weefsel doneren weer opgestart. Vanaf 13 mei is ook de uitname van huid en van hartkleppen weer opgestart. Vanaf 6 juli wordt ook bot- en peesweefsel weer uitgenomen [23].

Door het tijdelijk stopzetten van het uitnemen van weefsels waren er dit voorjaar minder overleden donoren waarvan minstens één weefsel is uitgenomen en opgeslagen in de weefseldatabank. In april waren dit er 15 en in mei waren dit er 125 tegenover 190 gemiddeld per maand normaal. Vanaf juni lag het aantal donaties weer op het oude niveau. Oogweefseldonoren vormen de grootste groep weefseldonoren. Bij deze groep was zowel de absolute als relatieve afname in donoren het hoogst [23].

Wachtlijsten
Gezien de korte periode van vermindering in orgaantransplantaties heeft de COVID-19 epidemie geen groot effect gehad op de lengte van de wachtlijsten voor orgaantransplantatie. Deze zijn redelijk stabiel gebleven [22]. Er zijn in de eerste zes weken rond de uitbraak van COVID-19 wel minder nieuwe patiënten op de wachtlijst geplaatst. Dit was het duidelijkst zichtbaar voor de wachtlijst voor niertransplantaties en de wachtlijst voor longtransplantaties. In april werden hier respectievelijk 46 (nier) en 5 (long) nieuwe patiënten op geplaatst, ten

opzichte van gemiddeld respectievelijk 126 (nier) en 11 (long) per maand in de periode maart 2019 tot februari 2020. De instroom is in augustus weer genormaliseerd [22].

Er lijken in maart en april meer nierpatiënten uitgestroomd te zijn van de wachtlijst vanwege verslechtering/overlijden [22]. Vanaf mei lag dit weer op het oude niveau. Voor de andere organen zijn de aantallen te klein om trends te kunnen onderscheiden. Desondanks lijkt de COVID-19 epidemie geen duidelijke effect te hebben gehad op wachtlijstmortaliteit. Er is bij de NTS slechts één casus bekend van een patiënt waarbij de transplantatie niet doorging in verband met beperkte IC capaciteit, waarna deze patiënt overleed.

Het aantal patiënten op de wachtlijst voor hoornvliestransplantaties is sinds mei hoger dan in dezelfde periode vorig jaar [23]. In mei stonden er 746 patiënten op de wachtlijst ten opzichte van 639 in mei 2019 (toename van 17 procent). In juni en juli nam het aantal patiënten op de wachtlijst af. Echter nam het aantal patiënten op de wachtlijst in augustus weer toe tot 743 patiënten in september (ten opzichte van 685 patiënten in september 2019, toename van 8,5 procent).

2.2.6 Overige ziekenhuiszorg

Beschikbare gegevens

Registratiedata:

- **Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI) [27]** - cijfers plaatsing gewrichtsprothesen
  - data voor de gehele eerste golf (t/m week 35)
  - niet compleet voor alle ziekenhuizen

Inventarisatie onder professionals:

- **Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) [28]** - peiling maatschappen/afdelingen oogheelkunde
  - n=44; 61 procent uit een perifere kliniek, 27 procent uit een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) en 11 procent uit een universitair medisch centrum of oogziekenhuis
  - periode uitvraag niet bekend, gepubliceerd 4 augustus 2020
- **Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) [29, 30] –** enquête en retrospectief dossieronderzoek
  - enquête vakgroepen (n=25); vragen over de periode 9 maart – 31 mei 2020 (week 11 tot en met 22)
  - retrospectief dossieronderzoek (762 dossiers); periode 16 maart - 1 juli 2020
- **Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) [31]** - enquête longartsen
  - n=62, 18 uit naam van een complete vakgroep en 44 door individuele artsen (37 longartsen en 7 aios longziekten)
  - uitvraag eind mei 2020

Inventarisatie onder patiënten of mantelzorgers: Geen

Overige observaties uit het veld:

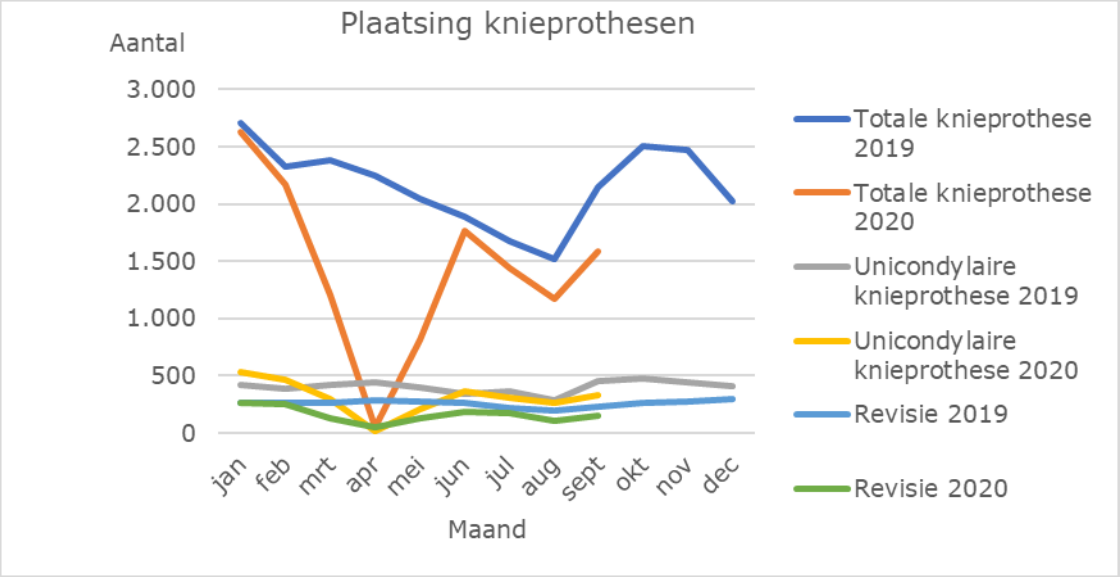
- **Amphia Ziekenhuis Breda (Schuivens et al., 2020) [32]** – cijfers beenamputaties
  - 1 ziekenhuis
  - n=19 patiënten
  - periode 16 maart – 30 april 2020
- **Amsterdam UMC (Rinkel et al., 2020) [33] –** cijfers beroertes
  - drie Amsterdamse ziekenhuizen die zorg leveren bij beroertes
  - periode 16 maart – 3 mei 2020
- **Radboudumc (Tack et al., 2020) [34]** – observatie diabeteszorg
  - 1 ziekenhuis
  - maart tot en met 16 april 2020
- **Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) [35] -** observaties toegangstijd oogheelkunde en gevolgen uitgestelde zorg
  - tot en met september 2020

2.2.6.1 Overige ziekenhuiszorg: Registratiedata

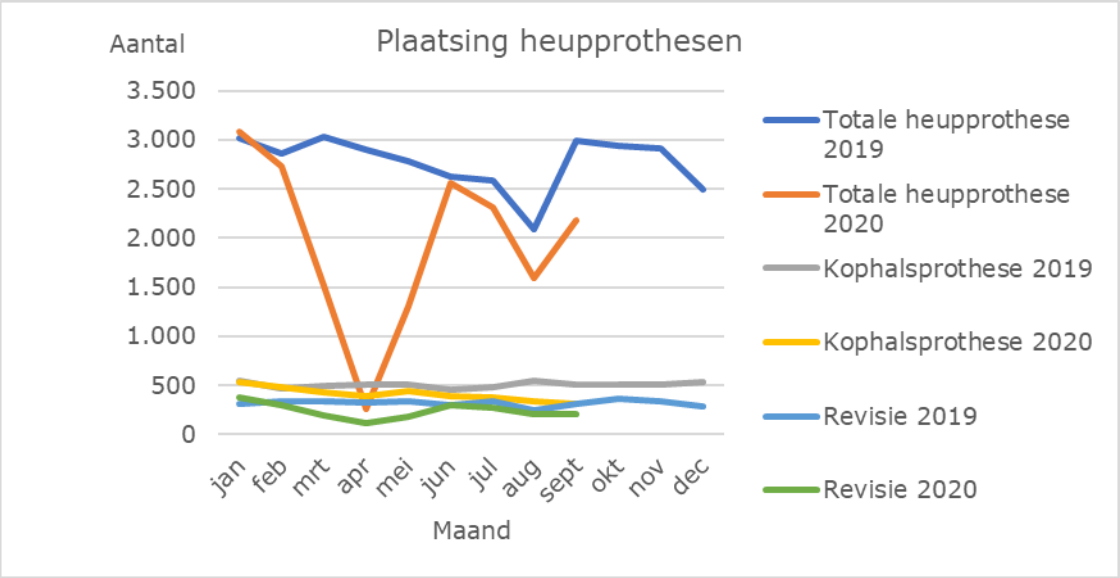
Plaatsing orthopedische implantaten

Operaties waarbij een gewrichtsprothese wordt geplaatst zijn vanaf half maart tot begin mei 2020 vrijwel stilgelegd. Dit blijkt uit de registraties van de LROI. In juni 2020 lag het aantal geplaatste heupprothesen weer op ongeveer 97 procent van het niveau van dezelfde periode in 2019 en het aantal geplaatste knieprothesen op 93 procent. De getallen in juli en augustus lagen nog aanzienlijk lager, rond de 60-70 procent van de normale productie, maar dat komt voor een deel door een vertraging in registraties (sommige ziekenhuizen leveren één of twee keer per jaar data aan bij de LROI).

Spoedoperaties, zoals protheseplaatsing na een fractuur, revisie-ingrepen na infectie en peri-prothetische fracturen, gingen in de periode maart-mei door. Toch was ook het aantal spoedoperaties lager dan normaal. In juni lag het niveau spoedoperaties bij de heup weer op 90 procent van normaal, en bij de knie op 65 procent van normaal. Begin volgend jaar kan onderzocht worden welke impact de langere wachttijd op het functioneren van de patiënt heeft en tot welke beperkingen in de activiteiten van het dagelijkse leven dit heeft geleid [27, 36].
In onderstaande figuren is het verloop van het aantal knie- en heupingrepen per maand in 2019 en 2020 weergegeven.



Figuur 9 Aantal geplaatste knieprothesen per maand in 2019 en 2020. Aangepast figuur op basis van data LROI.



Figuur 10 Aantal geplaatste heupprothesen per maand in 2019 en 2020. Aangepast figuur op basis van data LROI.

2.2.6.2 Overige ziekenhuiszorg: Perspectief van professionals

Oogheelkundige zorg

De capaciteit voor oogheelkundige zorg leek op basis van een vragenlijst waarvan de uitkomsten in augustus verschenen, nog niet volledig op het reguliere niveau te liggen: 64 procent van de vertegenwoordigers van maatschappen of afdelingen oogheelkunde dacht dat de capaciteit tussen de 50 en 75 procent lag; een derde gaf aan dat dit 75 procent of hoger was. Verder viel op dat de meerderheid (85 procent) dacht dat de wachtlijst voor poliklinische patiënten was toegenomen. Ongeveer eenzelfde percentage dacht dat, vergeleken met voor de COVID-19 epidemie, de capaciteit voor operaties (exclusief Intra Vitreale Injectie) tussen de 75 en 100 procent lag. Bijna de helft gaf aan dat de wachttijd

voor operatieve zorg was toegenomen. Voor wat betreft het aantal verwijzingen vanuit de huisarts dacht bijna de helft dat dit tussen de 75 en 100 procent van het normale niveau lag, een derde schatte het aantal verwijzingen in tussen de 50 en 75 procent van normaal [28].

Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) constateerde dat de druk op de gezondheidszorg als gevolg van de COVID-19 epidemie in het voorjaar in de oogheelkunde heeft geleid tot uitgestelde verwijzingen en behandelingen. De toegangstijd tot de poliklinieken oogheelkunde lag met een gemiddelde van 7,5 week in de periode voor de eerste piek al boven de Treeknorm (maximaal aanvaardbare wachttijden) van 4 weken. Door de uitgestelde zorg liep de toegangstijd in augustus op tot gemiddeld bijna 9,5 week. De wachttijd voor staaroperaties steeg naar bijna 9 weken. Het uitstellen van zorg, maar ook het mijden van zorg door patiënten, heeft in sommige gevallen geleid tot onwenselijke gezondheidsschade en/of complexere behandelingen op een later moment. Dit gebeurde onder andere bij ouderen met leeftijdgebonden macula degeneratie die behandeld worden met intravitreale injecties, patiënten met glaucoom, en patiënten met een netvliesloslating [35].

Capaciteit en verwijsstroom klinische geriatrie
Vijfentwintig bevraagde vakgroepen geriatrie/interne ouderengeneeskunde gaven aan dat het aantal beschikbare plekken (zowel leeg als met geplande patiënten) op de algemene polikliniek in de periode van begin maart tot en met eind mei (weken 11-22) ongeveer 31 procent lager was dan in dezelfde periode in 2019. Op de geheugenpolikliniek en valpolikliniek was dit respectievelijk 59 en 65 procent. Er bestonden verschillen tussen de vakgroepen, die niet waren te verklaren vanuit de regionale spreiding van het coronavirus. Vanaf eind mei leek de algemene polikliniek weer op het niveau van voor de COVID-19 epidemie te draaien, val- en geheugenklinieken liepen toen nog achter. Dit was in lijn met de afspraken die waren gemaakt over het herstarten van de zorg binnen de klinische geriatrie, om prioriteit te geven aan de algemene kliniek. Naast de capaciteit bleef ook de verwijsstroom achter in vergelijking met een jaar eerder [29].

De vakgroepen geriatrie in Nederland zijn, in aanvulling op de hierboven beschreven enquête, gevraagd om retrospectief (over de periode 16 maart-1 juli), dossiers te onderzoeken op complicaties als gevolg van de COVID-19 epidemie. In totaal zijn 762 dossiers bekeken (zowel klinische als poliklinische dossiers). Bij de helft van de patiënten werden complicaties genoteerd, voornamelijk psychische ontregeling, functionele achteruitgang en sociale problemen. Volgens de rapporterende geriaters was er in ruim twee derde van de gevallen een duidelijke relatie met de maatregelen rondom corona, waaronder uitgestelde ziekenhuiszorg [30].

Zorg voor longpatiënten
Eind mei zette de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) een enquête uit onder longartsen en artsen in opleiding tot specialist (aios). De vragenlijst werd 62 keer ingevuld (waarvan 18 uit naam van een complete vakgroep). Drie kwart van de deelnemers gaf aan dat in hun beleving matige tot aanzienlijke schade

(niet nader gespecificeerd) is opgetreden bij longpatiënten die niet aan COVID-19 lijden, als gevolg van uitgestelde ziekenhuiszorg. Slechts drie procent dacht dat het om minimale schade ging. De respons was redelijk verspreid over Nederland [31].

2.2.6.3 Overige ziekenhuiszorg: Overige observaties uit het veld

Zorg voor beroertes

Gegevens over de impact van de eerste COVID-19 golf op ziekenhuisopnames en zorg voor beroertes zijn alleen beschikbaar voor de regio Amsterdam. In een publicatie van Rinkel et al. werden twee periodes van 7 weken vergeleken: 16 maart – 3 mei 2020 (tijdens de piek van de COVID-19 epidemie) en 21 oktober – 8 december 2019 (voor de epidemie). Tijdens de piek van de COVID-19 epidemie werd, ten opzichte van de periode voor de COVID-19 epidemie, een afname van 24 procent gezien in het aantal patiënten dat zich meldde met een vermoedelijke beroerte. Vanwege het gebruik van regionale data dienen de resultaten met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd [33].

Beenamputaties bij vaatproblemen

Een groep onderzoekers uit het Amphia Ziekenhuis in Breda concludeerde dat de lockdown als gevolg van de COVID-19 epidemie heeft geleid tot meer beenamputaties. Negentien patiënten die in maart en april 2020 in het ziekenhuis kwamen met vaatproblemen aan de voet werden vergeleken met 17 patiënten uit 2019 en 31 patiënten uit 2018. Tussen 16 maart en 30 april 2020 betrof 42 procent van de ingrepen bij mensen met vaatproblemen aan de voet een amputatie van een groot deel van het been (boven de enkel). In 2018 en 2019 was het aandeel beenamputaties in dezelfde periode respectievelijk 15 en 18 procent, een significant verschil. Ook was er sprake van meer weefselverlies bij de patiënten uit 2020. Mogelijk hebben patiënten met voetproblemen langer gewacht met het raadplegen van een arts, door angst om besmet te raken met COVID-19 of het niet willen belasten van zorgverleners die druk zijn met het behandelen van COVID-19 patiënten. Afspraken met de huisarts die niet doorgingen of werden vervangen door telefonische- of videoconsulten hebben mogelijk ook een rol gespeeld, waardoor voetwonden niet of onvoldoende konden worden beoordeeld. Vanwege de kleine aantallen patiënten moeten de resultaten echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd [32].

Diabeteszorg

In een publicatie vanuit het Radboudumc worden de gevolgen van COVID-19 voor diabeteszorg beschreven. Alle consulten voor diabetespatiënten in de periode maart t/m 6 april in deze kliniek zijn omgezet naar telefonische en videoconsultaties. Volgens deze observatie waren diabetespatiënten zich erg bewust van het verhoogde risico dat ze liepen bij een COVID-19 infectie en leidde dit tot angstklachten bij patiënten. Mogelijk is er daardoor wel ook sprake van een grotere therapietrouw onder diabetespatiënten. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het niet voorkomen van diabetische ketoacidose, een ernstige acute complicatie van diabetes, in dit ziekenhuis tijdens de observatieperiode [34].

2.3 Huisartsenzorg

In deze paragraaf wordt aan de hand van verschillende bronnen (registraties en inventarisaties onder professionals en patiënten) ingegaan op de gevolgen van de COVID-19 epidemie voor de huisartsenzorg.

Beschikbare gegevens

Registratiedata:

- **Nivel (Heins et al., 2020) [37, 38]** – Zorgregistraties Eerste Lijn
  - huisartsconsulten en visites
  - gegevens van 350 huisartsenpraktijken
  - data voor de gehele eerste golf (t/m week 35)
- **Nivel (Ramerman et al., 2020) [39, 40]** – Zorgregistraties Eerste Lijn
  - zorggebruik huisartsenposten
  - 27 organisaties van huisartsenposten verspreid over Nederland
  - compleet tot en met 26 juli 2020 (week 30)

Inventarisatie onder professionals:

- **Nivel (van Tuyl et al., 2020; Leemheise et al., 2020) [41, 42]** – webenquête gebruik van e-health en werkdruk praktijkmedewerkers
  - uitvraag eind april 2020 aan alle Nederlandse huisartsenpraktijken
  - n=1.443 huisartsenpraktijken (respons 35 procent)
- **Nivel (Keuper et al., 2020) [43]** – tweede webenquête gebruik van e-health
  - uitvraag begin juli onder alle Nederlandse huisartsenpraktijken
  - n=700 huisartsenpraktijken (respons 17 procent)

Inventarisatie onder patiënten/mantelzorgers:

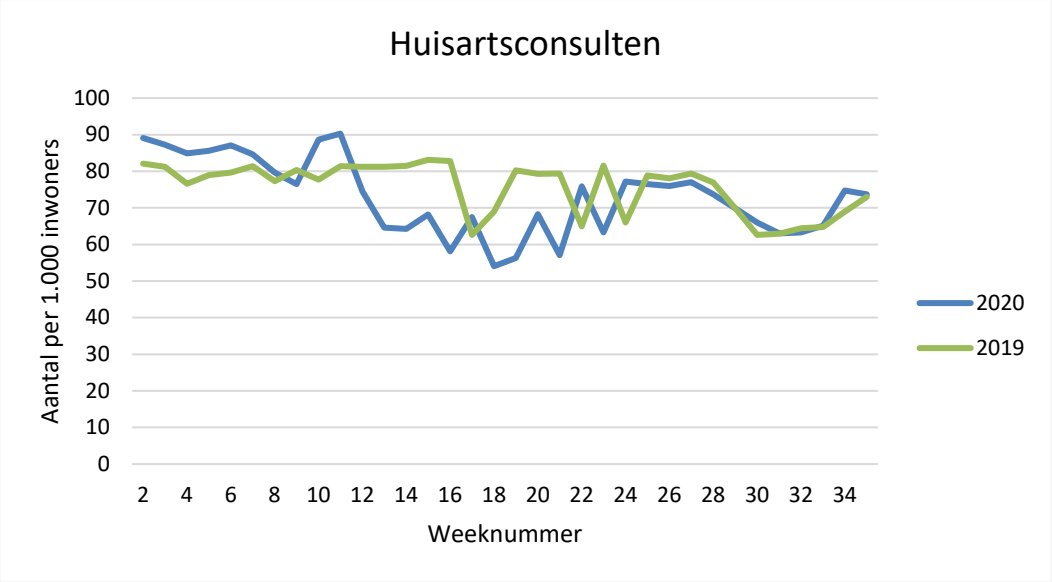
- **Patiëntenfederatie Nederland [5-7]** – flitspeilingen huisartsenzorg
  - peiling 24 maart 2020 (8.000 respondenten); 17 april 2020 (10.000 respondenten); peiling mei 2020 (7.400 respondenten)
  - onder leden van het Zorgpanel, in april aangevuld met mensen die hebben gereageerd op een oproep op sociale media
  - groot aandeel met chronische aandoeningen (52-84 procent)
- **Pallas health research and consultancy [44]** – vragenlijstonderzoek
  - uitvraag medio mei 2020
  - vragenlijst betrekking op maart en april 2020
  - n=2.037; representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking
- **IQVIA en de Erasmus Universiteit (Ballegooijen et al., 2020) [45]** – vragenlijstonderzoek
  - uitvraag mei 2020
  - n=2.058 respondenten; representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking

Overige observaties uit het veld: Geen

2.3.1 *Huisartsenzorg: Registratiedata*

Consulten

Vanaf half maart, toen de landelijke overheidsmaatregelen tegen de verspreiding van het coronavirus ingingen, nam het aantal huisartsconsulten ten opzichte van dezelfde periode in 2019 sterk af. De daling was het grootst bij het aantal consulten voor niet-urgente aandoeningen zoals vermoeidheid, hypertensie zonder orgaanschade, wratten en het uitspuiten van oren: het aantal consulten voor deze aandoeningen samen daalde van 6,2 per 1.000 inwoners voor de corona-epidemie tot 2,4 per 1.000 inwoners ten tijde van de piek in het aantal coronabesmettingen (eind mei), een daling van 61 procent [37]. Eind mei was het aantal consulten weer op het niveau van dezelfde periode vorig jaar. In de zomermaanden was dit nog steeds zo (Figuur 11) [38].



Figuur 11 Aantal huisartsconsulten per 1.000 inwoners per week in 2019 en 2020. Aangepast figuur op basis van data Nivel

Visites

Vanaf medio maart halveerde het aantal visites dat huisartsen aflegden (van 4 visites per 1.000 inwoners tot en met 15 maart naar 2 per 1.000 inwoners in de periode erna). De daling was vooral zichtbaar bij visites voor algehele achteruitgang en voor de chronische aandoeningen COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), diabetes en hartfalen. In de laatste week van mei steeg het aantal visites weer tot 3 per 1.000 inwoners. In de zomermaanden en begin september lag het aantal nog circa 15 procent lager dan dezelfde periode vorig jaar [37, 38].

Zorggebruik huisartsenpost

Het totale zorggebruik op de huisartsenpost nam na een eerste piek half maart af. In de periode tot aan begin juni was deze afname circa 30 procent ten opzichte van voorgaande jaren. Patiënten die wel contact hadden met de huisartsenpost, werden vaker telefonisch geholpen.

Ondanks de afname van het totale zorggebruik nam het zorggebruik voor patiënten met mogelijke COVID-19 klachten sterk toe. Na een piek

tussen half maart en eind april was het zorggebruik voor gezondheidsproblemen geassocieerd met COVID-19, zoals luchtwegklachten, vanaf begin mei weer in lijn met dat van voorgaande jaren.

Het zorggebruik op de huisartsenpost voor gezondheidsproblemen die niet met COVID-19 worden geassocieerd nam vanaf half juni weer licht toe. Daarna volgde een lichte daling. In de eerste weken van juli schommelde het aantal patiënten rond de 400 patiënten per 100.000 inwoners, ongeveer 80 tot 90 procent van het aantal in 2018 (meest recente jaar met beschikbare jaarcijfers).

Vóór de epidemie hadden vooral patiënten boven de 70 jaar en ouders/verzorgers van baby's en jonge kinderen veel contact met de huisartsenpost, voornamelijk vanwege luchtweg- en verkoudheidsklachten. Vanaf de start van de COVID-19 maatregelen nam het zorggebruik van ouders/verzorgers met baby's en jonge kinderen sterk af. Dit viel samen met het sluiten van scholen en kinderdagverblijven. Vanaf eind april nam het aantal contacten in deze groep weer toe, maar nog niet tot op het oude niveau [39, 40].

2.3.2 Huisartsenzorg: Perspectief van professionals

Gebruik van e-health

Ongeveer driekwart van de huisartspraktijken die eind april deelnamen aan een enquête van Nivel gaf aan dat zij nieuwe e-health-toepassingen zijn gaan gebruiken of dat ze bestaande e-health-toepassingen intensiever hebben ingezet. Met name het gebruik van beeldbellen nam toe: 64 procent van de huisartspraktijken gaf aan hier tijdens de COVID-19 epidemie mee te zijn begonnen. In juli/augustus, toen de enquête werd herhaald, gaf 52 procent van de praktijken aan gebruik te maken van beeldbellen. Bijna alle praktijken die deelnamen aan de enquête in juli/augustus gaven aan gebruik te maken van een vorm van e-health, vooral het e-consult (84 procent) en het online aanvragen van herhaalrecepten (87 procent) werden vaak toegepast [42, 43].

Werkdruk praktijkmedewerkers

Eind april heeft het Nivel aan huisartsenpraktijken gevraagd om één maand terug te kijken naar de werkdruk van hun praktijkmedewerkers. Doordat veel consulten uitvielen hadden huisartsen en praktijkondersteuners (POH's) het in de meeste praktijken rustiger of even druk. Ruim een derde van de praktijken gaf aan dat doktersassistentes het juist drukker hebben gehad, met name met het beantwoorden van telefoontjes over het (nog onbekende) ziektebeeld van COVID-19 [41].

2.3.3 Huisartsenzorg: Perspectief van patiënten

Overeenkomstig de daling in het aantal huisartsconsulten vanaf half maart, lieten ook verschillende peilingen van Patiëntenfederatie Nederland zien dat persoonlijke afspraken met de huisarts veelal niet zijn doorgegaan. In april ging bij de groep respondenten die een persoonlijke afspraak met de huisarts had (42 procent van de totale groep) de afspraak in bijna een derde van de gevallen niet door (waarvan 13 procent omdat de respondent zelf niet wilde). Soms bood de huisarts een alternatief aan, zoals bijvoorbeeld telefonisch contact,

chat, e-mail of beeldbellen. Een klein deel (6 procent) ervaarde in sterke mate nadelige gevolgen (niet nader gespecificeerd) van het niet doorgaan van de persoonlijke afspraak, bijna een kwart gaf aan dat zij hiervan in redelijke mate nadelige gevolgen ervaarde. In mei, toen de reguliere zorg weer geleidelijk opstartte, had bij de helft van de mensen waarbij de afspraak met de huisarts eerder niet doorging, de afspraak inmiddels plaatsgevonden. Meestal gebeurde dit telefonisch. Ongeveer 30 procent wachtte nog steeds op een afspraak (waarvan 19 procent omdat ze zelf niet wilden). Van de groep waarvoor nog geen nieuwe afspraak was ingepland, ervaarde 30 procent in redelijke tot sterke mate negatieve gevolgen [5-7].

In een ander vragenlijstonderzoek over zorggebruik waarin werd teruggevraagd naar de maanden maart en april, gaf 66 procent van de 2.037 deelnemers aan dat ze tijdens deze periode met COVID-19 maatregelen lichamelijke klachten hadden ondervonden, 5.358 klachten in totaal. Bij 70 procent van deze klachten werd geen huisarts geraadpleegd. De klachten liepen uiteen van mildere klachten, zoals hoofdpijn, tot ernstigere klachten, zoals pijn op de borst. Ook bij mentale klachten, die door 37 procent van de deelnemers werden gerapporteerd, werd de huisarts veelal niet geraadpleegd. Dit was in circa driekwart van de in totaal 2.147 klachten niet het geval. Het ging om klachten uiteenlopend van angstklachten tot (terugkerende) suïcidale gedachten. In een ander onderzoek uit mei 2020, acht weken na de start van de maatregelen, gaf 45 procent van de respondenten aan een afspraak met de huisarts te hebben vermeden [44, 45].

2.4 Farmaceutische zorg

In deze paragraaf wordt ingegaan op medicatieverstrekkingen ten tijde van COVID-19 epidemie. Naast cijfers uit registraties is hierbij ook gebruikgemaakt van gegevens uit een uitvraag onder apothekers en twee vragenlijstonderzoeken onder patiënten.

Beschikbare gegevens

Registratiedata:

- **Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)/ Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) [46-48]** – medicatieverstrekkingen
  - periodieke kengetallen van medicatieverstrekkingen openbare apotheken
  - top tien geneesmiddelen met grootste afname eerste uitgiftes (gericht op receptplichtige geneesmiddelen uit het basispakket die veel worden gebruikt)
  - periode april t/m september 2020
- **Nivel –** Zorgregistraties Eerste Lijn
  - steekproef onder 350 huisartspraktijken, representatief voor de Nederlandse huisartspraktijk
  - uitgifte antibiotica (tot en met 30 augustus, week 35)[1, 49]
  - uitgifte psychofarmaca (tot en met 12 juni, week 24)[50]
  - uitgifte opioïden (tot en met 7 juni, week 24)[51]
  - uitgifte methylfenidaat (tot en met 28 juni, week 26)[52]

- uitgifte medicatie luchtwegaandoeningen (tot en met 28 juni, week 26)[53]

Inventarisatie onder professionals:

- **UPPER [54]** - enquête onder apothekers
  - n=215 apothekers uit het netwerk van UPPER
  - uitvraag eind mei 2020

Inventarisatie onder patiënten en mantelzorgers:

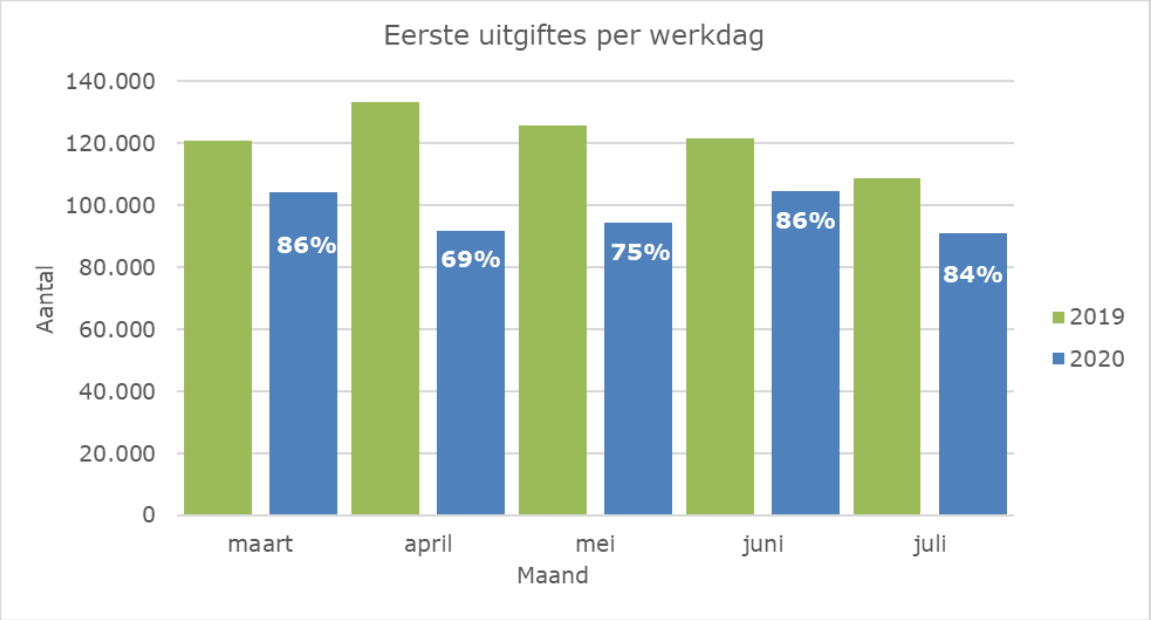
- **Pallas health research and consultancy [44]** – vragenlijstonderzoek
  - uitvraag medio mei 2020
  - vragenlijst betrekking op maart en april 2020
  - n=2.037 respondenten; representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking
- **IQVIA en de Erasmus Universiteit (Ballegooijen et al., 2020) [45]** – vragenlijstonderzoek
  - uitvraag mei 2020
  - n=2.058 respondenten; representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking

Overige observaties uit het veld: Geen

2.4.1 *Farmaceutische zorg: Registratiedata*

Uitgiften geneesmiddelen

Apotheken zijn gedurende de eerste golf van de COVID-19 epidemie volledig open gebleven. Het aantal verstrekkingen van geneesmiddelen liep na een piek half maart sterk terug doordat voorschrijvers minder nieuwe recepten uitschreven (Figuur 12). In april werd het dieptepunt bereikt, met ongeveer een derde minder eerste uitgiften dan in april 2019. De daling was in deze maand vooral zichtbaar bij specialistenrecepten (daling van 50 procent); het aantal huisartsenrecepten daalde met een kwart. Vanaf eind april was er sprake van een langzaam herstel. Na de zomer zette dit herstel verder door. In totaal schreven artsen in de maanden maart tot en met juli van dit jaar ongeveer 19 procent minder recepten uit voor nieuwe medicatie dan in dezelfde periode in 2019. Het aantal vervolguitgiften (verstrekking van geneesmiddelen die patiënten al langer gebruikten) was in het eerste half jaar van 2020 vrijwel gelijk aan het aantal in dezelfde periode van 2019 [46, 47].



Figuur 12 Gemiddeld aantal eerste uitgiften per werkdag van receptplichtige geneesmiddelen door apotheken en percentage 2020 ten opzichte van 2019. Aangepast figuur op basis van data Stichting Farmaceutische Kengetallen.

Antibiotica
Tussen de eerste week van maart en de eerste week van mei daalde het aantal mensen dat antibiotica kreeg voorgeschreven sterk; van 640 naar 360 per 100.000 patiënten. De grootste daling deed zich voor in de periode dat mensen werden opgeroepen thuis te werken en de scholen sloten, tussen half maart en half april. De sterkste daling deed zich voor bij antibiotica die vaak worden voorgeschreven bij luchtweginfecties en oorinfecties (van 175 patiënten per 100.000 begin januari naar ongeveer 50 patiënten per 100.000 begin mei), en bij kinderen tot 10 jaar (van 510 per 100.000 begin januari naar 140 per 100.000 begin mei) [49]. Na de versoepelingen in mei steeg het aantal mensen dat een antibioticum kreeg voorgeschreven weer langzaam. Eind augustus lag het aantal mensen met een antibioticum voorschrift nog wel iets onder het niveau van vorig jaar (ongeveer 500 per 100.000 mensen in vergelijking met 580 per 100.00 mensen in 2019 [1].

In de top 10 medicatie met de grootste afname van eerste uitgiftes in april tot en met september 2020, namen verschillende groepen antibiotica vier plekken in (omdat alleen gegevens over deze gehele periode beschikbaar zijn, inclusief september, rapporteren we deze gegevens, ondanks het feit dat dit later is dan de peildatum van 31 augustus die we voor deze rapportage over de eerste golf kozen). De gemiddelde daling ten opzichte van dezelfde periode in 2019 liep uiteen tussen 22 en 34 procent. Mogelijk waren er door de hygiënemaatregelen en minder sociale contacten ook minder infecties, of gingen mensen met klachten minder snel naar de huisarts [48].

Medicatie voor luchtwegaandoeningen
Het aantal patiënten met een voorschrift voor middelen voor astma en COPD (zowel het totaal aantal patiënten als het aantal nieuwe patiënten) verdubbelde vanaf begin maart tot de derde week van maart,

en nam vervolgens af tot iets onder het niveau van 2019. Het totaal aantal voorschriften van middelen bij hoesten en verkoudheid daalde sterk na een piek in week 11, de week waarin de COVID-19 maatregelen aanvingen. Ook het aantal nieuwe gebruikers van middelen bij hoesten en verkoudheid daalde ten opzichte van 2019 [53].
De groep hoestprikkeldempende middelen stond op nummer één van de top 10 medicatie met de grootste afname van eerste uitgiftes in de periode april tot en met september. Het ging om een afname van gemiddeld ruim 60 procent [48].

Psychofarmaca
Medio maart nam het totaal aantal voorschriften van psychofarmaca (benzodiazepinen en antidepressiva) toe. Wanneer alleen gekeken wordt naar het aantal nieuwe gebruikers van benzodiazepinen en antidepressiva, was er geen piek zichtbaar. Dit duidt erop dat bestaande gebruikers eerder een herhaalrecept kregen, waarbij mogelijk sprake was van een hamstereffect.

De piek in het totaal aantal patiënten dat psychofarmaca kreeg voorgeschreven was van korte duur. Het aantal patiënten dat een antidepressivum kreeg voorgeschreven in de periode medio maart-begin juni was ongeveer gelijk ten opzichte van dezelfde periode in 2019. Het aantal patiënten dat benzodiazepine kreeg voorgeschreven was iets lager dan in 2019.

Het aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva en benzodiazepinen daalde vanaf begin maart ten opzichte van dezelfde periode in 2019. Dit houdt mogelijk verband met dat er vanaf die periode minder mensen dan in 2019 bij de huisarts kwamen met slaapproblemen en angst- of depressieklachten. Vanaf eind mei was dit weer ongeveer gelijk [50].

Pijnstilling
Vanaf half maart was er sprake van een lichte daling in het totaal aantal patiënten dat een opioïde (zware pijnstiller) kreeg voorgeschreven. Het aantal patiënten dat NSAIDs (ontstekingsremmende pijnstillers) kreeg voorgeschreven daalde sterker, mogelijk doordat mensen vrij verkrijgbare NSAIDs hebben gekocht bij de apotheek of drogist, of dat men minder snel naar de huisarts is gegaan met pijnklachten. Met name oxycodon werd minder voorgeschreven aan nieuwe patiënten: medio maart 2019 kregen ongeveer 34 per 100.000 ingeschreven patiënten voor het eerst een oxycodonvoorschrift, in 2020 waren dit 23 patiënten [51].

Medicatie bij ADHD
Het totaal aantal kinderen en adolescenten met Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) dat methylfenidaat (Ritalin) kreeg voorgeschreven daalde van 320 per 100.000 begin maart naar 203 per 100.000 begin april. In de weken daarna schommelde het aantal voorschriften, het laagste punt werd eind april bereikt (180 per 100.000 kinderen en adolescenten). De laatste drie weken van juni stabiliseerde het aantal voorschriften zich met bijna 250 per 100.000, hoewel dit nog wel lager was dan dezelfde periode in 2019. Een vergelijkbare trend was te zien in het aantal nieuwe gebruikers [52].

2.4.2 Farmaceutische zorg: Perspectief van professionals

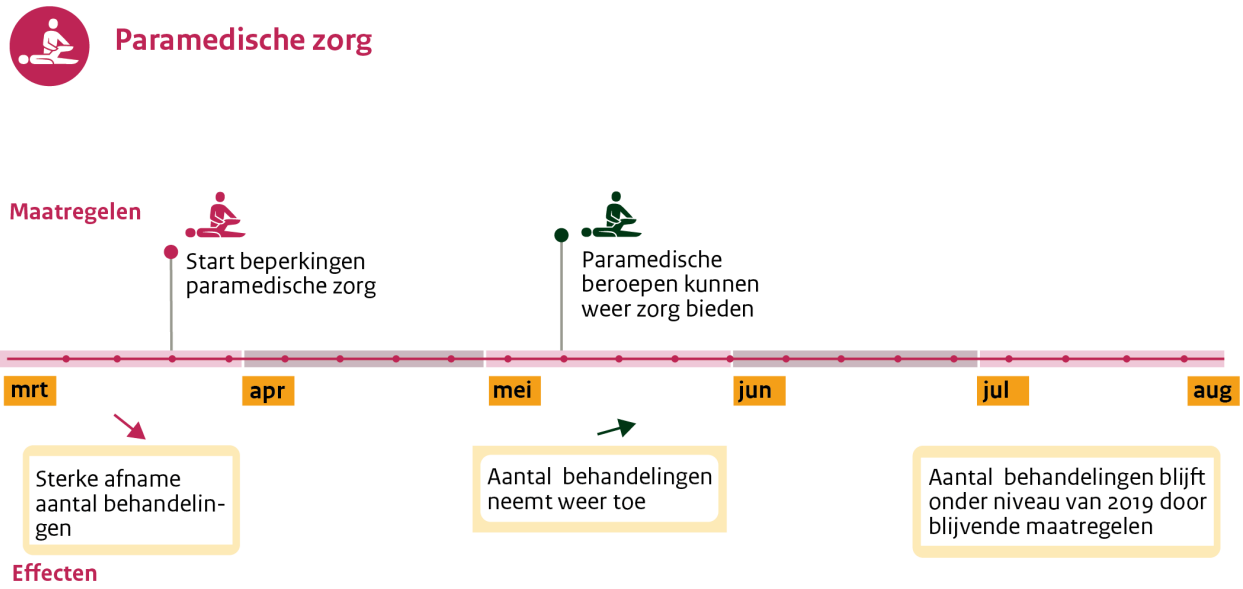
De verminderde toegang tot huisartsenzorg leidde tot meer zorgvragen bij de apotheek, waardoor er een groter beroep is gedaan op de apotheker. De werkzaamheden werden voor een deel verschoven van fysieke contactmomenten naar digitale vormen van geneesmiddelenuitleg en -consulten [46]. In een uitvraag eind mei gaven sommige apothekers aan dat zij de farmaceutische zorg afstandelijker vonden geworden. Bijna twee derde van de respondenten gaf aan nauwelijks vragen te krijgen van patiënten over medicatiegebruik en het coronavirus, en driekwart zei zich zorgen te maken over de kwaliteit van de farmaceutische zorg voor kwetsbare patiënten (niet nader gespecificeerd) [54].

2.4.3 Farmaceutische zorg: Perspectief van patiënten

Medio mei gaf 44 procent van een groep respondenten in een vragenlijst aan dat zij in de afgelopen 12 maanden medicatie gebruikten voor chronische aandoeningen. De vragenlijst was uitgezet onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking (2.037 respondenten in totaal). In de maanden maart en april had 4,5 procent (41 respondenten) zelf, zonder overleg met de arts, de dosis van de medicatie verhoogd of verlaagd. Van deze kleine groep gaven 16 respondenten aan dat dit te maken had met corona (bijvoorbeeld om zichzelf te beschermen). In totaal kreeg 44 procent een (herhaal)recept voor een medicijn. Het merendeel (96 procent) haalde deze medicatie ook op [44].

Uit een ander onderzoek uit mei 2020 onder ongeveer een even grote groep Nederlanders werd ook gevraagd naar zorg die niet door kon gaan of is uitgesteld. Van de 2.058 respondenten ervaarde 15 procent problemen met de levering van medicijnen (het wordt niet duidelijk om welke medicatie het gaat). In de leeftijdsgroep 18-35 lag dit percentage hoger (38 procent). Bijna een derde gaf aan zich (erge) zorgen te maken over de beschikbaarheid van medicatie [45].

2.5 Paramedische zorg



In deze paragraaf wordt de impact van de eerste golf in de COVID-19 epidemie op verschillende onderdelen van paramedische zorg in Nederland beschreven. De meeste informatie is beschikbaar over fysiotherapie en oefentherapie. Voor ergotherapie, logopedie en optometrie is beperkte informatie beschikbaar. Voor diëtetiek was geen informatie beschikbaar.

Eind maart kondigde het kabinet een verbod op contactberoepen aan waardoor het uitoefenen van paramedische beroepen werd bemoeilijkt. Er werd echter voor (para)medische beroepen een uitzondering gemaakt, zodat zij wel binnen de anderhalve meter mochten werken, mits daar een individuele medische indicatie voor bestond en de beoefenaar alle hygiënevereisten kon naleven. In de praktijk leverde dit echter toch een grote afschaling van paramedische zorg op.

Beschikbare gegevens

Registratiedata:

- **Nivel (Kruisselbrink et al., 2020) [55]**
  - Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, de Landelijke Database Kwaliteit (LDK), en gegevens van fysiotherapiepraktijken uit heel Nederland (per week 255 tot 289 praktijken), januari - augustus 2020
- **Nivel (Jorna et al., 2020) [56]**
  - Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, de LDK de Landelijke Database Oefentherapie (LDO), en oefentherapiepraktijken uit heel Nederland (per week 50 tot 60 praktijken), januari - mei 2020
- **RIVM (Mohnen et al., 2020) [57]**
  - Factsheet gecombineerde leefstijlinterventie. Gebaseerd op gebaseerd op declaratiegegevens, die via de zorgverzekeraar bij Vektis worden aangeleverd. November 2020

Inventarisatie onder professionals:

- **Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) [58]** – informatie verkregen via persoonlijke communicatie
  - Vragenlijstonderzoek met respons van 280 logopedisten (90 procent vrijgevestigd), over de periode 15 maart tot 15 april 2020
  - Vragenlijstonderzoek met respons van 225 logopedisten (90 procent vrijgevestigd), over de periode 15 maart tot 10 juni 2020

Inventarisatie onder patiënten of mantelzorgers:

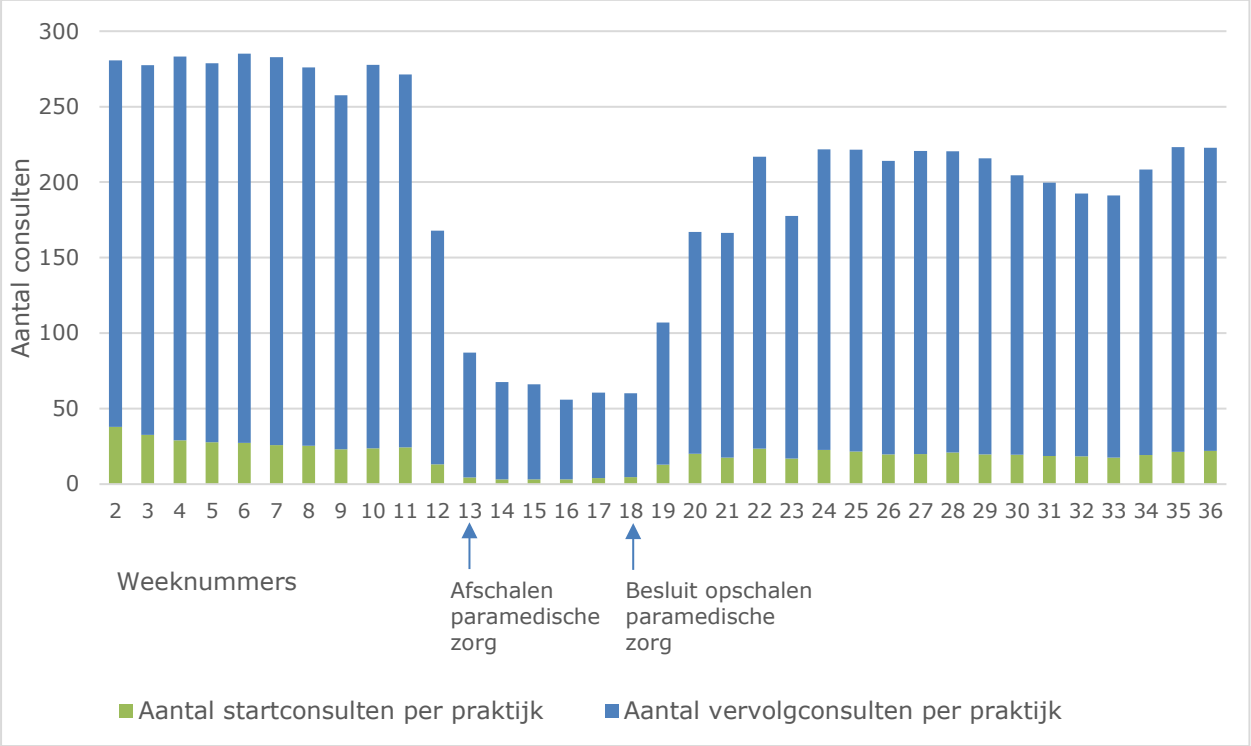
- **Patiëntenfederatie Nederland [59]**
  - Vragenlijstonderzoek onder 8.100 leden van Zorgpanel, waarvan 3.096 regelmatig zorg van fysiotherapeut kregen, 83 procent van panel heeft een chronische aandoening, mei 2020

Overige observaties uit het veld:

- **Ergotherapie Nederland [60]**
  - Via persoonlijke communicatie. Survey onder 247 ergotherapeuten, over de periode maart/april 2020.
- **Optometristen Vereniging Nederland (OVN) [61]–** persoonlijke communicatie, juni 2020
- **Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)[62]** – persoonlijke communicatie, november 2020

2.5.1 *Fysiotherapie: Registratiedata*

De maatregelen voor contactberoepen hadden een sterke afschaling van fysiotherapeutische zorg tot gevolg (Figuur 13) [55]. Dat gold voor zowel start- als vervolgconsulten in de praktijk van de fysiotherapeut. Vanaf het moment dat werd besloten om de paramedische zorg weer op te schalen (eind april, week 18), steeg het aantal consulten per fysiotherapiepraktijk naar een gemiddelde van 75 procent van het aantal consulten van voor de corona-uitbraak. Deze stijging vond met name vóór eind mei (week 22) plaats, daarna bleef het aantal consulten tot en met eind augustus (week 36) ongeveer gelijk. Waarom het aantal consulten nog niet terug is op het niveau van voor de corona-epidemie, is volgens het Nivel nog niet helemaal duidelijk. Mogelijk kunnen er minder patiënten tegelijk in de praktijk zijn vanwege de coronamaatregelen. Ook kan het zijn dat er door de hygiënemaatregelen meer tijd per patiënt nodig is. Vervolgonderzoek zou dit verder moeten uitwijzen.



Figuur 13 Fysiotherapie: Gemiddeld aantal consulten (start- en vervolgconsulten) per praktijk per week. (bron: Nivel)

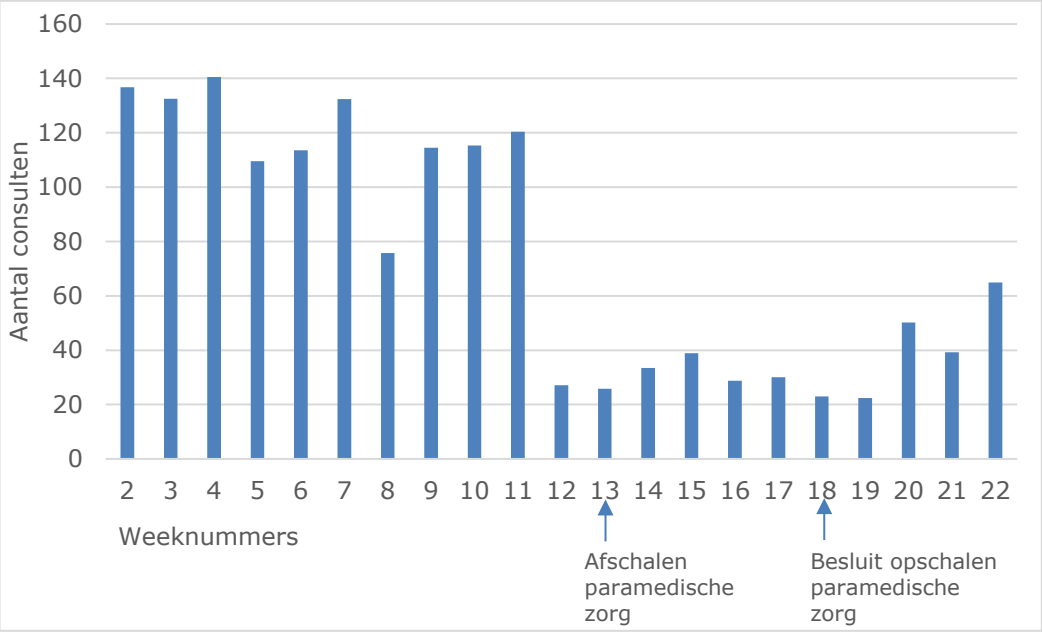
2.5.2 *Fysiotherapie: Perspectief van patiënten*

Gedurende de eerste golf van de COVID-19 epidemie zijn veel geplande fysiotherapeutische behandelingen afgezegd of uitgesteld. Patiëntenfederatie Nederland heeft de eerste ervaringen met het herstarten van de fysiotherapeutische zorg in mei 2020 onderzocht, door middel van een uitvraag onder leden van het Zorgpanel [59]. In totaal gaf 92 procent van de mensen die met regelmaat zorg van een fysiotherapeut kregen of dit op korte termijn zouden krijgen aan dan ze tijdens de coronacrisis niet, of niet volledig, terecht konden bij de fysiotherapeut. Van de mensen die niet (volledig) terechtkonden bij de fysiotherapeut, kreeg 60 procent een alternatief geboden, bijvoorbeeld oefeningen voor thuis of telefonisch contact. In mei gaf het merendeel van de mensen aan dat de fysiotherapie weer was opgestart of stond ingepland. Bij 31 procent kon de behandeling nog niet starten door toedoen van de fysiotherapeut en 13 procent van de mensen wilde zelf nog niet. In totaal ervaarde 81 procent van de mensen in enige mate (nog) nadelige gevolgen van het tijdelijk verminderen of stopzetten van fysiotherapie, ongeacht of de fysiotherapie inmiddels weer plaatsvond of was ingepland. Welke nadelige gevolgen dat waren is niet nagevraagd.

2.5.3 *Oefentherapie: Registratiedata*

Waar fysiotherapie zich in het algemeen vooral richt op het verhelpen van een bepaalde klacht, richten oefentherapeuten zich bij behandeling op het hele bewegingsgedrag van cliënten, waarbij behandeling gedragsverandering als doel heeft. Voor oefentherapie was een vergelijkbaar verloop van afgeschaalde consulten te zien als voor fysiotherapie [56]. Het gemiddelde aantal consulten per

oefentherapiepraktijk daalde met 78 procent van 120 consulten in week 11 naar 26 consulten in week 13 (Figuur 14). Tot en met eind april bleef het aantal consulten laag, daarna begon het aantal consulten weer op te lopen. Eind mei lag het aantal consulten bij een oefentherapeut op de helft van het aantal consulten ten opzichte van het aantal van voor de COVID-19 epidemie (begin 2020).



Figuur 14 Oefentherapie: gemiddeld aantal consulten per praktijk per week (Bron: Nivel)

2.5.4 *Gecombineerde leefstijlinterventies: Registratiedata*

Sinds januari 2019 vergoeden zorgverzekeraars de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Met de GLI werken volwassenen in groepsverband aan hun leefstijl, met als primair doel om hun overgewicht aan te pakken. Hierbij is er aandacht voor gezonde voeding, bewegen en factoren die een negatieve invloed hebben op een gezonde leefstijl, zoals stress en slaapgebrek. Leefstijlcoaches, diëtisten en fysio- en/of oefentherapeuten kunnen de gecombineerde leefstijlinterventie geven. Volgens factsheet van het RIVM, hadden de maatregelen om COVID-19 in te dammen ook invloed op de uitvoering van de GLI-zorg [57]. Er zijn in april en mei 2020 minder mensen met een GLI gestart dan in voorafgaande maanden. In juni nam het aantal GLI's weer toe, maar bleef het aantal onder het niveau van juni 2019. Er zit vertraging in de registratie van de GLI's bij de zorgverzekeraars waardoor definitieve cijfers nog niet beschikbaar zijn.

2.5.5 *Ergotherapie: Observaties uit het veld*

Uit een survey onder ergotherapeuten kwam naar voren dat eerstelijnspraktijken in de periode maart/april te maken hebben gehad met veel afgeschaalde zorg. In deze periode vonden vrijwel geen fysieke behandelingen plaats, en de behandelingen die wel zijn doorgegaan waren voornamelijk via beeldbellen of telefonisch.

Als gevolg van de grote daling in operaties in ziekenhuizen (zie paragraaf 2.2) kwamen ook voor ergotherapeuten de poliklinische en revalidatie-activiteiten vrijwel stil te liggen, veel klinische ergotherapie werd afgezegd. Daarnaast gingen behandelingen alleen door als er voldoende beschermingsmiddelen voorhanden waren. Half juli functioneerde in zowel de eerste als tweede lijn de therapeutische zorg weer bijna op het oude niveau [60].

2.5.6 Logopedie: Perspectief van professionals

In een peiling onder logopediepraktijken in Nederland gaven bijna alle logopedisten aan dat ze tijdens de eerste golf te maken hadden met afmeldingen of het niet kunnen behandelen van patiënten. Ook zag een grote meerderheid van de logopedisten een afname in het aantal aanmeldingen van nieuwe patiënten. In maart en april gaf 60 procent van de logopedisten aan alleen tele-logopedie te gebruiken. In juni is dit gedaald naar ongeveer 6 procent [58].

2.5.7 Optometrie: Observaties uit het veld

Er zijn weinig gegevens beschikbaar over de impact van de eerste golf van de COVID-19 epidemie op de optometrische zorg in Nederland. Medio maart werd de optometrie volledig stilgelegd en werd voor spoedzaken direct naar de oogarts in het ziekenhuis verwezen. Eind april werd de optometrische zorg hervat, waarbij alleen gespecificeerde patiëntengroepen gezien werden. Het is niet duidelijk om hoeveel patiënten het ging. Medio mei werd de reguliere optometrische zorg hervat, waarbij er nog wel triage werd toegepast om de patiënten die zorg het meest nodig hadden als eerste te helpen. Eind juni meldde de Optometristen Vereniging Nederland (OVN) dat er sprake is van een inhaalslag in de eerste- en tweedelijn, waarbij er minder patiënten dan normaal gezien werden omdat de ruimtelijke capaciteit (in bijvoorbeeld de wachtkamer en bij de opticien) door de regelgeving verminderd is [61].

2.5.8 Diëtetiek: Observaties uit het veld

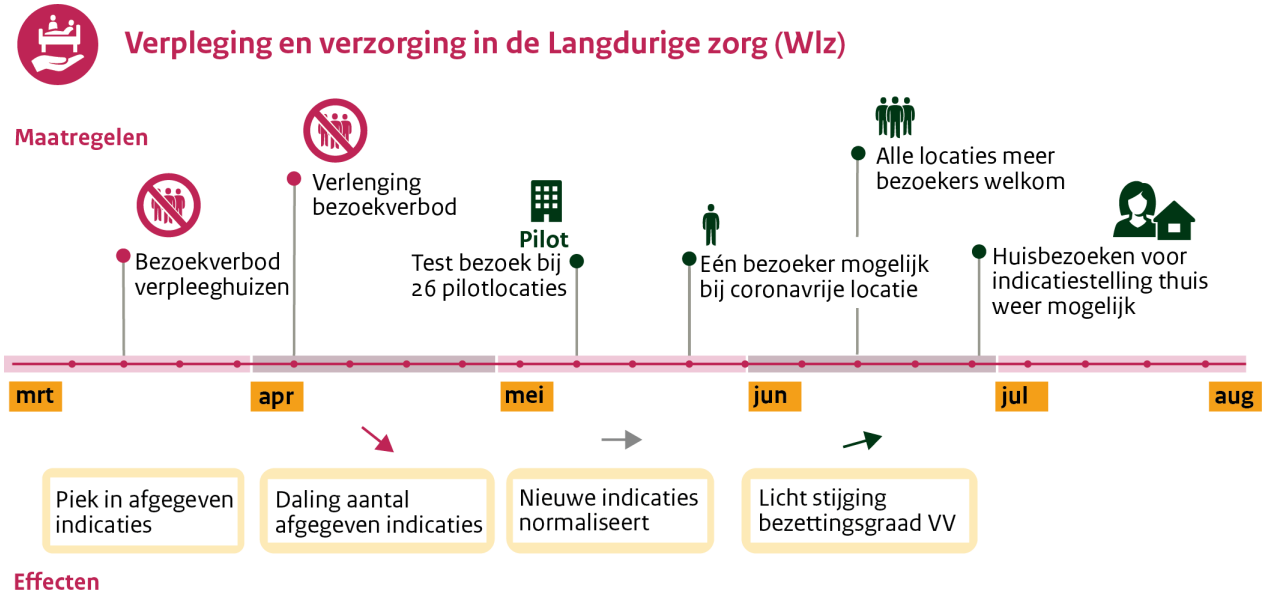
Er zijn geen cijfers beschikbaar over de impact van de eerste golf op de diëtetiek. Uit een rondgang van de NVD blijkt dat in april, mei en juni diëtisten minder consulten hadden [62]. Veel zorg kon echter telefonisch of met beeldbellen doorgang vinden. In de zomermaanden is het altijd relatief rustig in de praktijken. Het is daarom niet duidelijk hoe groot het effect van de COVID-19 epidemie in de zomermaanden was. Er waren verschillen tussen praktijken zichtbaar, bijvoorbeeld regionale verschillen doordat niet elke regio even hard werd getroffen door het coronavirus. Daarnaast was het type cliënten van belang voor de drukte in de praktijk. Diëtisten met veel kinderen in de praktijk bleven veel consulten hebben, terwijl diëtisten met veel kwetsbare ouderen een daling zagen in het aantal consulten.

2.6 Verpleging, verzorging en thuiszorg

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de afgeschaalde en verminderde zorg in de verpleging, verzorging en thuiszorg. Het gaat hierbij grotendeels, maar niet uitsluitend, om ouderenzorg. Ook in de geestelijke gezondheidzorg (GGZ) en gehandicaptenzorg vinden we verpleging en verzorging. Waar bronnen duidelijk en specifiek

afgeschaalde of uitgestelde zorg in de GGZ of gehandicaptenzorg beschreven is dat opgenomen in paragraaf 2.7 (GGZ) of paragraaf 2.8 (Gehandicaptenzorg). De huidige paragraaf is opgedeeld in een eerste stuk over verpleging en verzorging onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit gaat voornamelijk over intramurale zorg. In het tweede deel wordt wijkverpleging, thuiszorg, en ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) beschreven. In het laatste deel wordt het effect van afgeschaalde formele zorg op mantelzorg besproken.

2.6.1 Verpleging en verzorging in de Langdurige zorg (Wlz)



Beschikbare gegevens

Registratiedata:

- **Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) [63]**
  - Indicatiegegevens langdurige zorg, bezettingsgraad, informatie beschikbaar via Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en zorgkantoren
  - Beschikbaar tot en met week 30/31

Inventarisatie onder professionals:

- **Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) [64]**
  - Vragenlijstonderzoek onder leden V&VN werkzaam in verpleeg- of verzorgingshuizen, respons 2.902 leden, juni 2020

Inventarisatie onder patiënten of mantelzorgers:

- **VU University Medical Center (VUMC)(Aangevare en van Hout, 2020) [65]**
  - Observationele studie met 531 bewoners in 36 verpleeghuizen (2020) vergeleken met 475 bewoners in 32 verpleeghuizen (2019)

- Periode 16 maart-24 mei 2020 vergeleken met 16 maart-24 mei 2019
- **Trimbos-instituut (Van der Roest et al., 2020) [66, 67]**
  - Open vragenlijstonderzoek, respons van 193 bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen zonder cognitieve beperking, 1.609 familieleden van bewoners en 811 medewerkers uit de directe zorg
  - Mei 2020

Overige observaties uit het veld:

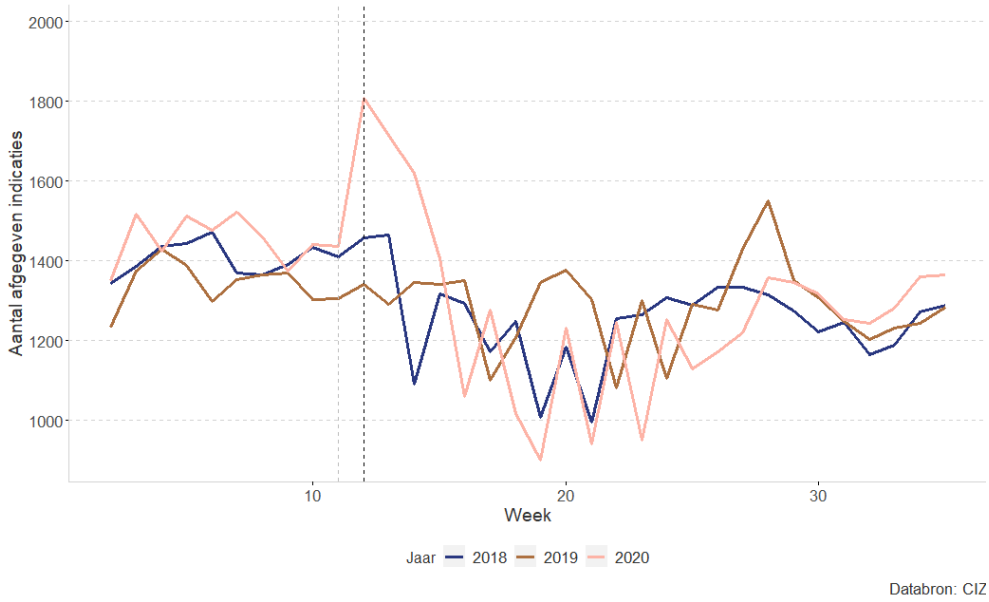
- **AGORA Beroepsvereniging [68]**– Persoonlijke communicatie, augustus 2020
- **Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) [69]** – Nieuwsitem over huisbezoeken voor indicatiestelling Wlz, 30 juni 2020

2.6.1.1 Wlz: Registratiedata

De eerste golf van de coronacrisis had een grote impact op de zorg in zorginstellingen. Om de vaak kwetsbare bewoners te beschermen werd op 19 maart (week 12) een bezoekverbod ingesteld. Het duurde tot medio juni (week 25) tot dit verbod werd opgeheven. Gegevens zijn beschikbaar over het effect van de coronacrisis op de afgegeven indicaties, bezettingsgraad bij aanbieders van verpleging en verzorging, wachtlijsten en dagbesteding. Niet acute-zorg werd in veel huizen afgeschaald, maar precieze cijfers over de omvang daarvan ontbreken.

Indicaties

Direct nadat de regering in week 11 (medio maart) de eerste landelijke coronamaatregelen afkondigde, was er een piek te zien in het aantal nieuw afgegeven indicaties (zie Figuur 15) [63]. Het is voor de Nza vooralsnog onduidelijk wat de precieze oorzaak was voor deze piek. Wel kan worden uitgesloten dat deze piek wordt veroorzaakt door een versneld verwerkingsproces van nieuwe afgegeven indicaties. Tussen week 12 en week 16 daalde het aantal afgegeven indicaties voor Wlz door CIZ sterk, van ongeveer 1800 indicaties naar ruim 1000 indicaties per week. Het absolute dieptepunt werd bereikt in week 19 met ongeveer 900 indicaties. Vanaf week 20 (medio mei) normaliseerde het aantal afgegeven nieuwe indicaties, en in week 30 (medio juni) was het aantal afgegeven indicaties weer vergelijkbaar met de jaren 2018 en 2019. Indicaties voor langdurige zorg komen vaak tot stand tijdens een huisbezoek. Tijdens een huisbezoek kan er een goed beeld gekregen worden van de situatie van de cliënt. Vanwege de COVID-19-maatregelen vonden sinds begin april geen fysieke huisbezoeken meer plaats, en dat is terug te zien in het aantal indicaties. Vanaf 15 juni gingen medewerkers van het CIZ weer op huisbezoek bij behandel- en zorginstellingen. Vanaf 1 juli waren ook huisbezoeken bij mensen thuis weer mogelijk. Een voorwaarde was dat er niet meer dan 1 persoon extra bij het gesprek mocht zijn (andere familieleden of zorgverleners konden eventueel telefonisch deelnemen aan het gesprek). Als een digitaal huisbezoek mogelijk was, had dat voor het CIZ de voorkeur [69].



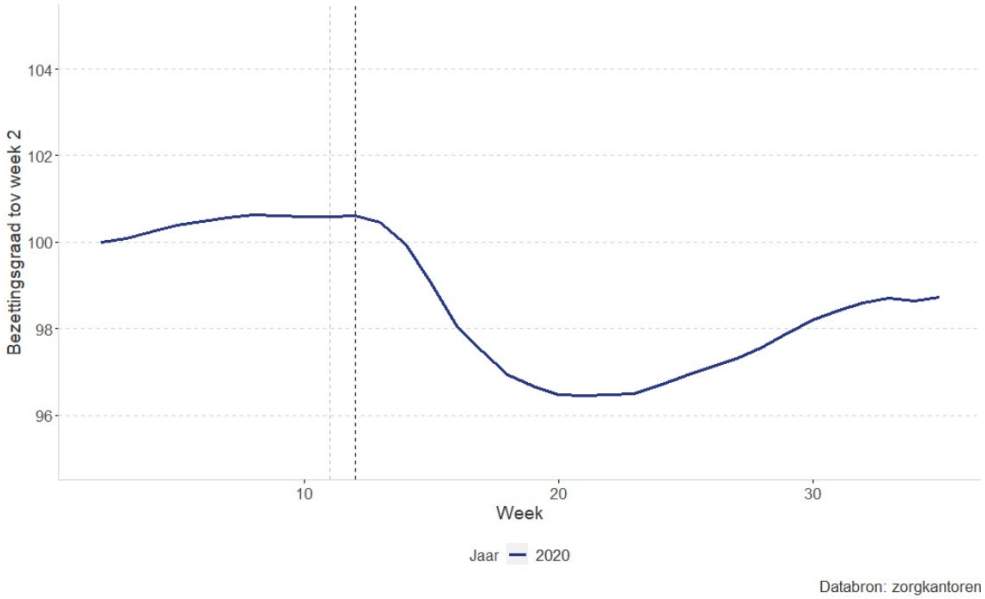
Figuur 15 Aantal afgegeven indicaties op ingangsdatum over de jaren heen, landelijk weergegeven 2018-2020 per week. Bron: NZa.

Bezettingsgraad

Sinds de start van de COVID-19 maatregelen in de eerste coronagolf nam de bezettingsgraad bij aanbieders van verpleging en verzorging in Nederland af. Tussen de zorgkantoorregio's[3] waren de verschillen groot, de afname van de bezetting liep uiteen tussen de 0,09 en 10 procent. Mogelijke redenen voor een lagere bezettingsgraad waren volgens de NZa dat cliënten in de Wlz de opname in een instelling uitstelden en dat het langer duurde om bedden gereed te maken voor de volgende cliënt. Daarnaast hadden huizen met relatief hoge sterfte een lagere bezettingsgraad dan huizen met weinig sterfte. Sinds begin juni was er een lichte stijging in de bezettingsgraad te zien. Eind juli waren er nog 3.863 plaatsen minder bezet dan in de periode voorafgaand aan de coronacrisis [63].

Er kan enige vertraging zitten tussen het moment dat een cliënt wordt opgenomen, en dat deze wordt aangemeld als zijnde 'In zorg'. Deze aanmelding kan met terugwerkende kracht worden gedaan. Dit betekent dat de bezettingsgraad met terugwerkende kracht kan veranderen, en daarmee meestal wat hoger zal uitvallen. Als dit zich voordoet, speelt dit waarschijnlijk het meeste bij de meer recente weken.

[3] Nederland is ingedeeld in 31 zorgkantoorregio's. De regio-indeling is bepaald in het Besluit langdurige zorg.

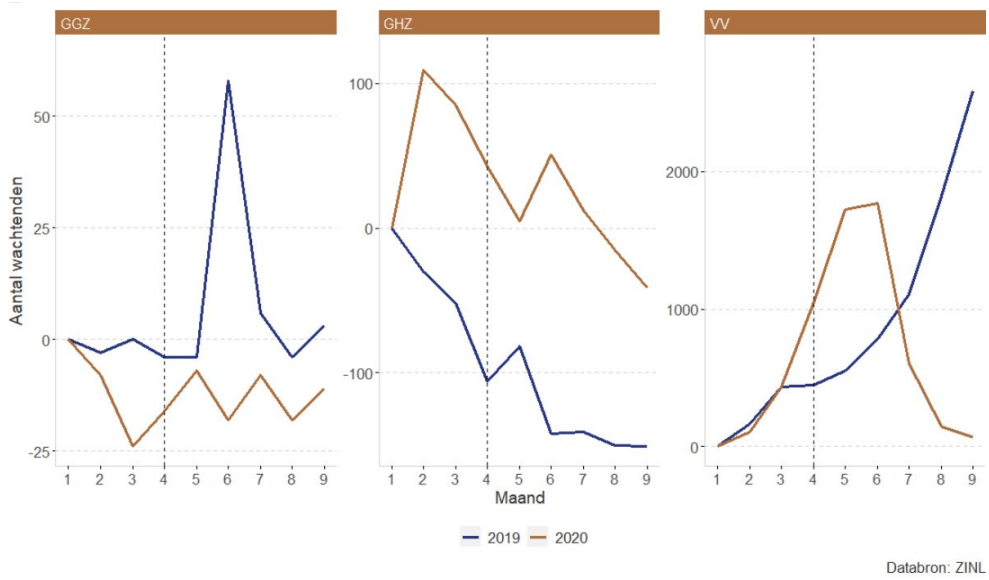


Figuur 16 Bezettingsgraad van VV aanbieders t.o.v. week 2, landelijk weergegeven (Bron: NZa, zorgkantoren)

Wachtlijsten langdurige zorg

Het grootste deel van de wachtlijsten in de langdurige zorg bestaat uit wachtenden voor verpleging en verzorging (VV). Tijdens de eerste maanden van de eerste golf van de COVID-19 epidemie namen vooral in de verpleging en verzorging (VV) de wachtlijsten toe in vergelijking met de hoogte van de wachtlijsten op 1 januari 2020 (Figuur 17). Daarna namen de wachtlijsten in de VV weer af. De wachtlijsten voor langdurige zorg binnen de GGZ zijn licht afgenomen ten opzichte van 1 januari en binnen de Gehandicaptenzorg (GHZ) licht toegenomen.

De sterkste toename was te zien bij de groep niet-actief wachtenden met zorg (mensen die wel zorg krijgen maar op een andere voorkeurslocatie wachten). In de periode tussen 1 juni en 1 juli zijn de wachtlijsten afgenomen. Dit geldt ook voor de categorie ’niet-actief wachtenden met zorg’.



Figuur 17 Verloop aantal wachtenden per sector (GGZ: geestelijke gezondheidzorg; GHZ: gehandicaptenzorg; VV: verpleging en verzorging) ten opzichte van 1 januari. Op de x-as de maanden van het jaar, met een stippellijn op april, toen de meeste coronamaatregelen van kracht waren. Let op: de assen zijn variabel. (Bron NZA, Zorginstituut Nederland).

2.6.1.2 Wlz: Overige signalen

Dagbesteding intramuraal

Om besmettingen met het coronavirus onder bewoners en personeel te voorkomen werden veel activiteiten die normaalgesproken voor bewoners worden georganiseerd gestopt [66]. Het ging dan om activiteiten zoals beweging, muzikale- en creatieve activiteiten. Hiervoor in de plaats werden wel andere activiteiten georganiseerd, maar deze hadden vooral een incidenteel karakter.

Medio augustus signaleerde AGORA, de beroepsvereniging voor coördinatoren vrijwilligerswerk, dat in de meeste verpleeghuizen de activiteiten die veilig en verantwoord georganiseerd kunnen worden weer waren opgepakt [68]. Toch wilden veel vrijwilligers hun werkzaamheden nog niet hervatten, bijvoorbeeld omdat zij bang waren voor besmetting, of omdat zij een kwetsbare partner wilden beschermen. Een deel van de groepsactiviteiten zal voorlopig niet op de oude manier of in kleinere groepen uitgevoerd moeten worden omdat de anderhalve meter maatregel gehandhaafd moet blijven. Het is niet bekend hoeveel mensen in Nederland dagbesteding moesten missen tijdens de eerste golf van de coronacrisis. Wel is bekend dat een groot deel van de dagbesteding volledig stil kwam te vallen tijdens de eerste golf (zie ook hieronder en paragraaf 2.8, Gehandicaptenzorg).

Kwaliteit van zorg

Uit een peiling van de Nederlandse beroepsvereniging onder verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten (V&VN) bleek dat veel zorgmedewerkers werkzaam in verpleeg- of verzorgingshuizen in hun organisatie hebben ervaren dat reguliere zorg werd afgeschaald (V&VN 2020). Van de zorgmedewerkers die aangaven dat er sprake was van afschaling van de reguliere zorg dacht het

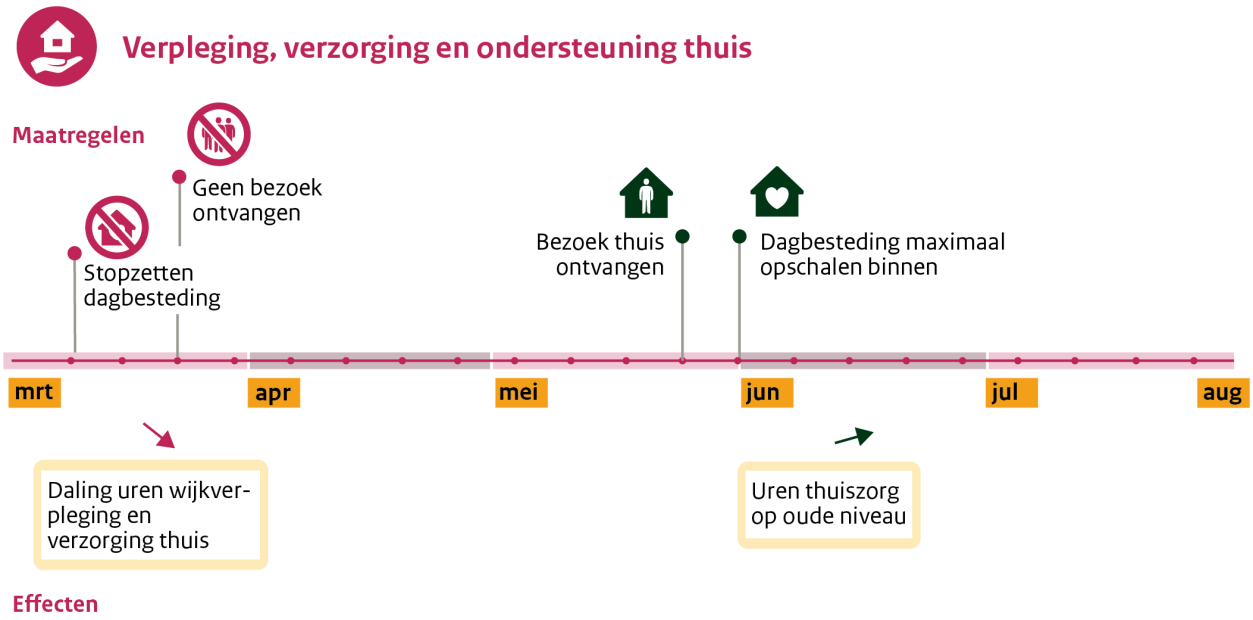
merendeel dat deze afschaling ertoe zou leiden dat de kwaliteit van leven van de patiënt en de kwaliteit van zorg achteruitgingen.

Welbevinden
De impact van het bezoekverbod en de veranderingen in de verpleeghuizen is onderzocht in twee studies met een verschillende aanpak. Het eerste onderzoek had een observationele aanpak waarbij een vergelijking werd gemaakt met gegevens van dezelfde periode in 2019 [65], terwijl het tweede onderzoek een open vragenlijstonderzoek was tijdens het bezoekverbod [66, 67]. De verschillen in design verklaren mogelijk deels de verschillende conclusies van de onderzoeken.

Volgens een studie van onderzoekers van het VUMC had de sluiting van de verpleeghuizen dit voorjaar geen negatieve gevolgen op stemming, cognitie en dagelijks functioneren van de bewoners [65]. Zij maakten gebruik van vastgelegde observaties van bewoners door zorgpersoneel in ruim dertig verpleeghuizen door het hele land. Bewoners ervaarden tijdens de lockdown niet meer depressieve gevoelens of angst dan een vergelijkbare groep bewoners in dezelfde periode een jaar eerder. Het aantal conflicten op de afdelingen en de hoeveelheid voorgeschreven rustgevende medicatie bleken lager dan een jaar eerder. Ook hadden de bewoners gemiddeld meer interactie met hun naasten. Ze gebruikten vaker (beeld)bellen en e-mail om contact te houden met familie en vrienden. Ondanks deze positieve bevindingen is het volgens de onderzoekers zeker mogelijk dat er voor een deel van de bewoners en voor hun naasten wel negatieve gevolgen van de lockdown zijn geweest.

Uit een andere onderzoek bleek juist dat het bezoekverbod grote impact had op eenzaamheid en het psychisch welbevinden van de bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen [66, 67]. De onderzoekers maakten gebruik van een vragenlijst die digitaal werd verspreid onder bewoners zonder cognitieve problematiek, en daarnaast onder alle familieleden van bewoners en medewerkers uit de directe zorg. Het merendeel van de bewoners was eenzaam tijdens het bezoekverbod. Zij ervaarden het gemis van contact met anderen. De frequentie en de ernst van stemmings- en gedragsproblemen nam toe tijdens het bezoekverbod, vooral onder bewoners zonder ernstige cognitieve problemen. Ook steeg het antipsychoticagebruik van bewoners. Er werd echter ook een lichte afname in de frequentie en ernst van stemmings- en gedragsproblemen gemeld. Tijdens het bezoekverbod veranderde de contactfrequentie vooral voor familieleden die dagelijks op bezoek kwamen, zij hadden minder vaak contact met hun naaste in een verzorgings- of verpleeghuis.

2.6.2 *Verpleging, verzorging en ondersteuning thuis*



Beschikbare gegevens

Registratiedata:

- **Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) [70, 71]**
  - Declaratiegegevens van Vektis tot en met 31 juli 2020
  - Productiegegevens van vier grote zorgaanbieders over de periode juni 2019 tot en met augustus 2020
- **Thuiszorgorganisatie Tzorg [72]**
  - Analyse geleverde uren huishoudelijke ondersteuning en individuele begeleiding binnen de Wmo data beschikbaar uit meer dan 300 gemeenten
  - Week 11 t/m 27 van 2020 afgezet tegen het niveau voor de COVID-19 epidemie (gemiddelde van week 2 t/m 10)

Inventarisatie onder professionals: Geen

Inventarisatie onder patiënten of mantelzorgers:

- **Patiëntenfederatie Nederland [6, 73]**
  - Vragenlijstonderzoek onder Zorgpaneel, 10.000 respondenten, waarvan 1.383 (naasten van) mensen die voor de coronacrisis al zorg en/of ondersteuning ontvingen van thuiszorg of wijkverpleegkundige, april 2020 [6]
  - Vragenlijstonderzoek onder Zorgpaneel, 8.100 respondenten, waarvan 1.061 respondenten met zorg en/of ondersteuning thuis, mei 2020 [73]
- **MantelzorgNL [74]**
  - Peiling onder Nationaal Mantelzorgpanel, het panel telt 1.500 leden
  - respons 392 intensief zorgende mantelzorgers in april 2020

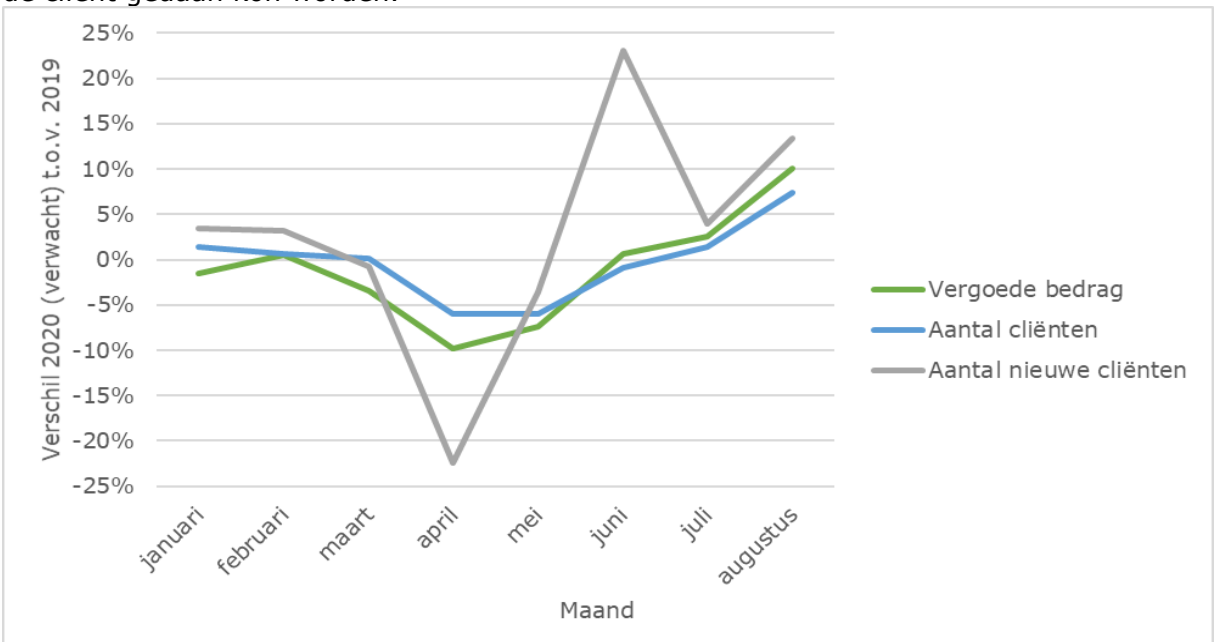
Overige observaties uit het veld:

- **Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [75]** – Kamerbrief 3 juni 2020
- **Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [76]** - Bijlage bij Kamerbrief 3 juni 2020. Routekaart voor mensen met een kwetsbare gezondheid
- **Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [77]**- Richtlijn dagbesteding en -opvang voor ouderen op basis van de Zvw, Wlz, en Wmo 2015, 3 juni 2020
- **Movisie [78]**– Nieuwsitem over dagbesteding voor ouderen. 17 april 2020

2.6.2.1 Verpleging en verzorging thuis: Registratiedata

De coronacrisis had impact op de zorg voor thuiswonende kwetsbare mensen. Zorg die men niet of minder ontving was bijvoorbeeld wondverzorging, persoonlijke verzorging (wassen en aankleden), geestelijke hulp, stomazorg, medicatiezorg en dagbesteding. Er zijn kwantitatieve gegevens beschikbaar over de impact van de eerste golf op de wijkverpleging en op het aantal uren huishoudelijke ondersteuning en individuele begeleiding binnen de Wmo.

Vanaf het moment dat de eerste landelijke coronamaatregelen werden afgekondigd nam het aantal uren geleverde wijkverpleging en aantal nieuwe patiënten af (Figuur 18) [70]. Het aantal uren wijkverpleging per cliënt per week daalde iets harder dan het aantal cliënten. Dit betekent dat cliënten gemiddeld minder zorg hebben gekregen. Per cliënt werd beoordeeld of vermindering van zorg mogelijk was. Voor bepaalde cliëntgroepen was de zorg gemakkelijker af te schalen, bijvoorbeeld als het ging om cliënten met een relatief eenvoudige zorgvraag die door de mantelzorg kon worden overgenomen. De zorgaanbieders verwachtten niet dat voor elke cliënt de zorg weer volledig hervat hoefde te worden, bijvoorbeeld omdat er blijvend een beroep op de zelfredzaamheid van de cliënt gedaan kon worden.



Figuur 18 Verschil 2020 (verwacht) t.o.v. 2019 in totaal vergoede bedrag, cliënten en nieuwe cliënten. Aangepast figuur op basis van data NZa.

Het afschalen van reguliere zorg in het ziekenhuis had ook effect op de wijkverpleging. Het NZa heeft onderzocht welk deel van de wijkverpleging afkomstig is van urgent en niet-urgente ziekenhuisbehandelingen [71]. Een relatief klein deel (ca. 23 procent) van de ziekenhuisbehandelingen die leiden tot (meer) wijkverpleging is niet-urgente zorg. Deze zorgvragen zijn tot op zekere hoogte uit te stellen en daarmee de potentiële vervolgzorg in de wijkverpleging ook. Procentueel komt dit deel overeen met gemiddeld ongeveer 2 procent van het totaal aantal cliënten wijkverpleging per maand. Buiten de coronaperiode waren het hoofdzakelijk gewrichtvervangende ingrepen en staaroperaties die binnen de niet-urgente zorg tot (een hogere) zorgvraag in de wijkverpleging leidden. Deze operaties zijn sterk afgeschaald tijdens de coronacrisis (paragraaf 2.2, Ziekenhuiszorg).

Thuiszorg
Vanaf week 11 (medio maart) daalde het aantal uren huishoudelijke ondersteuning en individuele begeleiding binnen de Wmo. Het aantal uren zorg daalde in week 13 tot 90 procent van het gemiddelde van week 2-10. Daarna nam het aantal uren weer geleidelijk toe. Sinds de tweede week van juni (week 24) was de zorg op de meeste plekken weer op het normale niveau. Er waren geen grote verschillen tussen regio's. De oorzaak van de lagere inzet lag in een combinatie van zorgpauzes geïnitieerd door cliënten zelf en ziekteverzuim door medewerkers, waarbij niet tijdig vervanging geregeld kon worden [72].

2.6.2.2 Verpleging en verzorging thuis: Overige signalen

Dagbesteding onder Wmo
Veel dagbesteding van thuiswonende zorgvragers werd tijdens de eerste golf stopgezet. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de aantallen mensen die (tijdelijk) geen dagbesteding kregen. Begin juni publiceerde VWS een richtlijn dagbesteding en -opvang voor ouderen op basis van de Zvw, Wlz, en Wmo waarin expliciet werd genoemd dat vanaf 1 juni het uitgangspunt zou zijn dat iedereen die voor de uitbraak van COVID-19 gebruikmaakte van dagbesteding vanaf 1 juni weer een vorm van dagbesteding aangeboden zou moeten krijgen. Dat mocht indien noodzakelijk in aangepaste vorm [77].

Uit een peiling van MantelzorgNL bleek dat in april bij 89 procent van de respondenten de geïndiceerde dagbesteding gestopt of verminderd was [74]. Eind mei was het niet duidelijk op hoeveel plekken dagbesteding opnieuw is opgestart in fysieke vorm. Op sommige plekken was onvoldoende beschikbaarheid van veilig vervoer een beperkende factor. Op andere plekken was sprake van minder afschaling en stond dagbesteding al weer beter op de rit, zoals bijvoorbeeld bij zorgboerderijen (zie paragraaf 2.11.1). De reden dat voor sommige groepen dagbesteding op locatie niet lukte, was dat niet alle cliënten in staat zijn anderhalve meter afstand van elkaar of begeleiders te houden, zoals mensen met cognitieve beperkingen. Door de anderhalve meter maatregelen konden op sommige locaties minder mensen samenkomen voor dagbesteding dan voor de coronacrisis, waardoor dagbesteding in kleinere groepen moest plaatsvinden. Ook durfde cliënten of hun naasten het niet altijd aan om naar de dagbesteding te komen vanwege angst voor besmetting [75].

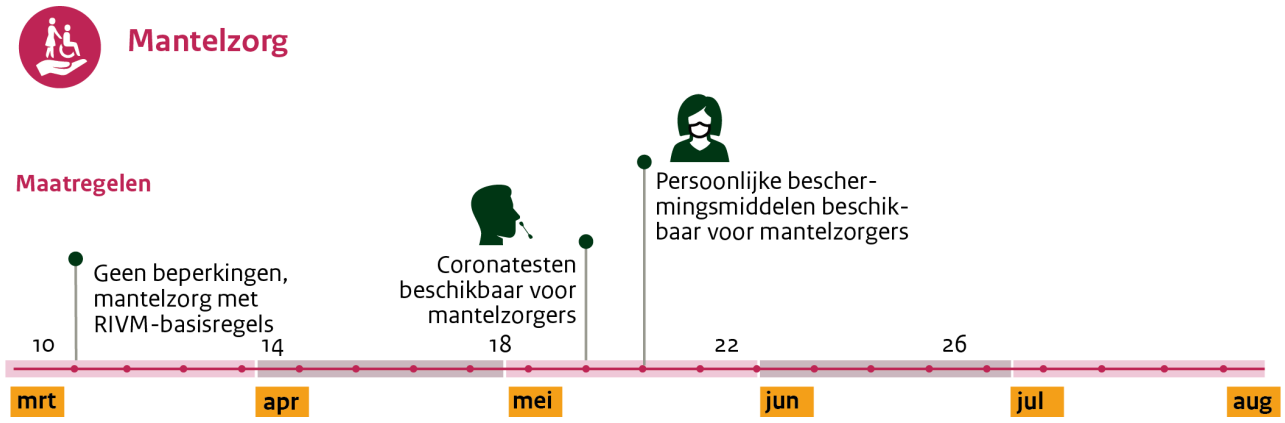
Ook Movisie signaleerde dat het wegvallen van dagbesteding voor grote gevolgen had [78]. De meeste locaties voor dagbesteding voor ouderen in de wijk, bijvoorbeeld in een buurthuis, werden gesloten. Daarnaast hielden ook veel zorginstellingen de deuren dicht voor bezoekers van buiten. Ouderen misten de structuur, sociale contacten en het bezig zijn. Activiteitenbegeleiders, fysiotherapeuten en bewegingsagogen konden geen centrale activiteiten meer bieden, maar moesten dit één op één of in kleine groepjes doen. Hierdoor nam de werkdruk toe. Op sommige plekken ontstonden alternatieven voor dagbesteding, zoals huisbezoeken, digitaal contact, zoals belmaatjes, of gevarieerde activiteiten die thuis gedaan konden worden, zoals online cursussen, stoelgymnastiek, quizjes, of meezingen met liedjes.

Zorg en ondersteuning thuis

Volgens een peiling van MantelzorgNL kreeg in maart 35 procent en in april 39 procent van de personen met hulp in het huishouden minder hulp. Voor thuiszorg lagen deze percentages op 31 procent in maart en 32 procent in april [74]. Dit is vergelijkbaar met de percentages in een peiling van de Patiëntenfederatie onder hun Zorgpanel. Van de mensen die voor de coronacrisis zorg en/of ondersteuning thuis kregen, kreeg 39 procent tijdens de COVID-19 epidemie minder of geen zorg/ondersteuning [73]. Van de groep die tijdens de coronacrisis minder of geen zorg/ondersteuning kreeg was in mei bij 41 procent de zorg nog niet opgestart. Bij minder dan de helft van de mensen bij wie de zorg en/of ondersteuning is verminderd, is een alternatief geboden. Bij 22 procent ging het om telefonisch contact en bij 5 procent om contact via video- of beeldbellen. Overige alternatieven waren inzet van een mantelzorger, whatsapp en mail.

Van de groep respondenten die tijdens de coronacrisis minder of geen zorg/ondersteuning kreeg gaf een ruime meerderheid (73 procent) aan hier in enige mate (nog) nadelige gevolgen van te ondervinden [73]. Van de mensen die geen zorg meer hebben gekregen tijdens de eerste golf van de coronacrisis, koos 39 procent zelf voor het stopzetten van de zorg; 25 procent deed dit in overleg met de organisatie. Bij 22 procent besloot de organisatie de zorg te stoppen, en bij de overige 15 procent verliep dit op een andere manier. Mensen gaven tijdens het hoogtepunt van de eerste golf aan dat minder thuiszorg er voor zorgde dat mantelzorgers, familie of de client zelf het zwaarder hadden omdat zij taken moesten overnemen. Andere gevolgen van minder zorg zijn eenzaamheid, sociaal isolement en verergering van klachten [6].

2.6.3 *Mantelzorg*



Beschikbare gegevens

Registratiedata: Geen

Inventarisatie onder professionals: Geen

Inventarisatie onder patiënten of mantelzorgers:

- **Patiëntenfederatie Nederland [73]**
  - Vragenlijstonderzoek onder Zorgpanel, 1.478 mensen betrokken bij mantelzorg/ondersteuning voor iemand buiten het eigen huishouden, mei 2020
- **MantelzorgNL [74, 79, 80]**
  - Peilingen onder Nationaal Mantelzorgpanel, het panel telt 1.500-1.750 leden
  - respons 571 intensief zorgende mantelzorgers in maart 2020 [79]
  - respons 392 intensief zorgende mantelzorgers in april 2020 [74]
  - respons 729 intensief zorgende mantelzorgers in augustus 2020 [80]
- **Alzheimer Nederland [81]**
  - Vragenlijstonderzoek onder mantelzorgers van mensen met dementie, thuiswonend en wonende in zorginstelling, respons 1.033 mantelzorgers, juni 2020
- **Alzheimer Center Amsterdam en Alzheimer Nederland [82]**
  - Vragenlijstonderzoeker onder 389 mensen met dementie en 147 mantelzorgers. Eind april tot half juni 2020

Overige observaties uit het veld:

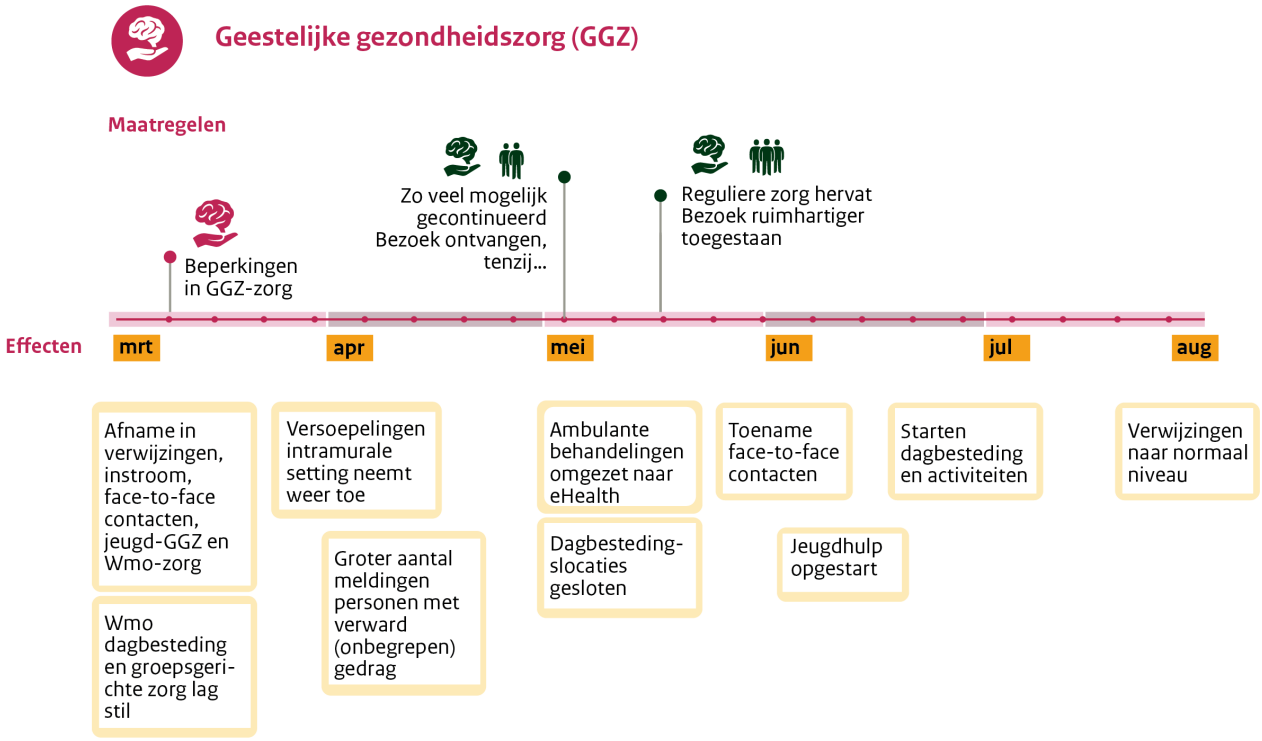
- **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) [83]**
  - Sectorrapportage Verpleging, verzorging en thuiszorg tijdens de coronacrisis, gebaseerd op ruim 1.700 gesprekken met zorgaanbieders in de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), periode maart-augustus 2020
- **Movisie [84]**
  - Persoonlijke communicatie. Overzicht bevindingen Movisie over de eerste golf van de COVID-19 epidemie. November 2020

Door het uitstellen en afschalen van formele zorg werd er in de eerste golf van de coronacrisis een groter beroep gedaan op informele zorg en ondersteuning. Er zijn geen kwantitatieve gegevens beschikbaar over uren mantelzorg of over aantallen mantelzorgers. Wel zijn er verschillende peilingen gehouden onder mantelzorgers waarin naar hun ervaring tijdens de eerste golf van de coronacrisis werd gevraagd. Niet alle peilingen zijn goed vergelijkbaar doordat de populaties waaraan mantelzorg wordt verleend verschillen.

In de peilingen van MantelzorgNL, Alzheimer Center Amsterdam en Alzheimer Nederland gaven veel mantelzorgers aan dat ze de periode van de eerste coronagolf als belastend hebben ervaren [74, 79-82]. Een groot deel van de mantelzorgers vond dat ze te weinig hulp kregen en voelden zich steeds vaker in de steek gelaten door organisaties die henzelf en/of hun naaste ondersteuning bieden. In de peiling van MantelzorgNL gaf in augustus ongeveer 1 op de 3 mantelzorgers aan nog steeds meer dan voorheen te zorgen voor hun naaste. Deze signalen zijn ook opgevangen door de IGJ [83]. Zorgaanbieders merkten dat mantelzorger zich zwaarder belast voelden en dat het aantal mantelzorgers dat overbelast raakte toenam. Movisie bevestigde dit beeld [84]. Uit onderzoek van Movisie bleek dat het bereiken en ondersteunen van mantelzorgers en mensen in een kwetsbare positie een uitdaging was. Veel dagbesteding kon niet meer op de normale wijze en grootte doorgaan, waardoor het voor gemeenten, wijkteams en welzijnsorganisaties soms een nog grotere uitdaging bleek om bij mantelzorgers achter de voordeur te komen.

In tegenstelling tot de mantelzorgers uit de panel van MantelzorgNL en Alzheimer Nederland, veranderde er voor veel mantelzorgers in het Zorgpanel van de Patiëntenfederatie weinig tijdens de eerst golf van de coronacrisis. Een klein deel ging meer mantelzorg geven, maar een groter deel van de respondenten ging minder mantelzorg geven. Zij beperkten het contact en gaven alleen noodzakelijke zorg. De helft van de mensen die meer mantelzorg zijn gaan geven heeft daar in sterke of redelijke mate nadelige gevolgen van ondervonden. Die aandeel is lager bij mantelzorgers die minder mantelzorger zijn gaan geven of niet meer geven (4 op de 10 ondervond in sterke of redelijke mate nadelige gevolgen) [73].

2.7 Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)



In deze paragraaf wordt ingegaan op de gevolgen van de COVID-19 epidemie voor de GGZ. In de eerste weken van de COVID-19 epidemie in Nederland zijn veel verwijzingen in de GGZ uitgesteld en liepen de wachttijden op. Na een beschrijving hiervan, zal worden ingegaan op de afname van aantal behandelingen, een aantal kwetsbare groepen binnen de GGZ, het patiëntenperspectief en aantal signalen vanuit onder andere de ambulante zorg en mantelzorgers.

Beschikbare gegevens

Registratiedata:

- **Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Trimbos-instituut [85] -** rapportage over de gevolgen van de coronacrisis voor de GGZ
  - Verwijzingen Zorgdomein en wachttijdgegevens zorgaanbieders van Vektis (zowel de aanmeldingswachttijd als de behandelingswachttijd), geanalyseerd door NZa en het Trimbos-instituut
  - Periode: de volledige eerste golf (t/m week 35)
- **Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie* opgericht door 113 Zelfmoordpreventie [86, 87]**
  - Cijfers over wekelijkse ontwikkelingen in suïcides en suïcidemeldingen.
  - Periode: vanaf de start van de COVID-19 epidemie
- **NRC Handelsblad [88]**
  - Nieuwsitem over opgevraagde politiecijfers door NRC over het aantal meldingen over personen met verward (onbegrepen) gedrag. De groep is zeer heterogeen (bijv.

mensen met een verslaving, een psychose, cognitieve problematiek).
    - Periode: april 2019 en 2020

Inventarisatie onder professionals:

- **De Nederlandse ggz, Jeugd-GGZ, Wmo-zorg en crisisdienst (o.a.) [89]**
    - Inventarisatie van GGZ Nederland onder +/- 100 GGZ-instellingen die ongeveer 90 procent van de GGZ-zorg vertegenwoordigen
    - Periode: onbekend
- **Nederlandse ggz en MeerGGZ [90]**
    - Uitvraag door brancheorganisaties Nederlandse ggz (voorheen GGZ Nederland) en MeerGGZ onder de leden. Circa 100 GGZ-aanbieders vanuit Nederlandse ggz en 10 aanbieders vanuit MeerGGZ. Veel kleinere GGZ-aanbieders en vrijgevestigden ontbreken. De respons was 92 procent.
    - Periode: jaarlijks, eind mei 2020
- **Kamp et al. [91]**
    - Onderzoek door Kamp et al (2020) naar ervaringen met de toepassing van beeldbellen in therapeutische behandelsessies onder 592 Nederlandse psychologen, waaronder gz-psychologen (i.o.), psychotherapeuten en klinische psychologen
    - Periode: eerste weken na start van de COVID-19 epidemie
- **Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie [92]**
    - Vragenlijst uitgezet door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) over patiëntcontacten onder leden van NVvP: 284 psychiaters, werkzaam door heel Nederland. Bijna driekwart werkt in de GGZ en bijna een kwart (ook) in een zelfstandige praktijk. Ongeveer 6% werkt in een ziekenhuis of universitair medisch centrum.
    - Periode: vóór half maart, tijdens de COVID-19-uitbraak van half maart tot half mei, en in de periode ná half mei 2020
- **Movisie [93]**
    - Enquête uitgezet door Movisie over de ervaringen rondom dagbesteding in de coronacrisis voor professionals als deelnemers aan dagbesteding

Inventarisatie onder patiënten of mantelzorgers:

- **Stichting MIND [94-96]**
    - Vragenlijstonderzoek door stichting MIND onder GGZ-panel bestaande uit 4.000 deelnemers (circa 90% cliënten, circa 10% familieleden/naasten/ overig), geen representatieve steekproef van GGZ-patiënten
    - Periode: vragenlijst 1: 23 maart, vragenlijst 2: periode 21 april tot 9 mei, vragenlijst 3: 6 t/m 21 juni
- **Termorshuizen et al. (2020) [97]**
    - Online vragenlijstonderzoek naar de impact van COVID-19 epidemie op patiënten met zelfgerapporteerde eetstoornissen in Nederland en de Verenigde Staten. 510 Nederlandse respondenten/patiënten zijn verworven via

sociale media/online platforms. Geen representatieve steekproef.
    - Periode: 17 april t/m 15 mei 2020
- **Trimbos-instituut [98]**
    - Vragenlijst onder panel van volwassenen met ernstige psychische aandoeningen (EPA), door het Trimbos-instituut: 634 respondenten, mensen die langere tijd last hebben van psychische klachten, zoals psychose, bipolaire stoornis, aanhoudende depressie of persoonlijkheidsstoornis
    - Periode: 2e helft van april 2020
- **Universiteit van Amsterdam, Ben Sajef centrum, Vrije Universiteit, Trimbos-instituut, MEE, Pharos, Hogeschool van Amsterdam en ZonMw [99]**
    - Onderzoek naar de effecten van sociale afstand op kwetsbare groepen in Nederland ten tijde van 'de lockdown' periode (van 15 maart 2020 tot 23 mei 2020) en de periode van 'de versoepeling' van de maatregelen tot het einde van het onderzoek (de periode na 23 mei 2020-1 juli 2020) uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam, Ben Sajef centrum, Vrije Universiteit, Trimbos-instituut, MEE, Pharos, Hogeschool van Amsterdam en ZonMw
    - Periode: 15 maart – 1 juli 2020

Overige observaties uit het veld:

- **Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) [100]**
    - Signalement over de maatschappelijke gevolgen van de maatregelen ter bestrijding van de COVID-19 epidemie voor ggz-patiënten (gebaseerd op eerder SCP-onderzoek, aangevuld met beschikbare kennis uit de literatuur)
    - Periode: begin mei 2020
- **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) [101, 102]**
    - Signalen o.b.v. dagelijks contact met zorgverleners, producenten, leveranciers en andere zorgorganisaties over de effecten van het coronavirus op het werk in de zorg
    - Periode: onbekend
- **Nederlands-Vlaamse Hersenstimulatiestichting [103]**
    - Rondvraag onder de leden van de stichting over de effecten van COVID-19 op behandelingen en activiteiten rondom niet-invasieve hersenstimulatie (NIHS)
    - Periode: rondom de invoer van eerste maatregelen, maart 2020

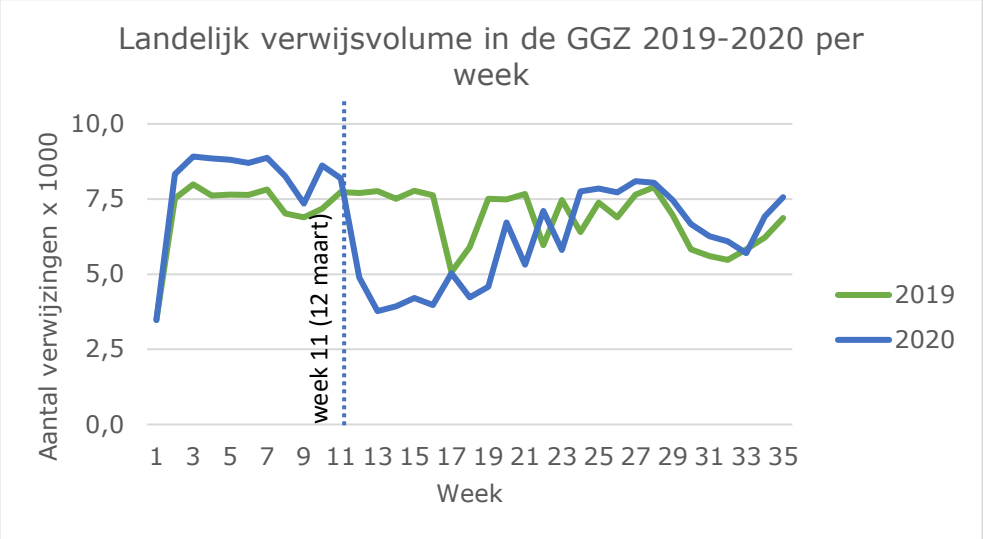
*De Commissie bestaat uit leden van het Registratienetwerk Forensische Geneeskunde, Nationale Politie, ProRail, Nederlandse Spoorwegen, IGJ, GGZ Nederland, initiatiefgroep Zero Suïcide, Forensisch artsen Rotterdam Rijnmond (FARR), Supranet GGZ, vakgroep Forensische Geneeskunde GGD GHOR Nederland, Landelijk Operationeel Team Corona (LOT-C), 113 Netwerk Ziekenhuizen en 113 Zelfmoordpreventie. Het voorzitterschap is in handen van 113 Zelfmoordpreventie.

2.7.1 *GGZ: Registratiedata*

Verwijzingen en wachttijden

Vanaf de start van de eerste golf nam de landelijke instroom van patiënten in de GGZ sterk af[4] [85]. De verwijsdata van Zorgdomein tot en met eind augustus (week 35) zijn geanalyseerd door de NZa en het Trimbos-instituut [85]. Vanaf medio maart (week 11) viel het aantal verwijzingen naar de GGZ sterk terug van ruim 8.000 in de weken vóór medio maart (week 12) tot 4.800 in medio maart (week 12), 3.800 in eind maart (week 13) en 3.900 begin april (week 14) (Figuur 19). Vanaf eind april (week 18) zette een herstel in en steeg het aantal verwijzingen naar de GGZ weer. Tussen begin juni (week 24) en begin juli (week 28) is het aantal verwijzingen redelijk stabiel gebleven. Eind augustus was het aantal verwijzingen weer vergelijkbaar met 2019.

Vanaf de invoer van de eerste maatregelen was het aantal verwijzingen specifiek vanuit de huisarts met ongeveer de helft gedaald [85]. Eind augustus was het aantal verwijzingen vanuit de huisarts weer net zo hoog als voor de COVID-19-uitbraak, maar niet hoger. Deze afname was gelijkmatig verdeeld over verwijzingen naar de basis-GGZ en specialistische GGZ.

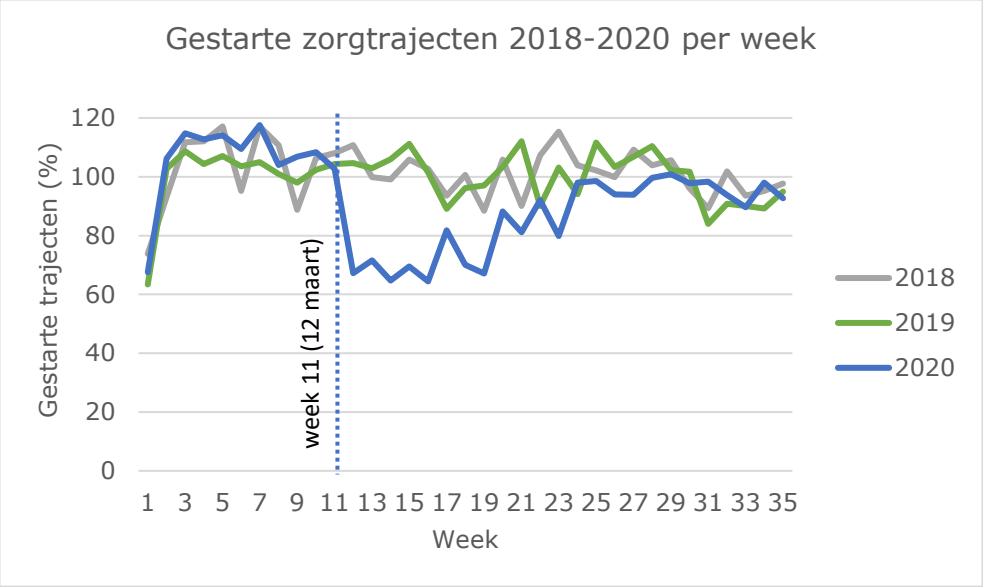


Figuur 19 Landelijk verwijsvolume 2019-2020 per week. Aangepast figuur op basis van data NZa.

Spoedverwijzingen en verwijzingen in verband met psychose lijken minder te zijn afgenomen en kwamen weer sneller op het oude niveau [85]. De daling in verwijzingen was bij kinderen/jeugd, volwassenen en ouderen vergelijkbaar, maar het herstel leek bij ouderen wat sneller te zijn [85].
In de wachttijden voor de GGZ in de periode januari tot en met april waren weinig veranderingen te zien [85]. Dit kwam mogelijk doordat instellingen retrospectief de wachttijd berekenen. Het aantal nieuw gestarte behandeltrajecten in de specialistische GGZ daalde vanaf het begin van de eerste golf sterk (zie Figuur 20), wat zich vertaalt naar een geleidelijke daling van het aantal patiënten met een openstaand zorgtraject. De afname vanaf medio juni (week 25) is waarschijnlijk het

[4] Exacte aantallen van verminderde instroom worden niet genoemd.

gevolg van de zomervakantie [85]. Het aantal afgesloten trajecten nam ook af, maar deze daling was minder sterk. De daling van de afgesloten trajecten kan komen doordat er minder kortstondige trajecten werden gestart, bijvoorbeeld bij diagnostiek of een crisisbehandeling.



Figuur 20 Gestarte zorgtrajecten 2018-2020 per week. Aangepast figuur op basis van data NZa.

Bovenstaand beeld over een sterke afname in aantal verwijzingen wordt bevestigd in een inventarisatie van GGZ Nederland onder GGZ-instellingen die ongeveer 90 procent van de GGZ zorg vertegenwoordigen [89]. Het aantal verwijzingen naar de GGZ is sinds het uitbreken van de COVID-19 epidemie gedaald. De afname in de GGZ-instellingen was minimaal 25 procent en liep op tot zelfs 80 procent (specialistische GGZ en de jeugd-GGZ). In de individueel gerichte klinische zorg werd een daling in verwijzingen van gemiddeld 50 procent gezien. De groepsgerichte zorg lag initieel vrijwel stil, maar werd sinds begin april weer geleidelijk opgestart binnen de geldende richtlijnen. De COVID-19 maatregelen beperkte echter capaciteit voor onder andere groepsgerichte zorg; hierdoor werden er minder diagnoses gesteld en behandelingen gestart. Ook was er hierdoor minder beschikbare ruimte in polikliniek en minder capaciteit voor groepstherapie en dagbesteding [85].

Kwetsbare groepen in de GGZ

In april 2020 lag het aantal meldingen over personen met verward (onbegrepen) gedrag 20 procent hoger dan in april 2019 (9.600 versus 8.030). Het is niet duidelijk of deze toename te maken had met de COVID-19 epidemie zelf, of met een verminderd zorgaanbod, zoals het sluiten van de dagbesteding [88].

De commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie[5] opgericht door 113 Zelfmoordpreventie concludeerde dat er géén toename te zien was van het totaal aantal suïcides in Nederland op basis van kwantitatieve gegevens, vanaf de start van de COVID-19 epidemie in Nederland tot en met september 2020 [86]. Ook meldde 113 Zelfmoordpreventie dat in de periode vanaf de eerste maatregelen tot aan medio mei 2020 geen toename te zien was in het aantal gesprekken bij de hulplijn van 113 Zelfmoordpreventie [87].

2.7.2 GGZ: Perspectief van professionals

Behandelingen

Psychologen, psychiatrie, jeugd-GGZ, Wmo-zorg en andere GGZ professionals

Er bleek een groot verschil te zijn tussen instellingen wat betreft de mate waarin ze alternatieve contactvormen gebruikten, zoals beeldbellen. Bij sommige instellingen waren alle contacten digitaal, bij andere vonden alleen de medisch noodzakelijke contacten face-to-face plaats, en bij weer andere waren de contacten nog steeds voornamelijk face-to-face. Het percentage face-to-face contacten is tijdens de eerste golf van de corona-epidemie gemiddeld sterk afgenomen en op grote schaal vervangen door beeldbellen (Tabel 1)[90]. Volgens GGZ Nederland varieerde de uitval van behandelcontacten, veroorzaakt door het wegvallen van de vraag vanuit de patiënten zelf, van 10 tot 40 procent [89].

Tabel 1 Percentage contacten met patiënten naar type contact. Bron: Nederlandse ggz en MeerGGZ [104].

Type contact	**Voor corona-epidemie**	**Tijdens eerste golf corona-epidemie**
Face-to-face	81,2	29,7
Op afstand	18,8	70,3

Het werken met e-health modules als onderdeel van de behandeling was in veel instellingen, voorafgaand aan de COVID-19 epidemie, al dagelijkse praktijk voor psychologen. Voorbeelden van dat soort e-health modules zijn modules voor cognitieve gedragstherapie, mindfulness en schematherapie [91]. Uit onderzoek onder Nederlandse psychologen naar de ervaringen met beeldbellen kwam naar voren dat de psychologen voorzichtig positief zijn over beeldbellen, maar de psychologen vinden het wel 'second best'. Face-to-face contacten blijven de voorkeur houden van 86 procent van de psychologen [91].

In een vragenlijst uitgezet door de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP) onder haar leden gaf zo'n 70 procent van de psychiaters aan dat bijna alle geplande behandelcontacten zijn doorgegaan [92]. Daartegenover geeft 26 procent van de psychiaters aan nauwelijks face-to-face contact te hebben gehad en dit vervangen was door een vorm van beeldbellen of ander e-health contact. Vanaf half mei gaven de psychiaters aan dat het aantal face-to-face contacten

[5] De Commissie bestaat uit leden van het Registratienetwerk Forensische Geneeskunde, Nationale Politie, ProRail, NS, IGJ, GGZ Nederland, initiatiefgroep Zero Suïcide, FARR, Supranet GGZ, vakgroep Forensische Geneeskunde GGD GHOR Nederland, LOT-C, 113 Netwerk Ziekenhuizen en 113 Zelfmoordpreventie. Het voorzitterschap is in handen van 113 Zelfmoordpreventie.

weer was toegenomen en gaf iets meer dan een derde aan dat driekwart van de contacten face-to-face plaatsvond [92]. Ook binnen de jeugd-GGZ en in de Wmo-zorg was er een daling van de geleverde zorg te zien in maart en april [89]. Bij jeugd-GGZ was het aantal behandeluren teruggelopen met 20 procent en was er een daling tot 50 procent in verblijfsdagen. Binnen de Wmo-zorg waren 30 tot 40 procent minder begeleidingscontacten en de dagbesteding lag volledig stil[6]. Verder meldde GGZ Nederland dat er eind april geen toename was bij de crisisdiensten van het aantal meldingen van personen met acute psychiatrische problemen [89].

2.7.3 GGZ: Perspectief van patiënten

Stichting MIND, een samenwerkingsorganisatie van diverse cliënten- en patiëntenorganisaties uit de GGZ, hield tijdens de eerste golf drie peilingen onder haar GGZ-panel [94-96]. In maart gaf 60 procent van de respondenten aan dat hun GGZ-behandeling geheel of gedeeltelijk was weggevallen [94]. In april/mei was dit 23 procent, een deel van de zorg was dus weer opgestart [95]. In maart bleek het gebruik van e-health, mantelzorg en contact met de huisarts te zijn toegenomen vanwege de COVID-19 epidemie [94]. Ruim de helft van de respondenten kreeg alternatieve hulp en zorg aangeboden door de GGZ-behandelaar, een derde door de individuele begeleider, huisarts en/of familie/naasten. Ook groepsbegeleiders, inloop-, herstel- of zelfregiecentra boden andere vormen van contact aan.

In april/mei gaven zowel cliënten als naasten aan dat zij bijna alle alternatieve werkwijzen zoals beeldbellen, whatsapp of emailcontact minder goed vonden dan de zorg die er voorheen was [95]. Een derde van de GGZ-cliënten gaf aan dat ze niet voldoende alternatieven kregen voor het wegvallen van zorg. De hulpverlening in de buitenlucht vonden de meeste cliënten daarentegen wel een verbetering. De helft van de GGZ-cliënten zei bij het overgaan naar een aangepaste vorm van hulpverlening inspraak te hebben gekregen in de vorm daarvan. Driekwart van de familie en naasten van mensen met psychische problemen gaven aan dat zij druk ervaarden, bijvoorbeeld druk omdat zij zich machteloos voelden en 86 procent maakte zich grote zorgen voor het welzijn van de cliënt. Eén op de vijf familieleden of naasten wist niet goed voor zichzelf te zorgen in deze periode. In hoeverre dit een gevolg was van het wegvallen van reguliere zorg, is niet bekend.

In zowel de eerste (eind maart/begin april) als tweede (eind april/begin mei) uitvraag gaf 80 procent van de respondenten aan geen gebruik te kunnen maken van hun dagbesteding of inloopcentrum [94, 95]. Bovendien zei bij beide uitvragen een derde van de respondenten niet te weten hoe zij de komende periode moeten doorkomen. Zij verwachtten onder andere dat ze geen zorg of hulp meer zouden krijgen.

In juni was bij iets meer dan de helft van de cliënten de behandeling weer zoals voor de COVID-19 epidemie. Zorg van de huisarts, POH GGZ en GGZ-behandelaar vond voor een groot deel nog steeds digitaal plaats (respectievelijk 45, 45 en 42 procent). Ruim een derde van de

[6] Onbekend is ten opzichte van welke cijfers deze percentages berekend zijn (https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2020/forse-daling-van-aantal-verwijzingen-naar-ggz)

respondenten gaf aan dat de zorgverlener/instelling nog niets had laten horen over eventuele hervatting van face-to-face zorg of groepsbijeenkomsten. Bij wie de zorg wel werd hervat kreeg ruim een kwart geen inspraak in het moment van hervatten. Een derde gaf aan dat bijeenkomsten van dagactiviteitencentrum, inloop-, herstel- of zelfregiecentrum helemaal gestopt waren [96].

Eetstoornissen
Uit een online vragenlijstonderzoek naar de impact van COVID-19 epidemie op patiënten met zelf gerapporteerde eetstoornissen gaf bijna de helft van de respondenten aan dat hun behandeling in april via internet of telefoon plaatsvond [97]. Slechts een klein gedeelte (6 procent) had nog face-to-face contact, of had helemaal geen afspraken meer met hun behandelaar (5 procent). De overige respondenten gaven aan geen behandeling meer te volgen. Van de patiënten die een behandeling volgden die doorging gaf 56 procent aan dat de kwaliteit van hun behandeling enigszins slechter was dan normaal; 18 procent gaf aan dat dit veel slechter was, en respectievelijk 22 en 4 procent gaf aan dat hun behandeling even goed of beter was dan normaal. Circa 35 procent gaf aan dat het aantal sessies/contactmomenten verminderd was. De overige respondenten gaven aan dat zij tenminste hetzelfde aantal sessies/contactmomenten hadden [97].

Ernstige psychische aandoeningen
Vanuit de zorg voor volwassenen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) kwam het beeld naar voren dat, na invoer van de eerste maatregelen, face-to-face contacten waren afgenomen, en veel ging over op telefonisch of contact via beeldbellen [98, 99]. Beeldbellen werd door velen als een mindere oplossing ervaren. Van de respondenten heeft 26 procent sinds de COVID-19 epidemie face to face contact gehad; voorheen gold dat voor 83 procent. Het percentage mensen dat thuis werd bezocht was gedaald van 38 procent naar 9 procent. In veel gevallen kon de hulpverlening digitaal doorlopen, respondenten kregen wel minder hulp dan voorheen en de contacten duurden gemiddeld korter; 38 procent van de respondenten vond dat zij te weinig hulp kregen en bij 56 procent duurden de contacten duurden gemiddeld korter. Met 52 procent van de respondenten was niet overlegd over de manier waarop het contact in de coronatijd het beste kon plaatsvinden [98]. Voor de intramurale setting waren de eerste coronamaatregelen in maart ingrijpend; men moest zoveel mogelijk alleen op de kamer blijven, gezamenlijk koken en eten lag stil, naar buiten mocht alleen onder begeleiding en groepsbehandelingen werden gestaakt. Om die reden zijn na ongeveer twee weken versoepelingen op de maatregelen ingevoerd en groepsbehandelingen weer opgestart [99].

2.7.4 GGZ: Observaties uit het veld

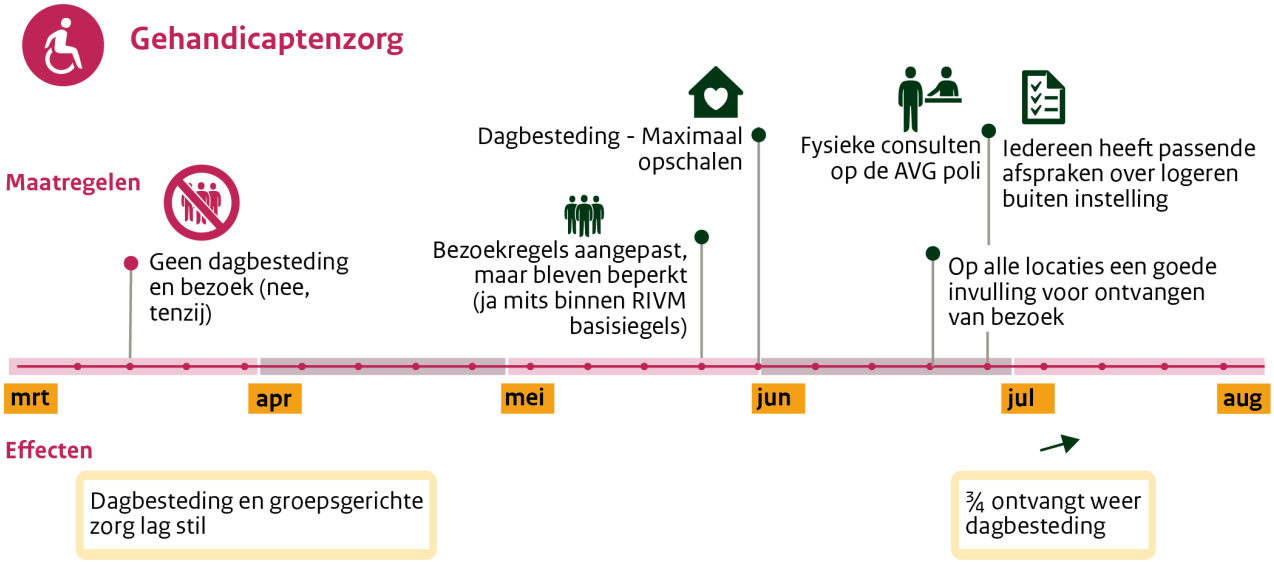
Het SCP rapporteerde begin mei dat de meeste ambulante behandelingen omgezet waren naar vormen van e-health, zoals videobellen, chat of e-mail [100]. Voor sommige patiënten bleek dit positief te zijn, maar dat gold zeker niet voor alle GGZ patiënten. Dagbestedingslocaties werden vaak gesloten en soms werden er alternatieven georganiseerd, zoals bijvoorbeeld dagelijkse online contactmomenten om te helpen een structuur aan de dag te geven. Als locaties wel open bleven bleek het ontbreken van (groeps)vervoer een

obstakel voor het deelnemen aan dagbestedingsactiviteiten. Met name mensen met ernstige psychische stoornissen maakten voor COVID-19 gebruik van dagbesteding [100]. Het wegvallen van dagbesteding en activiteiten heeft voor deze groep mogelijk ernstige consequenties, zoals angst, depressie en een terugval in verslavingsgedrag, gehad, omdat dit vaak de enige reden was om uit bed te komen [93].

De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd [101] gaf aan dat mantelzorgers in de eerste maanden na het ingaan van de COVID-19 maatregelen in maart veel zorg voor kwetsbare groepen op zich namen. Mantelzorgers hebben hierdoor extra druk ervaren. Vanaf 5 juni meldde de IGJ dat de jeugdhulp weer op gang kwam, vanaf 12 juni werden de wachtlijsten weer korter en GGZ instellingen startten langzamerhand weer met dagbesteding en andere activiteiten [101].

In de Nederlandse klinieken voor hersenstimulatie (NIHS-centra), voor uiteenlopende neurologische of psychische aandoeningen, zijn halverwege maart de meeste activiteiten voor zowel kliniek als onderzoek gestopt of significant verminderd. Wel waren er verschillen tussen de verschillende klinieken. Voorbeelden zijn dat sommige klinieken doorgingen met face-to-face activiteiten, maar bewaakten daarbij de anderhalve meter. Andere klinieken stapten waar mogelijk over naar beeldbellen en weer andere klinieken hebben activiteiten gestaakt [103].

2.8 Gehandicaptenzorg



In deze paragraaf worden de effecten van de COVID-19 epidemie op de gehandicaptenzorg en medische zorg voor mensen met een beperking beschreven. Duidelijke landelijke registratiedata over de omvang van uitgestelde of afgeschaalde zorg in de gehandicaptenzorg ontbreken. Wel zijn er meerdere bronnen beschikbaar die signalen geven over de omvang of gevolgen van uitgestelde of afgeschaalde zorg. Ook is er in deze paragraaf aandacht voor toename van incidenten en de kwaliteit van leven van mensen met een beperking en hun naasten tijdens de

eerste golf van de coronacrisis. Het gaat in deze paragraaf over intra- en extramurale gegeven zorg.

Beschikbare gegevens

Registratiedata:

- **Associatie van Academische Werkplaatsen Verstandelijke Beperkingen (AAWVB) (Schuengel, Tummers et al. 2020) [105]**
  - Registratiedata van wekelijkse gemelde incidenten uit zorginstelling 's Heeren Loo. met 14.000 cliënten, de afgelopen 4 jaar tot 25 juni 2020. De zorginstelling heeft ruim 14.000 cliënten met een verstandelijke en/of andere beperking

Inventarisatie onder professionals:

- **Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten (NVAVG) [106, 107]**
  - Vragenlijstonderzoek onder 23 artsen begin mei en 9 artsen eind juni/begin juli [106]
  - Vragenlijstonderzoek onder 4 artsen begin november [107]

Inventarisatie onder patiënten of mantelzorgers:

- **KansPlus en de Landelijke Federatie Belangenverenigingen Onderling Sterk (LFB), Ieder(in) [108]**
  - Vragenlijstonderzoek onder 67 mensen met een beperking en 580 naasten, juni/juli 2020
- **Hogeschool van Amsterdam (HvA), Clientenbelang Amsterdam, Universiteit van Amsterdam (UvA) en Ben Sajet Centrum (Van Schravendijk, Willems et al., 2020) [109]**
  - Interviews met 22 mensen met een verstandelijke beperking van half april tot half juni 2020
- **Nivel (Schelven, van Verkaik et al., 2020) [110]**
  - Vragenlijstonderzoek onder 266 naasten van mensen met een verstandelijke beperking, juni 2020

Overige observatie uit het veld:

- **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) [111]**
  - Sectorrapportage Gehandicaptenzorg, inventarisatie onder 50 zorgaanbieders in periode van 14 juli – 7 augustus 2020

2.8.1 *Gehandicaptenzorg: Signalen over afgeschaalde zorg*

Tijdens de eerste golf van de COVID-19 epidemie was bij het merendeel van de zorgaanbieders sprake van uitgestelde zorg [106, 111]. Noodzakelijke zorg voor mensen met een beperking ging door, zoals noodzakelijke eerstelijns medische zorg. Bij zorgaanbieders met een eigen medische dienst verliep dit makkelijker dan bij zorgaanbieders die een beroep moeten doen op een huisarts. Ook de noodzakelijke behandelingen voor mensen met een beperking in ziekenhuizen gingen in het algemeen door. Andere zorg (vooral paramedische zorg, zoals fysiotherapie en mondzorg, maar ook bloedcontroles, psychiatrische

zorg) werd zowel intra- als extramuraal tijdelijk stopgezet of op een andere manier gegeven. Waar mogelijk werd zorg vervangen door zorg op afstand, per telefoon of via beeldbellen. Per 1 juli vonden er weer fysieke (medicatie)consulten plaats op de polikliniek van artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG).

Verder werden overleggen tussen zorgverleners onderling verminderd in aantal, zoals farmacotherapeutisch overleg, multidisciplinaire (behandel)besprekingen en besprekingen ten aanzien van de Wet zorg en dwang. Met name het stopzetten van dagbesteding werd door artsen voor verstandelijk gehandicapten genoemd als erg problematisch voor de cliënten. Hoewel een deel van de cliënten baat had bij de rust en regelmaat door de nieuwe maatregelen, zijn er mogelijk ook nieuwe diagnosen gemist, zoals maligniteiten. Cliënten die extra risico lopen op gezondheidsschade zijn volgens de AVG onder andere cliënten die zelf geen klachten (betrouwbaar) kunnen uiten, cliënten met lichamelijke co-morbiditeit, een psychische stoornis, drugsgebruik of probleemgedrag en kwetsbare mensen met een ernstige meervoudige verstandelijke beperking [106].

Ook in de thuissituatie had de eerste golf van de COVID-19 epidemie grote impact [108]. In een onderzoek onder familieleden van mensen met een verstandelijke beperking gaf ruim de helft van de mensen die een familielid met beperking thuis heeft wonen aan dat ze onvoldoende ondersteuning in de thuissituatie kregen. Van deze groep gaf iets minder dan de helft aan hier zelf voor te hebben gekozen. Bij de overige respondenten vielen zorgverleners uit. In juni/juli was voor een derde van de respondenten in het onderzoek nog geen logeervoorziening beschikbaar, terwijl daar wel behoefte aan was. Voor veel mensen met een beperking lag de dagbesteding tijdelijk volledig stil. In juni/juli werd voor het merendeel van de cliënten de dagbesteding hervat, maar vaak gedurende minder dagdelen per week dan voor de coronacrisis het geval was. Voor een klein deel van de mensen was in juni/juli de dagbesteding nog niet geregeld; 6 procent kreeg andere dagbesteding of werk dan voor de COVID-19 epidemie en 6 procent had nog geen werk of dagbesteding. In juni/juli gaf een vijfde van de familieleden aan dat er onvoldoende zorgverleners beschikbaar waren om extra ondersteuning te bieden. Een klein deel (12 procent) van de mensen kreeg online begeleiding en ruim een derde (36 procent) gaf aan minder begeleiding te krijgen dan voor de coronaperiode.

Incidenten
Verschillende bronnen hebben aandacht voor incidenten als gevolg van afgeschaalde zorg, zoals agressie, onrust en gedragsontregelingen [105, 106, 111]. Precieze gegevens over landelijke omvang van deze problemen zijn niet bekend.

Naar aanleiding van vragen uit het veld onderzocht de Associatie van Academische Werkplaatsen Verstandelijke Beperkingen (AAWVB) of het ingaan van coronamaatregelen vanaf half maart tot en met juni gepaard ging met verandering in het aantal gemelde incidenten, zoals agressie en onverklaarde afwezigheid, ten opzichte van de voorafgaande periode [105]. Hiervoor werden de wekelijkse meldingen van incidenten van een grote zorginstelling over de afgelopen 4 jaar en tot 25 juni 2020

geanalyseerd. Normaliter worden wekelijks gemiddeld 1.000 incidenten gemeld binnen deze insteling. Naast agressie en onverklaarde afwezigheid werden ook meldingen van fouten met medicatie geanalyseerd, omdat de onderzoekers geen stijging verwachtten van dit type melding. Sinds half maart trad er een duidelijke verandering op in het totaal aantal gemelde incidenten. Ten opzichte van de pre-corona fase was het aantal meldingen van incidenten aan het begin van de corona-epidemie aanzienlijker lager. Mogelijk had dit te maken met toegenomen werkdruk waardoor medewerkers minder toekwamen aan het maken van meldingen. Meldingen voor agressie en onverklaarde afwezigheid namen na een dip aan het begin van de corona-epidemie langzaam weer toe. Het aantal meldingen voor agressie steeg het snelst en uiteindelijk steeg naar aantallen die niet eerder zijn voorgekomen.

In de peiling van de NVAVG gaven meerdere artsen aan meer onrust, slaapproblemen en gedragsontregelingen bij hun cliënten te zien [106]. De IGJ signaleerde tijdens de eerste golf bij een derde van de zorgaanbieders een toename van onvrijwillige zorg. Zo moesten cliënten op hun (soms afgesloten) kamer blijven als er een virusuitbraak in een woning was. Voor de onvrijwillige zorg is bij een aantal zorgaanbieders gebruikgemaakt van het stappenplan van de Wet zorg en dwang (Wzd). Bij andere organisaties gebeurde dit niet [111].

2.8.2 Gehandicaptenzorg: Signalen over welbevinden

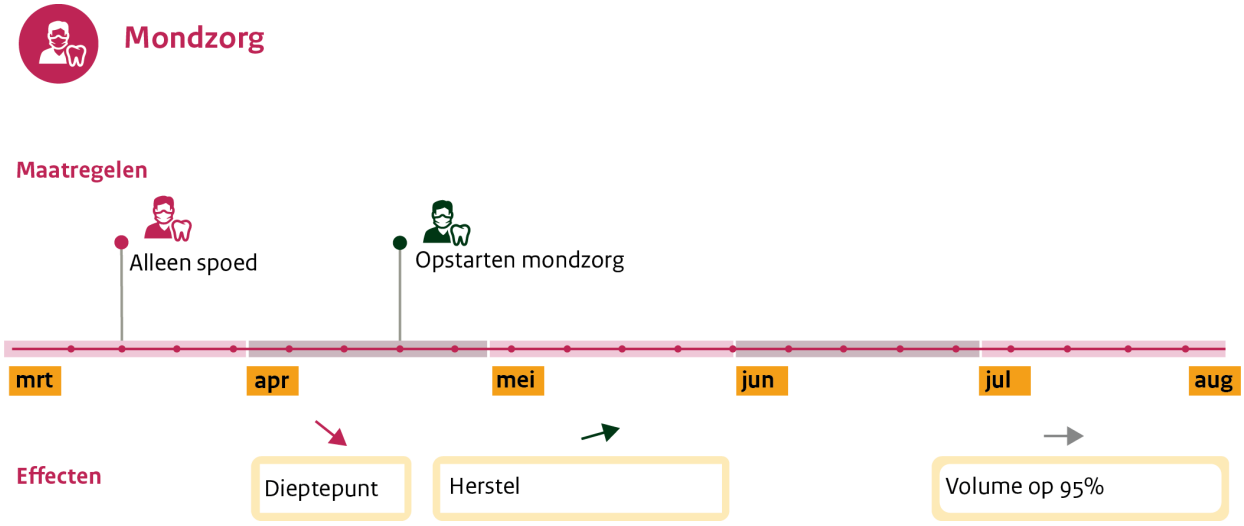
De veranderingen in de gehandicaptenzorg veroorzaakt door de coronacrisis heeft geleid tot wegvallen van dagstructuur, sluiting van dagbesteding en verminderde toegang tot voorzieningen. Ook leidde het wegvallen van paramedische zorg bij een deel van de cliënten tot meer stijfheid en pijnklachten. De veranderingen in de zorg leidden tot spanningen en hadden invloed op het welbevinden van mensen met een beperking [109, 111] [106]. Ook werd duidelijk dat de verschillende besluiten van de diverse zorgaanbieders ten aanzien van het wel of niet voortzetten van fysieke ontmoetingen of ontmoetingsmogelijkheden voor verwarring zorgden bij mensen met een verstandelijke beperking en daarmee ook het gevoel van ervaren ongelijkheid [109]. Dit gold ook voor de onduidelijkheid rond het wel of niet versoepelen van maatregelen zoals die per 1 juni ingingen. Mensen met een (verstandelijke) beperking hadden vooral veel last van en ervaarden bedreiging van de onduidelijkheden waarmee invoering van de coronamaatregelen in de eerste golf gepaard is gegaan.

Kwaliteit van leven naasten

De kwaliteit van leven van naasten van mensen met een verstandelijke beperking is tijdens de coronacrisis niet veranderd [110]. Ze vergeleken de resultaten tijdens de coronacrisis met de resultaten van een studie die vlak voor de coronacrisis is uitgevoerd. Tijdens de coronacrisis in juni zei drie kwart van de naasten dat hun kwaliteit van leven (heel) goed is (75 procent). Vier procent vond hun kwaliteit van leven (heel) slecht. Eén op de vijf (18 procent) naasten ervaarden redelijk vaak of zeer vaak negatieve gevoelens. Naasten die in 2019 net vóór de coronacrisis ook hebben meegedaan aan het onderzoek zijn sindsdien niet anders gaan denken over hun kwaliteit van leven. Ook ervaarden zij sinds de coronacrisis niet meer of minder negatieve gevoelens. De meeste naasten hadden tijdens de coronacrisis goed contact met hun

familielid met een verstandelijke beperking en kregen ondersteuning aangeboden van familie en vrienden. Ruim een kwart vond het zorgen voor hun familielid met verstandelijke beperking zwaar.

2.9 Mondzorg



In deze paragraaf worden registratiedata en een inventarisatie onder patiënten over mondzorg beschreven.

Beschikbare gegevens

Registratiedata:
- **Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) [112]**
  - Declaratiegegevens van Infomedics
  - Maart tot en met week 31, juli 2020

Inventarisatie onder professionals: Geen

Inventarisatie onder patiënten of mantelzorgers:
- **Patiëntenfederatie Nederland [113]**
  - Vragenlijstonderzoek met respons van 8.100 panelleden
  - Mei 2020

Overige observaties uit het veld: Geen

2.9.1 *Mondzorg: Registratiedata*

De coronacrisis had grote impact op de mondzorg doordat in medio maart een groot deel van de praktijken werd gesloten. Per 15 maart 2020 adviseerde de Mondzorgalliantie praktijken alleen open te stellen voor spoedbehandelingen bij patiënten zonder symptomen van COVID-19. Dit advies werd per 17 maart de veldnorm na onderschrijving door het ministerie van VWS en IGJ. Vanzelfsprekend was vanaf deze week een sterke daling in het verwerkte volume van de reguliere mondzorg in de algemene praktijk te zien. Op het dieptepunt, in medio april, was er sprake van een daling tot 19 procent van het niveau van dezelfde

periode in 2019. Met aanvullende adviezen op het gebied van infectiepreventie werd de mondzorg weer opgestart vanaf eind april. Uit declaratiedata blijkt dat eind april het aantal consulten in de mondzorg herstelde. Begin juni lag het volume in de algemene praktijk op 92 procent van het niveau van dezelfde periode in 2019. Eind juli zat het verwerkte volume van de mondzorg op 95 procent van het niveau van dezelfde periode in 2019 [112].

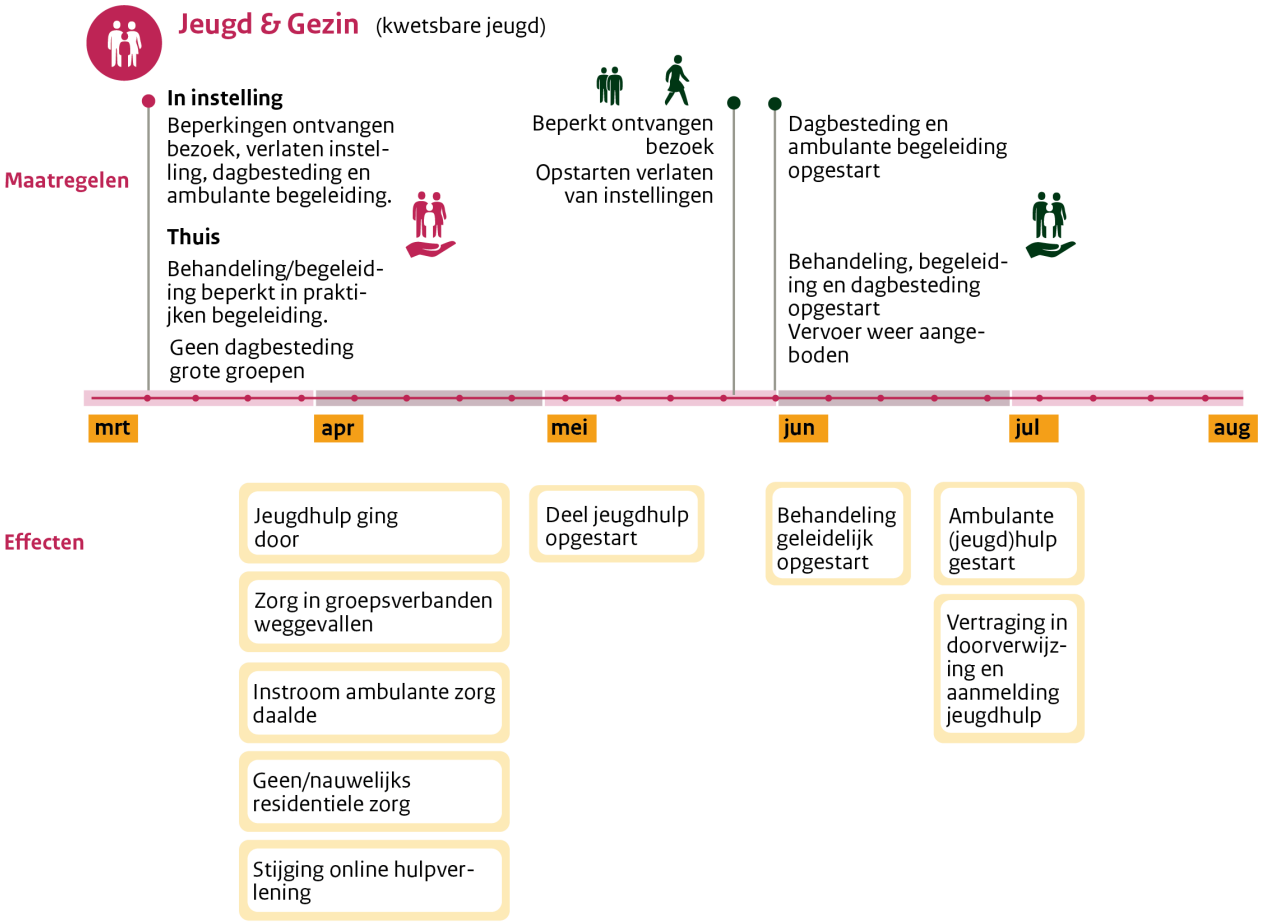
2.9.2 Mondzorg: Perspectief van patiënten

In de navraag in mei van Patiëntenfederatie Nederland is aandacht voor het patiëntenperspectief op de afgeschaalde mondzorg [113]. Van de deelnemers had 32 procent in coronatijd een (gewenste) afspraak bij de tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus die niet door kon gaan. Daarnaast had 9 procent een (gewenste) afspraak die zij zelf niet door wilden laten gaan. Van deze groep deelnemers (n=3.295) geeft een kwart aan dat de afspraak inmiddels heeft plaatsgevonden; bij een derde is de afspraak ingepland. Bij 41 procent was een afspraak op moment van navragen nog niet mogelijk (bij de helft van deze groep omdat zij zelf nog niet wilde) en bij de overige 1 procent was de afspraak niet meer nodig. De uitgestelde zorg betreft voornamelijk periodieke controles door de tandarts of mondhygiënist.

Van de deelnemers waarbij een afspraak nog niet mogelijk was terwijl zij dit wel wilden (n=659), wachtte 62 procent sinds de tweede helft van maart of de eerste helft van april op een afspraak met de mondhygiëniste, orthodontist of tandprotheticus. Bij 10 procent was er alternatief contact geweest, waarvan 4 procent telefonisch. De overige 6 procent kreeg andere alternatieven aangeboden, zoals contact per mail. Er werd geen gebruikgemaakt van beeldbellen.

Aan de deelnemers werd gevraagd in hoeverre ze (nog) nadelige gevolgen ervaarden van het uitstellen van de afspraak: 31 procent gaf aan dat dit in enige mate het geval is. Mensen die niet terechtkonden, maar dit wel wilden, ervaarden gemiddeld meer nadelige gevolgen (van deze groep gaf 43 procent aan in enige mate nadelige gevolgen te ervaren).

2.10 Zorg voor jeugd en gezin



In deze paragraaf wordt ingegaan op de gevolgen van COVID-19 epidemie op de zorg voor kwetsbare jeugd en gezinnen. Er is informatie beschikbaar over cruciale jeugdhulp, jeugdzorg en geweld binnen gezinnen.

Beschikbare gegevens

Registratiedata: Geen

Inventarisatie onder professionals:

- **Jeugdautoriteit**
  - 3 procent **[115]**
- **Verwey-Jonker Instituut [116].**
  - Vragenlijstonderzoeken om te inventariseren of geweld in gezinnen is toegenomen als gevolg van de COVID-19 epidemie. Beide onderzoeken zijn uitgevoerd onder kwetsbare gezinnen (gezinnen die gemeld zijn vanwege vermoedens van partnergeweld of kindermishandeling, of waarbij bij een van de kinderen sprake is van een jeugdbeschermingsmaatregel).
  - Onderzoek 1: vragenlijst afgenomen in januari en februari onder 159 gezinnen

- Onderzoek 2: vragenlijst afgenomen na de invoer van de coronamaatregelen (16 maart) bij 87 gezinnen. Interviews met 30 ouders, 9 kinderen en 13 professionals (in de psychische/GGZ/ trauma-hulp) over de impact van de COVID-19 epidemie op de hulp en ondersteuning aan kwetsbare gezinnen.

- **Movisie [117]**
  - Persoonlijke communicatie. Overzicht bevindingen Movisie over de eerste golf van de COVID-19 epidemie. November 2020

Inventarisatie onder patiënten of mantelzorgers: Geen

Overige observaties uit het veld:

- **Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd [118]**
  - Bestaat uit Jeugdzorg Nederland, de Nederlandse GGZ, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC).

2.10.1 *Jeugdzorg: Perspectief van professionals en signalen*

In een vragenlijstonderzoek onder aanbieders van cruciale jeugdhulp[7] gaf eind maart ongeveer de helft van de professionals aan dat zij nog de hulp konden bieden die nodig was [114]. In mei was dit gestegen naar ongeveer twee derde van de professionals [115]. De overige professionals gaven bijna allemaal aan dat het enigszins mogelijk was de nodige hulp te kunnen bieden en een klein deel zei dat dit niet het geval was [114, 115]. Instellingen gaven aan prioriteit te leggen bij de meest kwetsbaren en situaties van acute onveiligheid [114].
In maart waren crisissituaties een knelpunt. Huisbezoeken waren niet altijd mogelijk. Daarnaast gaven instellingen aan dat zorg en ondersteuning in groepsverbanden en op scholen niet of nauwelijks meer geleverd werd [114]. Specialistische behandelvormen konden niet voldoende worden uitgevoerd. Verder zagen instellingen halverwege maart vooral de instroom van ambulante zorg dalen (per instelling variërend van 30 tot 70 procent). De dagbesteding was nagenoeg volledig weggevallen. Instellingen gerelateerd aan de GGZ hadden geen of nauwelijks residentiele zorg, de focus lag op de online zorgverlening en de hulp aan de medische zorg.

Tijdens een tweede vragenlijstonderzoek in mei benadrukten verschillende aanbieders dat veel jeugdhulp in die periode (weer) gewoon is doorgegaan of weer werd opgestart, al dan niet in aangepaste vorm [115]. De hoeveelheid hulp die minder geleverd werd dan normaal verschilde per instelling: 32 procent gaf aan dat de afname tussen de 0 en 10 procent lag, 38 procent zei tussen de 10 en 30 procent, 13 procent dacht meer dan 30 procent en 17 procent gaf aan dat de hoeveelheid geleverde hulp gelijk was gebleven. De onderdelen binnen

[7] Onder cruciale jeugdhulp wordt verstaan: jeugdhulp waarvoor door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten een landelijk raamcontract is afgesloten, de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen of jeugdreclassering, gesloten jeugdhulp, zorg voor jeugdigen in orthopedagogische behandelcentra, verplichte zorg zoals bedoeld in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen, pleegzorg, verslavingszorg voor jeugdigen en forensische zorg (Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen, ministerie van VWS, https://www.dus-i.nl/subsidies/continuiteit-cruciale-jeugdzorg).

de jeugdhulp waarvoor minder zorg werd geleverd was divers: ambulante begeleiding/ behandeling, dagbehandeling, groepsbehandeling en logeren [115].

Halverwege juni constateerden de Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd dat in de toegang tot jeugdhulp, waaronder ook jeugd-GGZ en jeugdhulp via de rechter, vertraging was ontstaan [118]. Het aantal aanmeldingen was afgenomen, omdat er minder werd doorverwezen naar jeugdhulp vanuit de huisarts, jeugdarts of medisch specialist. Halverwege juni was de ambulante (jeugd)hulp aan kinderen en gezinnen weer gestart, maar door de beperkingen van de algemene COVID-19-maatregelen konden minder cliënten en gezinnen per dag worden bezocht. Ook werden nog alternatieve vormen van hulp ingezet die in uren niet altijd van dezelfde omvang hadden. Door bijvoorbeeld terughoudendheid of angst (van ouders) kwamen kinderen nog niet naar dagbehandeling of naar een face-to-face behandeling (bezoek aan poliklinieken). Ook bij het inrichten van de zorg op locatie konden minder kinderen dan voorheen per dag worden gezien als gevolg van de geldende maatregelen [118].
Scholen voor voortgezet (speciaal) onderwijs waren half juni weer opgestart, maar nog niet voor 100 procent. Dit zorgde ervoor dat ook zorg en jeugdhulp die in onderwijs werd geboden veelal nog niet volledig kon starten. De dagbesteding en dagbehandeling voor (jong)volwassenen werd vanaf 1 juni geleidelijk weer gestart. Door de algemene COVID-19-maatregelen was hier soms sprake van kleinere groepen. En dagbesteding op externe locaties, zoals in de horeca, was nog niet altijd mogelijk [118].

2.10.2 Geweld in gezinnen: Perspectief van professionals

De hulpverlening en ondersteuning aan kwetsbare gezinnen is in de meeste gevallen tijdens de eerste golf van de coronacrisis niet stilgevallen [116]. Groepsbegeleiding op woongroepen als onderdeel van hulp en ondersteuning aan kwetsbare gezinnen werd veelal gecontinueerd. Ouders gaven aan dat hulp meestal werd geboden in een andere vorm en dat professionals op allerlei manieren in contact probeerden te blijven met gezinnen met wie zij al werkten ((beeld)bellen, wandelen), dat gold met name voor ambulante gezinshulp en lopende psychische trajecten. Ouders gaven aan dat het aantal afspraken hetzelfde was, al duurde de afspraak regelmatig korter. Professionals gaven aan dat bij twijfel over veiligheid van de situatie een huisbezoek, afspraak op kantoor of aanvraag van noodopvang een optie was [116].

Meldingen die binnen kwamen met betrekking tot huiselijk en seksueel geweld via verschillende kanalen laten een verschillende beeld, en mogelijk een verschuiving zien van fysieke of telefonische meldingen naar online meldingen. Het aantal fysieke meldingen is mogelijk niet toegenomen o.a. doordat professionals mogelijk minder signalen opvingen omdat bijv. scholen gesloten waren. Professionals zagen de betrokkenen minder tot niet face-to-face, maar online en op afstand. Dat cijfers toe- of afnemen zegt niet direct iets over of het geweld daadwerkelijk wel of niet is toegenomen [117]. De verschillen in de cijfers voor de verschillende kanalen (telefonisch en online) worden hieronder beschreven voor de verschillende bronnen.

Huiselijk geweld, seksueel geweld en kindermishandeling
Veilig Thuis, een advies- en meldpunt voor huiselijk geweld en kindermishandeling van de overheid, en de politie constateerden dat de coronamaatregelen niet hebben geleid tot een stijging in het aantal meldingen van huiselijk geweld en kindermishandeling tijdens de eerste golf [117]. Op basis van de telefonische meldingen die binnen kwamen bij Veilig Thuis constateerde het Verwey-Jonker instituut dat er in het vóórkomen van geweld binnen gezinnen er geen significante verschillen gevonden zijn tussen de periode voor het ingaan van de eerste maatregelen op 16 maart in vergelijking met ná die periode [116].

Bovenstaand beeld over de telefonische meldingen zijn tegengesteld aan de cijfers over het aantal online meldingen dat binnenkwam bij 'Chat met Fier'. Het aantal bezoekers van online hulpverlening nam hier met 40 procent toe tijdens de eerste coronagolf [117]. Dit was bijvoorbeeld terug te zien op websites met chatfunctie voor online hulpverlening[8]. Hier kwamen meer meldingen binnen tijdens de eerste golf (zie Tabel 2). De grootste stijgingen van meldingen betroffen het aantal personen dat op die chat kwam voor onder andere kindermishandeling. Verder introduceerde Veilig Thuis op 25 mei de chatfunctie op hun website en vanaf eind april voerde de Rijksoverheid een publiekscampagne onder het motto 'Het houdt niet op, totdat je iets doet' met de bijbehorende website Ikdoeietstegenhuiselijkgeweld.nl. Naar aanleiding hiervan nam het aantal adviesvragen via de chatfunctie toe ten opzichte van de periode voor de COVID-19 epidemie, met name van omstanders. Gemiddeld werden er wekelijks 425 keer serieus gechat met Veilig Thuis via hun website [117].

Daarnaast was er ook een grote stijging te zien van het aantal online meldingen over seksueel geweld [117] (zie Tabel 2). Ook Steketee et al. [116] rapporteerde dat het aantal meldingen van afpersing met seksueel getint beeldmateriaal steeg. De Centra Seksueel Geweld gaven echter aan dat er een ander beeld zichtbaar was in de meldingen die zij binnenkregen over seksueel geweld. Zij gaven aan dat begin april het aantal meldingen was teruggelopen sinds de start van de COVID-19 epidemie. Toen maatregelen werden versoepeld leken de aantallen echter weer te stijgen. Uit onderzoek naar seksuele gezondheid van Rutgers blijkt dat er niet geconcludeerd kan worden dat seksueel geweld is toegenomen, maar het lijkt ook niet te zijn afgenomen sinds de start van de eerste coronagolf [117].

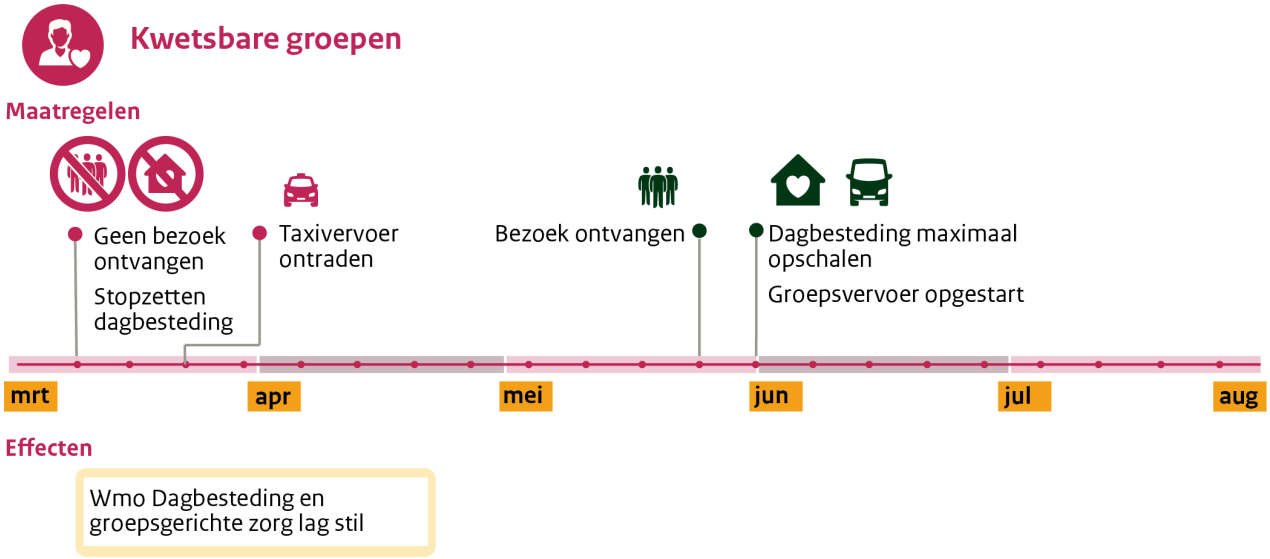
Partnergeweld
Verder is het opvallend dat het aantal personen dat op de chat kwam vanwege partnergeweld heel licht afnam. Ook Steketee et al. [116] rapporteerde dat tijdens het begin van de COVID-19 epidemie iets minder incidenten partnergeweld gerapporteerd leek te worden dan ervoor.

[8] Onder andere Chat met Fier (www.fier.nl/chat), en de website Helpwanted.nl, een website voor advies bij online seksueel misbruik.

Tabel 2 Aantallen chats en bezoekers bij online hulpverlening tijdens de eerste coronagolf. Bron: Movisie [119]

	Jan/feb 2020	**Maart/april 2020**
Chats met slachtoffers kindermishandeling (Chat met Fier)	470	851
Chats met slachtoffers van seksueel geweld (Chat met Fier)	557	728
Chats met slachtoffers van partnergeweld (Chat met Fier)	258	250
Meldingen online seksueel misbruik (Helpwanted.nl)	479/488	550/829

2.11 Zorg voor kwetsbare groepen



In deze paragraaf wordt aan de hand van peilingen onder patiënten / cliënten en signalen van belangenorganisaties informatie gegeven over de gevolgen van afgeschaalde of verminderde zorg voor fysiek, psychisch of sociaal kwetsbare mensen. Kwantitatieve gegevens over de langdurige zorg, wijkverpleging en thuiszorg, GGZ en gehandicaptenzorg zijn beschreven in eerder paragrafen. Bronnen die signalen presenteren die duidelijk over de doelgroepen in de eerdere paragrafen gaan, zijn daar beschreven. Bronnen die niet uitsluitend één doelgroep beschrijven zijn in deze paragraaf opgenomen.

Veel zorg en ondersteuning werd medio maart stopgezet, zoals ambulante zorg en ondersteuning, dagbesteding en opvang. Dit gold voor verschillende doelgroepen met een fysieke, psychische en/of sociale kwetsbaarheid. Een deel van de zorg kon na het dieptepunt van de eerste golf nog niet op de oude manier worden hervat doordat de coronamaatregelen deels bleven gelden en locaties voor (dag-)opvang minder mensen kunnen opvangen vanwege de noodzaak om fysiek afstand te houden.

Beschikbare gegevens

Registratiedata: Geen

Inventarisatie onder professionals: Geen

Inventarisatie onder patiënten en mantelzorgers:

- **Nivel (Menting et al., 2020) [120]** - Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG)
  - Peiling 1: Gevolgen van de coronapandemie voor gezondheid, behandeling en zelfmanagement – 1.514 personen uitgenodigd, 1.134 respondenten in de periode eind april - begin juni 2020
- **Nivel (Meurs et al., 2020) [121]** - Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG)
  - Peiling 2: Gebruik van e-health tijdens coronapandemie - 3.021 personen uitgenodigd, 2.295 respondenten in de periode eind april - begin juni 2020
- **Ieder(in) [122-124]** - Belangenorganisatie voor mensen met een lichamelijke handicap, verstandelijke beperking of chronische ziekte
  - Peiling onder 2.129 mensen met een chronische lichamelijke of psychische beperking of aandoening (81 procent) of hun naasten (19 procent), eind mei en begin juni 2020 [123]
  - Peiling onder 647 mensen met een verstandelijke beperking en naasten, eind juni – begin juli [122]
  - Notitie lessen coronacrisis + voorbereiden vervolg corona tijdperk. 30 juni 2020 [124]
- **PerSaldo [125]** – Belangenorganisatie voor mensen met een persoonsgebonden budget (pgb)
  - Peiling onder 1.489 personen, waarvan 34 procent zelf budgethouder van persoonsgebonden budget; 79 procent heeft de vragenlijst als naaste of (wettelijk) vertegenwoordiger van de budgethouder ingevuld (het percentage komt uit op 113 procent, sommige mensen zijn zowel vertegenwoordiger als naaste van een budgethouder), mei - juni 2020

Overige observaties uit het veld:

- **Valente [126]** –Brancheorganisatie voor instellingen die maatschappelijke hulpverlening bieden
  - Persoonlijke communicatie, mei 2020
- **MEE (Dronkert, 2020) [127]**- Onderzoek bij cliëntondersteuners over hun ervaringen sinds COVID-19
  - Digitale interviews met MEE consulenten (n=15), interviews met gedragsdeskundigen (n=3), casuïstiek besprekingen (n=6). Tijdsperiode niet vermeld.
- **Federatie Landbouw en Zorg [128]**– De federatie vertegenwoordigt ruim 800 zorgboeren
  - Persoonlijke communicatie, observaties gebaseerd op declaratiedata van de inkooporganisaties en een uitvraag onder leden, juni 2020
- **Movisie [84]**
  - Persoonlijke communicatie. Overzicht bevindingen Movisie over de eerste golf van de COVID-19 epidemie. November 2020

2.11.1 Kwetsbare groepen: Perspectief van patiënten en signalen

Afgeschaalde zorg

De maatregelen in de zorg hadden verschillende effecten op de levens van de kwetsbare cliënten. Bij een deel van de cliënten leidde de crisis tot een groter sociaal isolement, wegvallen van structuur, grotere onzekerheid en angst [126] [127]. Vanuit de GGZ en forensische zorg kwamen signalen over patiënten die onnodig en te lang in een kliniek zitten vanwege wachtlijsten voor beschermd wonen [126]. De maatregelen waren niet voor alle cliënten nadelig. Sommige cliënten ervaarden de rust en stilte in het openbare leven als prettig. Dit kwam niet alleen door de vermindering van de hoeveelheid dagelijkse prikkels maar ook door de vermindering van hun plichten jegens overheidsinstanties, zoals verplicht solliciteren of gespreken met een jobcoach [126] [127].

Ruim een derde van de mensen met een chronische ziekte in het NPCG ervaarde in de periode van de eerste coronagolf gevolgen voor hun professionele zorg en ondersteuning [120]. Behandelafspraken werden afgezegd, uitgesteld of vonden op een andere manier plaats. Een klein deel van de mensen met een chronische ziekte koos er zelf voor om de behandeling niet door te laten gaan. Vier op de tien mensen met een chronische ziekte ondervond gevolgen van het uitstellen of stopzetten van zorg en ondersteuning. Van de respondenten waarvoor de professionele zorg en ondersteuning veranderde gaf 22 procent aan dat zijn of haar gezondheidstoestand is verslechterd gedurende de COVID-19 epidemie. Van degenen die zeggen geen verandering te hebben ervaren in de professionele zorg en ondersteuning die zijn ontvangen, zegt 10 procent een verslechtering in gezondheid te merken.

De levenskwaliteit van mensen met een beperking of chronische ziekte is tijdens de eerste golf van de coronacrisis sterk afgenomen, blijkt uit een vragenlijstonderzoek van Ieder(in) [123]. De helft van de respondenten met een beperking of chronische ziekte is er de afgelopen maanden lichamelijk op achteruit gegaan, 45 procent had last van eenzaamheid, ruim 40 procent had last van stress of psychische klachten. Een aantal van de grootste problemen ten gevolge van de COVID-19 epidemie en de overheidsmaatregelen zijn volgens respondenten zorggerelateerd. Het uitstelen van medische behandelingen en afspraken was het grootste probleem. Andere belangrijke problemen waren het wegvallen van zorg of ondersteuning, het wegvallen van dagbesteding en overbelasting van mantelzorgers. Hoe de respondenten uitgestelde of weggevallen zorg hebben opgevangen is niet nagevraagd. Het merendeel van de respondenten dacht zich nog langere tijd goed te kunnen redden. Van de kleine groep mensen die direct ondersteuning nodig hadden of zich op het moment van antwoorden niet langer dan nog een week konden redden gaf bijna de helft aan dat zij meer contact met naasten/mantelzorgers nodig hadden. Daarnaast was meer dagbesteding, paramedische zorg, en zorg of begeleiding en medische behandeling of psychische hulp belangrijk voor veel mensen.
De Federatie Landbouw en Zorg meldde medio juni, dus na het herstarten van de dagbesteding, dat de benutting van de dagbesteding bij zorgboerderijen ten opzichte van vóór corona gemiddeld 75 procent

was (80 procent voor de jeugd, 74 procent voor volwassenen en 65 procent voor ouderen) [128].

Professionals in de zorg en sociaal domein
Voor veel soorten zorg en ondersteuning werd tijdens de eerste golf van de COVID-19 epidemie gezocht naar vervangende manieren van zorg. Cliëntondersteuners vonden het moeilijk om met beperkt of geen face-to-face contact goede zorg te leveren aan kwetsbare mensen [127]. Een van de belangrijkste obstakels die cliëntbegeleiders ervaarden was dat op afstand communiceren met cliënten vaak niet een volledig beeld geeft van hoe het met iemand gaat. Dit komt met name door het gemis aan non-verbale communicatie en moeite van cliënten om zich goed te kunnen uiten en problemen te kunnen verwoorden, denk bijvoorbeeld aan mensen met autisme, met een (licht) verstandelijke beperking (LVB), psychische problemen of een niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Dit zorgt ervoor dat communicatie via de telefoon vaak onduidelijk is. Verder zijn er ook cliënten die, om verschillende redenen, niet altijd eerlijk zijn tegen hun hulpverleners. Een huisbezoek of een afspraak op kantoor geeft consulenten meer zicht op iemands persoonlijke situatie omdat er meer ruimte is voor non-verbale communicatie. Bij een huisbezoek kan een professional een kijkje nemen in iemands dagelijks leven en signalen opvangen zoals veel rommel of veel ongeopende post. Ook door Movisie werden deze signalen bij professionals opgevangen [84]. Movisie zag zoekende en soms gefrustreerde professionals die zich een weg probeerden te banen tussen de richtlijnen, van overheidswege, en ook vanuit hun organisatie en wat zij zelf goed vonden. In de eerste golf hebben veel grotere zorginstellingen per direct het besluit genomen om deuren te sluiten. Professionals waren het daar niet altijd mee eens. Voor een grote groep van de cliënten was contact via de telefoon of videobellen niet tot nauwelijks mogelijk omdat de middelen niet voorhanden waren en/of ze niet bekend waren met het gebruik ervan.

Sociaal werkers gaven aan de fysieke ontmoetingen noodzakelijk te vinden bij kwetsbare wijkbewoners, en dat daarbij de anderhalve meter afstand bewaren niet altijd mogelijk is [84]. Online contact was voor veel kwetsbare mensen niet toereikend. Tijdens de eerste golf heeft Movisie met samenwerkingspartners een afwegingskader fysiek contact ontwikkeld om voor sociaal werkers inzichtelijk te maken in welke gevallen fysiek contact wenselijk of zelfs noodzakelijk is.

Mensen met een persoonsgebonden budget (pgb)
Mensen met zorg of ondersteuning van zorgverleners die uit een persoonsgebonden budget betaald werden kwamen door veranderingen in de zorg tijdens de COVID-19 epidemie soms in de problemen vanwege onduidelijkheid over de bekostiging. Ook was er tijdens de eerste golf een gebrek aan toegang tot persoonlijke beschermingsmiddelen voor pgb-zorgverleners, waardoor er angst voor besmetting ontstond bij de zorgvragers [124].

Bij iets meer dan de helft van de budgethouders is tijdens de eerst golf iets gewijzigd in de manier waarop zij zorg en/of ondersteuning ontvingen [125]. Bij minder dan de helft heeft de budgethouder zelf om een aanpassing gevraagd. Bij het andere deel van de budgethouders

vroeg de zorgverlener om een aanpassing. Van de respondenten van wie de zorgverlener om een aanpassing heeft gevraagd, gaf een derde aan dat hun zorgverleners gevraagd hadden om te stoppen met het geven van zorg en/of ondersteuning. In 24 procent van de gevallen wilde de zorgverlener op afstand werken. Bij ruim de helft van de respondenten is geen alternatief aanbod gerealiseerd.
Het regelen van zorg en/of ondersteuning tijdens de coronacrisis leverde voor een derde van de respondenten problemen op. Voor een kwart van de respondenten was het grootste probleem dat men ervaarde van het 'kastje naar de muur' te worden gestuurd. Andere veel voorkomende problemen waren: het niet kunnen vinden van zorgverlener(s), geen nieuwe of vervangende zorgverlener(s) aan durven te nemen en zorgverlener(s) die niet (meer) wilden werken, omdat er geen beschermende materialen beschikbaar waren.

Gebruik e-health
Het gebruik van e-health is tijdens de eerste golf van de COVID-19 epidemie niet toegenomen onder mensen met een chronische ziekte (Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten) [121]. Ook was het aantal mensen dat gebruik maakte van domotica (bijvoorbeeld alarm, elektronisch deurslot of elektronische medicijndoos) klein en sinds de start van de COVID-19 epidemie vrijwel niet toegenomen.

In de peiling van het Nivel had vier op de tien mensen met een chronische ziekte in de weken voorafgaand aan de enquête (vanaf start COVID-19 epidemie in Nederland) contact gehad met de huisartsenpraktijk [121]. Twee derde maakte gebruik van telefonisch contact, een kwart heeft persoonlijk contact gehad. Slechts 5 procent van de mensen maakte gebruik van e-consult of beeldbellen. Van de groep e-health-gebruikers gaf een ruime meerderheid aan dit een prettige vorm van digitaal contact te vinden en voor herhaling vatbaar. Gebruikers van e-health waren significant jonger dan de groep die geen e-health gebruikte (gemiddeld 62 versus 65 jaar).

In de maatschappelijke hulpverlening werd begeleiding door middel van digitaal contact door een grote groep cliënten gewaardeerd. Er werd tijdens de eerst coronagolf een platform ontwikkeld dat de cliënt in staat stelde om zelf regie te nemen over de zorg die nodig was. De cliënt kan kiezen om een professional in te schakelen, maar ook de inzet van het eigen netwerk behoort tot de mogelijkheden [126].

2.12 Overige sectoren van de zorg

In deze paragraaf worden onderdelen van de (publieke) gezondheidszorg beschreven die niet duidelijk aan een van de bovenstaande sector toegewezen kunnen worden, namelijk het Rijksvaccinatieprogramma en de soa- en seksualiteitszorg.

2.12.1 Rijksvaccinatieprogramma

Beschikbare gegevens

Registratiedata: Geen

Inventarisatie onder professionals: Geen

Inventarisatie onder patiënten en mantelzorgers: Geen

Overige observaties uit het veld:
- **RIVM** [129] – interne communicatie Centrum Infectieziektebestrijding, juni 2020
- **RIVM** [130] – interne communicatie Centrum Infectieziektebestrijding, november 2020

In Nederland krijgen kinderen vaccinaties aangeboden via het Rijksvaccinatieprogramma van het RIVM. Het percentage vaccinaties bleef achter ten opzichte van vorige jaren. Het Centrum Infectieziektebestrijding meldde in november dat de deelname inmiddels is verbeterd en een groot deel van de vaccinaties zijn ingehaald. De deelname aan de eerste bof, mazelen, rodehond (BMR)-vaccinatie (gegeven rond de leeftijd van 14 maanden) bleef in maart en april in eerste instantie ongeveer 5 procent achter ten opzichte van vorig jaar (situatie mei 2020) [129]. Inmiddels is dit verschil verminderd tot ongeveer 1 procent (situatie oktober 2020) [130]. De deelname van kinderen die normaal gesproken in de periode mei t/m augustus 2020 tegen BMR worden gevaccineerd bleef in eerste instantie ook iets achter ten opzichte van vorig jaar. Ook bij deze groep wordt het verschil ten opzichte van vorig jaar in de loop van de tijd kleiner. Het RIVM verwacht dat het effect van deze achterstand op de volksgezondheid beperkt is. De uiteindelijke vaccinatiegraad wordt per geboortecohort bepaald en gebeurt nadat alle kinderen in het cohort twee jaar zijn geworden. Bij kinderen geboren in 2019 of 2020 zal dit gebeuren in voorjaar 2022 of 2023 [129, 130].

De voorlopige deelnamegraad aan de MenACWY-vaccinatie tegen meningokokkenziekte (subtype A, C, W en Y) bij adolescenten - die vanaf maart werd omgezet van groepsvaccinatie naar individuele vaccinatie - lag begin oktober op 80 procent. De adolescenten kregen in de zomer een individuele uitnodiging voor een vast tijdstip. Voor overige leeftijdsgroepen lopen de aantallen gegeven vaccinaties vaak nog achter omdat groepsvaccinaties in eerste instantie werden uitgesteld en vaccinatie pas vanaf 1 juli 2020 per tijdslot aangeboden wordt. Vanwege deze veranderingen is de deelnamegraad aan het Rijksvaccinatieprogramma voor deze adolescente leeftijdsgroepen op dit moment moeilijker te beoordelen [130].

2.12.2 Soa- en seksualiteitszorg

Beschikbare gegevens

Registratiedata: Geen

- **RIVM [131]**
  - Thermometer seksuele gezondheid. Soa-consulten bij Centra Seksuele Gezondheid (Seksueel Overdraagbare Aandoeningen Peilstation (SOAP)), nationale database voor soa-consulten en -diagnoses bij de Centra Seksuele Gezondheid (CSGs). Gegevens beschikbaar tot eind augustus 2020. Dataverzameling van juli en augustus 2020 niet compleet.

Inventarisatie onder professionals: Geen

Inventarisatie onder patiënten en mantelzorgers:

- **Rutgers [132]**
  - Vragenlijstonderzoek onder volwassenen van ≥18 jaar, steekproef uit een online panel (Ipsos)
  - Dwarsdoorsnede van 1002 personen uit de bevolking van 18-50 jaar, aangevuld met 504 studenten
  - Dataverzameling tussen 6 en 25 mei 2020
- **Rutgers and Soa Aids Nederland [133]**
  - Vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder jongeren van 16-20 jaar
  - Voor het werven van de steekproef is gebruikgemaakt van social media (Facebook, Instagram, Snapchat) en de websites sense.info en Scholieren.com. Totale respons: 5218
  - Dataverzameling tussen 20 mei en 1 juni 2020

Overige observaties uit het veld:

- **RIVM [134]**
  - Nieuwsbericht op 10 november 2020 naar aanleiding van verschijnen Thermometer seksuele gezondheid. Effecten van intelligente lockdown op soa- en seksualiteitszorg.
- **FIOM [135]**
  - Nieuwsitem op website FIOM. Abortus in tijden van corona, 16 april 2020.

Soa-consulten

De soa- en seksualiteitszorg bij de GGD'en werd tijdens de eerste golf van de COVID-19 epidemie afgeschaald. De mate van afschaling was verschillend tussen GGD'en en hing af van de capaciteit (personeel werd veelal ingezet voor COVID-19 bestrijding) of prioritering van essentiële zorg. Volgens informatie uit de SOAP database telde april de minste bezoekers: 80 procent minder dan in januari en februari 2020. In september hadden de meeste centra seksuele gezondheid weer circa 80 procent van het aantal bezoekers van vóór maart 2020. De aantallen kunnen nog iets oplopen in verband met vertraging in de rapportage [131, 134].

Uit onderzoek van Rutgers en SOA Aids Nederland blijkt dat acht procent van de jongeren zich tijdens de COVID-19 epidemie wilde laten testen op een soa, maar dit niet heeft gedaan. Voor 47 procent had dit te maken met COVID-19. Jongeren dachten dat hulpverleners het te druk hadden, waren bang een coronabesmetting op te lopen of gaven aan dat de soa-poli dicht was of geen plaats had [133].

Het is niet bekend of de lockdown een positief of negatief effect heeft gehad op de verspreiding van soa. Aan de ene kant is het waarschijnlijk dat de kans op verspreiding minder was doordat mensen minder seksuele contacten hadden. Aan de andere kant hebben minder mensen zich laten testen of behandelen voor soa, wat de kans op verspreiding vergroot. Het is niet duidelijk welke van deze verschillende effecten – gedragsverandering of gemiste soa-diagnoses – het grootst was [134].

Anticonceptie
Niet alle vrouwen die tijdens de eerste golf van de COVID-19 epidemie nieuwe of andere anticonceptie nodig hadden, hebben gebruikgemaakt van de anticonceptiezorg die ze nodig hadden. Elf procent van alle vrouwen gaf aan dat ze tijdens de eerste golf een anticonceptiemiddel wilden gaan gebruiken, dat ze wilden overstappen naar een andere methode of dat hun huidige anticonceptie op was of vervangen moest worden. Negen procent van deze vrouwen gaf aan dat ze niet goed terecht konden bij de zorg door corona-gerelateerde redenen, bijvoorbeeld omdat ze dachten dat zorgverleners geen tijd zouden hadden of omdat ze bang waren voor besmetting [132]. Of zorgverleners daadwerkelijk geen tijd hadden is niet bekend.

Abortuszorg
De abortusklinieken in Nederland waren tijdens de eerste golf van de COVID-19 crisis open. Volgens FIOM wisten de meeste vrouwen met een ongewenste zwangerschap de weg naar de klinieken te vinden, ook tijdens de coronacrisis [135]. Op basis van de twee inventarisaties van Rutgers zijn er ook geen aanwijzingen voor zorgen over de abortuszorg of ongewenste zwangerschappen [132, 133].

3 Gezondheidseffecten van minder (of anders) geleverde zorg

In hoofdstuk 2 is beschreven dat een groot deel van de reguliere zorg tijdens de eerste golf van de COVID-19-epidemie is uitgesteld, weggevallen, vermeden of anders geleverd. Patiënten hebben daar in meer of mindere mate last van ondervonden of soms ook negatieve gezondheidseffecten ervaren. In dit hoofdstuk kijken we specifiek naar de *effecten* van de minder (of anders) geleverde zorg op de gezondheidstoestand en maken we daarvan een kwantitatieve schatting. Omdat er geen modellen beschikbaar waren om deze gezondheidseffecten te kwantificeren is een nieuwe methodiek ontwikkeld. De methodiek, de gebruikte gegevens en de resultaten presenteren we in dit hoofdstuk. Daarnaast is gebruik gemaakt van bestaande oncologiemodellen van de University of Melbourne en Erasmus Universiteit. Ook hiervan worden de methodologie en resultaten in dit hoofdstuk beschreven.

Leeswijzer
In paragraaf 3.1 geven we een inleiding op de methodologie en lichten we een aantal keuzes voor en kaders van het onderzoek toe. De methodologie wordt in paragraaf 3.2 verder toegelicht en paragraaf 3.3 geeft de resultaten per specialisme weer. Deze resultaten worden in paragraaf 3.4 verder toegelicht in het licht van scenario-analyses, waarin we kijken naar mogelijke prioritering in behandeling en mogelijke scenario's om de uitgestelde zorg in te halen. In paragraaf 3.5 tenslotte bespreken we de validiteit van het model in relatie tot een aantal aannames en randvoorwaarden van de modellering. Technische details en meer gedetailleerde resultaten zijn in verschillende bijlagen weergegeven. Deze bijlagen zijn te vinden op de website van het RIVM.

3.1 Inleiding

Zoals uit hoofdstuk 2 van dit rapport al bleek is de beschikbaarheid van data over de omvang van minder geleverde zorg niet in alle sectoren gelijk en zijn in sommige sectoren zelfs helemaal geen data voorhanden. Daarnaast is het niet voor alle interventies, behandelingen en/of therapieën (eenduidig) bekend wat het effect ervan is. Daardoor was het niet mogelijk om tot definitieve of totale schattingen van de gezondheidseffecten van alle vormen van minder geleverde zorg te komen. In dit hoofdstuk geven we een eerste kwantitatieve schatting van de gezondheidseffecten voor een selectie van (groepen) verrichtingen binnen de zorg. De criteria om tot dit beperkte deel te komen zijn de volgende.

(1) Er is voor gekozen om een *globale* schatting te maken, op basis van geaggregeerde landelijke data over de omvang van de uitgestelde zorg. We maken gebruik van waarden van (ervaren) gezondheidswinsten en -verliezen uit de internationale literatuur die geassocieerd zijn met het al dan niet uitvoeren van een interventie, behandeling en/of therapie.
(2) Alleen *electieve en/of planbare* zorg. De acute zorg is buiten beschouwing gelaten, omdat deze zorg in het voorjaar van 2020

in veel mindere mate is uitgesteld dan de electieve zorg (zie ook hoofdstuk 2.2). Onder acute zorg verstaan we levensreddende zorg, zoals reanimaties, en zorg die acuut verleend moet worden om (zeer) ernstige gezondheidsschade te voorkomen. Daaronder vallen bijvoorbeeld zorgverlening bij een herseninfarct of hartinfarct en levensbedreigende letsels na verkeersongevallen.

(3) Effecten die optreden door uitstel van zorg in de vorm van *niet-gerealiseerde gezondheidswinst* worden uitgedrukt in quality-adjusted life years (*QALY's*[9]). Er is gekeken naar wetenschappelijke publicaties die effecten in de vorm van QALY-waarden hebben gerapporteerd. Het model richt zich nadrukkelijk op medische behandelingen en niet zozeer op diagnosestellingen, omdat voor medische behandelingen verreweg de meeste QALY-schattingen in de literatuur beschikbaar zijn (in termen van het verschil in QALY's tussen het al dan niet ontvangen van de behandeling). De huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg, verpleging, verzorging en thuiszorg, gehandicaptenzorg en alle overige zorgsectoren (zie ook hoofdstuk 2) vallen buiten dit kwantitatieve deel van het onderzoek omdat voor deze zorgsectoren QALY-schattingen van het effect veelal ontbreken.

(4) De keuze onder punt (3) maakt dat we de schattingen beperken tot (delen van) de medisch-specialistische zorg (MSZ). Belangrijk hierbij is dat er betrouwbare gegevens beschikbaar zijn om de omvang van de uitgestelde zorg in de MSZ te kunnen schatten. Hiervoor is gebruik gemaakt van de *OpenDISdata* van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over 2012-2018 en van gegevens die Dutch Hospital Data (DHD) tot en met eind augustus 2020 aan NZa heeft aangeleverd. De gegevens over 2020 betroffen cijfers van de omvang van de geleverde zorg in 2020 en waren opgegeven conform het format van de DIS-data. Daarom is voor de MSZ uitgegaan van de systematiek van de DIS-gegevens. Uitzondering hierop is oncologie, zie punt (5). Voor oncologie is gebruik gemaakt van data van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).

(5) Het effect van uitstel van oncologische zorg is geschat op een manier die rekening houdt met de mogelijkheid op tumorgroei. Voor alle andere medisch specialismen die in het model zijn meegenomen is er vanuit gegaan dat de situatie van de patiënt tijdens de periode van uitstel niet zodanig verandert dat daar in de berekeningen rekening mee moet worden gehouden. Wanneer bijvoorbeeld een heupoperatie of een oogoperatie wordt uitgesteld heeft de patiënt daar ongemak van, maar dit leidt doorgaans niet tot een verandering in het type behandeling of zorgtraject. Anders is dit bij kanker, waar het uitstellen van screening, diagnostiek of behandeling ertoe kan leiden dat tumoren verder groeien. Tumoren die in een later stadium ontdekt worden zijn doorgaans moeilijker te behandelen, bijvoorbeeld omdat de tumor omliggend weefsel is

[9] Een Quality Adjusted Life Year of QALY is een rekeneenheid waar een levensjaar in goede kwaliteit mee wordt uitgedrukt. De QALY kan worden berekend door het aantal levensjaren te vermenigvuldigen met een correctiefactor voor de kwaliteit van leven in een levensjaar. Bij een gezond persoon is de correctiefactor 1 (geen gezondheidsproblemen). Bij een minder gezond persoon ligt de correctiefactor ergens tussen de 0 en de 1. In het concept QALY zijn lengte van leven en kwaliteit van leven uitruilbaar: een jaar in goede kwaliteit voor 1 persoon (1 QALY) is gelijk aan 2 jaren van 2 personen in een kwaliteit van leven van 0,5, of 4 jaren van 4 personen in een kwaliteit van leven van 0,25.

binnengedrongen of naar andere delen van het lichaam is verspreid. Hierdoor zijn gezondheidsuitkomsten voor grotere tumoren vaak slechter dan voor kleinere tumoren en is de behandeling vaak intensiever voor de patiënt. We onderscheiden voor oncologie ook de gezondheidsschade door extra sterfte of verminderde kwaliteit van leven die kan optreden in toekomstige jaren als gevolg van de uitgestelde behandeling.

In paragraaf 3.2 lichten we de criteria en selecties verder toe en beschrijven we de methodiek voor het schatten van de gezondheidseffecten.

Terminologie
In de literatuur worden effecten vaak beschreven voor een interventie*,* behandeling, zorgactiviteit, operatie of therapie. In onze modellering koppelen we een QALY-waarde uit de literatuur aan cijfers over diagnosegroepen uit de OpenDISdata [136]. Een diagnosegroep in de OpenDISdata is een paraplu-begrip voor verschillende soorten aandoeningen, handelingen en verrichtingen die in de ziekenhuizen plaatsvinden en waar het DBC-DOT registratiesysteem op gebaseerd is. Deze kunnen per specialisme verschillen: de aard van de verrichting van een snijdend specialisme zoals keel-, neus- en oorheelkunde is anders dan die van een beschouwend specialisme, zoals interne geneeskunde. Maar ook binnen een specialisme kunnen de verrichtingen verschillend zijn, bijvoorbeeld diagnostische verrichtingen of operatieve verrichtingen. Voor de leesbaarheid is in dit onderzoek de term *behandeling* gehanteerd voor de diverse soorten zorgactiviteiten verrichtingen en operaties.

In dit rapport hanteren we de termen *aandoening* voor een groep patiënten met een bepaald ziektebeeld of diagnose die een bepaalde behandeling krijgen. De diagnosegroepen zoals gedefinieerd in de OpenDISdata, op basis van de omschrijvingen in de DBC-systematiek, zijn zeer divers omschreven en beschrijven een "gemiddeld" traject dat patiënten met bepaalde klachten doorlopen. Een diagnosegroep kan omschreven zijn als 'niet nader omschreven klachten' maar ook een specifieke diagnose bevatten. Wat geregistreerd wordt hangt onder andere af van het feit of in de behandeling al diagnostiek is uitgevoerd, en zo ja, of er een specifieke diagnose kon worden vastgesteld. Als we selecties van de OpenDISdata maken spreken we van *diagnosegroepen*.

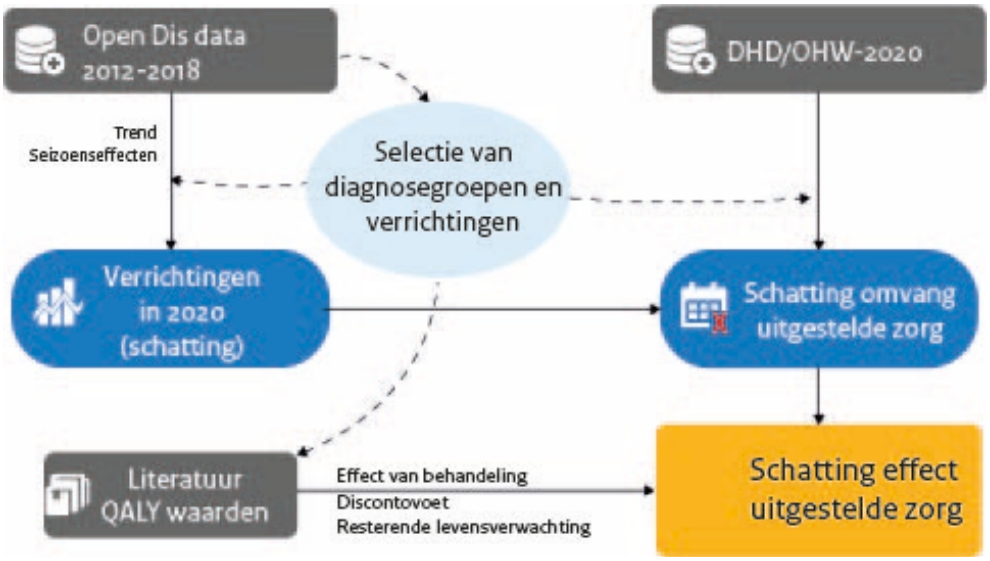
3.2 Methoden en afbakening medisch-specialistische zorg

3.2.1 Overzicht van databronnen

Voor de modellering van de gezondheidseffecten door uitgestelde MSZ in de Nederlandse ziekenhuizen, met uitzondering van de oncologie, maken we gebruik van drie verschillende bronnen:

1. OpenDISdata over 2012-2018;
2. Een bestand met voorlopige productiecijfers van ziekenhuizen uit de financiële Landelijke Basisregistratie Ziekenhuizen (LBZ), verkregen van *Dutch Hospital Data* (DHD), ook wel 'onderhanden werk' genoemd en in dit rapport verder te noemen DHD/OHW-2020;
3. Publicaties uit de internationale wetenschappelijke literatuur.

Op deze bronnen is een aantal selecties en bewerkingen gedaan. Figuur 21 geeft een schematisch beeld hiervan. Het schema wordt in meer detail toegelicht in paragraaf 3.2.2. Daarin geven we ook een toelichting op de selectie van diagnosegroepen en behandelingen. In deze paragraaf geven we een toelichting op de gebruikte bronnen.



Figuur 21 Schema van databronnen, selecties en bewerkingen in de modellering.

OpenDISdata 2012-2018
De OpenDISdata die de NZa publiceert biedt zorg- en behandeldata die door Nederlandse ziekenhuizen zijn aangeleverd bij het DBC-informatiesysteem (DIS). Het bevat de declaratiegegevens van de MSZ in de Nederlandse ziekenhuizen. De gegevens tonen bij hoeveel patiënten bepaalde diagnoses worden gesteld, de bijbehorende zorgproducten en zorgactiviteiten en de landelijk gemiddelde verkoopprijs van alle zorgproducten. De cijfers zijn gegeven per medisch specialisme, zorgactiviteit of zorgproduct en zijn ingedeeld naar diagnosegroep. Een DBC-zorgproduct is een geheel aan zorgactiviteiten met alle informatie over de behandeling die een "gemiddelde" patiënt krijgt voor een bepaalde aandoening. Voor individuele patiënten kan dat sterk afwijkend zijn van dat gemiddelde traject. Het omvat alle stappen (zorgactiviteiten) die nodig zijn om bij een patiënt een bepaalde diagnose te stellen en deze vervolgens te behandelen, van het eerste polibezoek, tot en met de laatste controle. Zorgactiviteiten zijn onderdelen van de behandeling van een patiënt, zoals bijvoorbeeld een operatie, consult of MRI-scan. Per specialisme is een aantal diagnoses gedefinieerd. Een diagnose kan bij meerdere specialismen voorkomen omdat zo'n diagnose door meerdere specialismen behandeld kan worden. Er zijn ongeveer 4.200 DBC's in de DIS-data. Elke DBC bevat een diagnosecode, een code voor het behandelend specialisme en een zorgproductcode, dat iets zegt over de (be)handeling. Alle ziekenhuizen leveren via *Dutch Hospital Data* (DHD) hun declaratiegegevens aan de NZa, die de data beschikbaar stelt in het Diagnose Informatie Systeem (DIS) via *OpenDISdata*. De openbare dataset bevat complete gegevens over de jaren 2012 tot en met 2018. Uit deze gegevens zijn trends in de aantallen patiënten en verrichtingen bepaald.

DHD/OHW-2020
Het verwerken en ontsluiten van de OpenDISdata door de NZa heeft tijd nodig omdat de declaratiegegevens van ziekenhuizen pas na enige tijd definitief zijn. Van een aantal patiënten is het zorgtraject ten tijde van de eerste declaratie nog niet vastgesteld. Deze informatie kan na verloop van tijd worden bijgesteld. Vandaar dat in 2020 in de OpenDISdata 2018 het meest recente complete gegevensjaar is. In 2020 is de informatievoorziening rondom de uitgestelde ziekenhuiszorg in een stroomversnelling gekomen. De NZa ontvangt van DHD wekelijkse gegevens over de productie van de Nederlandse ziekenhuiszorg. Dit zijn cijfers uit de financiële Landelijke Basisregistratie Ziekenhuizen (LBZ), verkregen van DHD. Deze cijfers worden ook wel 'onderhanden werk' genoemd, in dit rapport verder *DHD/OHW-2020* genoemd. Dit betreft een grote steekproef van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBCs). De NZa analyseert samen met DHD de gegevens en maakt een schatting van het aantal wekelijkse verrichtingen. Deze prognose is gepubliceerd in NZa-rapportages [137]. Het RIVM heeft de beschikking gekregen over de gegevens per specialisme tot week 40. Dit betreft het wekelijkse aantal verrichtingen en patiënten in 2018, 2019 en 2020.

Literatuur
In de internationale wetenschappelijke literatuur is gezocht naar publicaties over het effect van behandelingen die overeenkomen met, of aansluiten bij, de selectie van zorgactiviteiten. In de literatuur is nagegaan bij welke aandoening een behandeling of interventie past, wat het effect van de behandeling is, uitgedrukt in QALY's, over welke tijdsperiode dit effect behaald wordt, en welke discontovoet is gebruikt om de toekomstige gezondheidseffecten te waarderen.

3.2.2 *Stappenplan van de rekenmethode*

De stappen in de modelberekeningen voor schatting van het effect van de uitgestelde zorg worden hieronder beschreven en zijn weergeven in Figuur 21.

1. *Selectie van diagnosegroepen en aandoeningen*
   De OpenDISdata is beschreven in de vorm van onder andere diagnosegroepen. De omschrijving van diagnosegroepen geeft in de meeste gevallen informatie over de aandoening en in sommige gevallen ook over een behandeling, bijvoorbeeld 'Galblaas', 'Verwijderen osteosynthese materiaal' of 'Niertransplantatietraject donor'. Deze informatie hebben wij gebruikt in de selectie van diagnosegroepen. In afwijking van de naamgeving in de OpenDISdata spreken wij in dit rapport verder vaak van een *aandoening* in plaats van diagnosegroep en van behandeling in plaats van *verrichting*.
   Uit de OpenDISdata zijn de twaalf specialismen met de hoogste uitgaven in 2018 geselecteerd. Voor elk specialisme werd een longlist met de aandoeningen met de hoogste uitgaven in 2018 opgesteld. Op deze longlist stonden 114 onderliggende aandoeningen. Vervolgens zijn per specialisme maximaal de vijf grootste (qua hoogte van uitgaven in 2018) diagnosegroepen geselecteerd die ook voldeden aan onderstaande inclusiecriteria:

1. De aandoening is niet oncologisch van aard. Voor oncologische aandoeningen zijn andere selecties van behandelingen gedaan en is een andere modelleringswijze gehanteerd (zie paragraaf 3.2.5).
2. De diagnosegroep kent één of meer behandeling(en) en is niet uitsluitend diagnosestellend. Indien de beschrijving van de diagnosegroep in OpenDISdata geen aanknopingspunten had voor een behandeling, was het niet mogelijk om uit de literatuur het effect van een behandeling te bepalen.
3. De behandeling van een aandoening kent een electief karakter. Dit betekent dat er een alternatieve behandeling in de eerste lijn of geen behandeling mogelijk is. In andere woorden, er is een keuzemogelijkheid om de behandeling voor de patiënt uit te stellen of niet uit te voeren.

Deze inclusiecriteria zijn erop gericht om de behandelingen te selecteren waarvoor uit de literatuur het effect van de behandeling ten opzichte van niets doen of reguliere eerstelijnszorg bekend is. Enkele specialismen zijn ondanks hoge uitgaven in 2018 niet meegenomen omdat behandelingen binnen dit specialisme met hoge uitgaven vooral oncologische zorg betreft (dermatologie) of omdat de meest voorkomende behandelingen ook al terugkomen bij andere specialismen, zoals KNO (kindergeneeskunde)[10].

Van de longlist met 114 aandoeningen voldeden 77 aandoeningen aan de drie inclusiecriteria, zeventien betreffen oncologische aandoeningen en zeventien aandoeningen zijn acute aandoeningen die niet voldeden aan bovenstaand criterium 3. Drie aandoeningen konden niet worden gerelateerd aan een specifieke diagnose, waardoor het voor deze aandoeningen niet mogelijk was om literatuur over effecten van interventies te zoeken. In enkele gevallen zijn vergelijkbare aandoeningen samengenomen. Dit betrof *vergelijkbare* aandoeningen in de zin dat bijvoorbeeld behandelingen gelijk waren, of omdat de internationale literatuur geen onderscheid maakte tussen de verschillende aandoeningen, of doordat de aandoeningen konden worden gezien als complicaties bij andere aandoeningen. Een voorbeeld is het samennemen van primair glaucoom, secundair glaucoom en glaucoom-risico tot één aandoening (glaucoom), omdat onder alle drie de diagnosegroepen dezelfde behandelingen voor glaucoom, zoals glaucoomoperatie of laseroperatie, zijn geregistreerd. De onderliggende aanname is dat het effect van de behandeling bij deze diagnosegroepen vergelijkbaar is. In de selectie zijn 28 aandoeningen samengenomen tot 7 overkoepelende diagnosegroepen. Uiteindelijke bleven er 57 aandoeningen over. Voor de behandelingen en verrichtingen in de selectie samen is in 2018 ongeveer 4,9 miljard euro gedeclareerd. In de bijlagen zijn de selecties van aandoeningen per specialisme in detail gegeven.

[10] Enkele grote diagnosegroepen die kinderen betreffen, zoals middenoorontsteking, amandelknippen, diabetes type 1, etc. zijn ondergebracht bij andere specialismen, zoals KNO en interne geneeskunde.

Tabel 3 Uitgaven per specialisme in 2018 voor de selectie van specialismen in dit onderzoek (bron: OpenDISdata, NZa)

Specialisme	Uitgaven in 2018 aan de geselecteerde verrichtingen (miljoen euro)	Uitgaven in 2018 aan de overige verrichtingen (miljoen euro)	Aandeel van geselecteerde verrichtingen in dit specialisme (%)	Aantal patiënten voor geselecteerde verrichtingen in 2018
Gynaecologie	151	845	15%	42.079
Cardiologie en cardio-thoracale chirurgie	1.607	425	79%	83.200
Heelkunde	542	1.774	23%	81.612
Interne geneeskunde	175	2.105	8%	14.336
KNO	272	236	54%	214.128
Longziekten	329	547	38%	120.392
Neurologie	125	713	15%	21.285
Oogheelkunde	450	169	73%	376.143
Orthopedie	732	630	54%	78.463
Urologie	180	486	27%	122.774
MDL	177	491	26%	50.066
Anesthesiologie	146	38	79%	41.674
Overige specialismen		3.804	0%	
Totaal medisch-specialistische zorg	4.886	17.149	28%	

Om te controleren dat er geen belangrijke diagnosegroepen en verrichtingen zijn gemist, zijn de methodologie en resultaten besproken met onderzoekers van de afdeling *Evidence-based surgery* van het Radboudumc. Op deze afdeling is een model ontwikkeld om te bepalen hoe de tijd van operatiekamers het best benut kan worden om zoveel mogelijk gezondheidseffect te genereren (PriORitize). Op basis van gesprekken met de onderzoekers werden twee behandelingen (en aandoeningen) geïdentificeerd die nog niet waren geïncludeerd: bariatrische chirurgie (morbide obesitas) en neusseptumcorrectie (septumafwijkingen). Deze behandelingen vielen op basis van de grootte van de zorguitgaven net buiten de initiële selectie, maar zijn alsnog toegevoegd.

2. *Selectie van behandelingen*
   Van de geselecteerde aandoeningen is bepaald wat de mogelijkheden zijn voor behandeling. Hiervoor zijn richtlijnen en internationale literatuur bestudeerd en is gekeken naar de gedeclareerde zorgproducten in de OpenDISdata. De meest voorkomende behandelingen zijn meegenomen in de literatuur-zoekopdracht. Als een behandeling niet in de richtlijnen voorkwam, maar wel in de declaraties en internationale literatuur, dan is deze wel meegenomen. Dit levert per aandoening één tot zes behandelingen op. De selectie betreft

behandelingen die identificeerbaar zijn in de declaratiedata. Bij reguliere policonsulten of klinische opnames is doorgaans geen koppeling te maken met een specifieke behandeling die is geëvalueerd in de internationale literatuur. De meerwaarde van declaratieregels binnen de geselecteerde aandoeningen die niet te koppelen zijn aan een specifieke behandeling is daarom noodzakelijkerwijs buiten beschouwing gelaten. Dit betekent dat eventueel gezondheidsverlies door wegval van bijvoorbeeld reguliere polibezoeken niet kon worden meegenomen in het model.

3. *Schatten van de omvang van de minder geleverde zorg in 2020*
   Om de omvang van het aantal uitgestelde behandelingen te schatten, is eerst een schatting gemaakt van het verwachte aantal behandelingen in 2020 in de (fictieve) situatie zonder COVID-19-epidemie. Dit is gedaan op basis van de OpenDISdata van de geselecteerde aandoeningen over 2012-2018. Per specialisme is middels een trendanalyse over 2012 tot 2018 de jaarlijkse groei (of afname) in aantallen behandelingen geschat. In de trendanalyse is gebruik gemaakt van een lineair of non-lineair regressiemodel, afhankelijk van de 'goodness of fit' op basis van de verklaarde variantie (R^2). Er is geen rekening gehouden met effecten op basis van demografische ontwikkelingen. De bijlagen op de website van het RIVM geeft details van de trendanalyses.

   De groeifactor uit de trendanalyse is toegepast op wekelijkse aantallen behandelingen in 2018. In de extrapolatie is rekening gehouden met wekelijkse variatie in het aantal behandelingen om verschillen in het aantal behandelingen in de wintermaanden en de zomerperiode mee te nemen. De schatting van het verwachte aantal behandelingen in 2020 zonder COVID-19-epidemie, noemen we de zogeheten *counterfactual*. Dit is het scenario waarmee het werkelijke aantal behandelingen in 2020 wordt vergeleken. Het verschil dat uit deze vergelijking voortkomt levert ons de omvang van de uitgestelde zorg.

4. *Literatuuronderzoek naar effecten van behandelingen*
   Voor de geselecteerde aandoeningen en behandelingen is in de internationale wetenschappelijke literatuur gezocht naar studies die het effect van de behandeling onderzochten, uitgedrukt in QALY's. De volgende criteria werden gehanteerd bij de selectie van studies:
   - De studies vergelijken een behandeling met de situatie dat er geen behandeling is of de situatie dat er (medicamenteuze) behandeling in de eerstelijn is. Voor dit laatste werd gekozen omdat dit voor veel patiënten die te maken kregen met minder geleverde zorg de alternatieve behandeling is;
   - De studies gebruiken QALY's als uitkomstmaat;
   - De studies hebben betrekking op OESO-landen (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling), landen dus die qua welvaartsniveau (enigszins) vergelijkbaar zijn met Nederland. Dit betekent dat we aannemen dat de QALY-

winsten van behandelingen in Nederland vergelijkbaar zijn met behandelresultaten die deze landen behaald worden.
- De studies evalueren de behandeling over een langere tijdsperiode, bijvoorbeeld 10 jaar, zodat niet alleen de korte termijneffecten van een behandeling, maar ook de lange termijneffecten worden meegenomen in de schatting van het effect van de behandeling, in termen van de gezondheidswinst ten opzichte van de vergelijkende behandeling / geen behandeling.

Dergelijke studies betreffen voornamelijk kosteneffectiviteitsanalyses (KEA) die modellen gebruiken om de kosten en QALY-winsten van behandelingen over een langere tijdsperiode te schatten. Aangezien er doorgaans slechts enkele KEA's worden uitgevoerd per behandeling, is een pragmatische zoekstrategie opgesteld om relevante studies te identificeren. De zoekstrategie bestond uit drie onderdelen, te weten 1) de aandoening en synoniemen; 2) de behandeling en synoniemen en 3) effectiviteitsgegevens in termen van QALY's en synoniemen daarvoor. De zoekopdracht werd uitgevoerd in PubMed en Google Scholar. Systematische reviews zijn doorzocht op relevante citaties. Van de gevonden studies zijn de volgende gegevens geëxtraheerd: jaar van publicatie, land, totale (en eventueel gemiddelde jaarlijkse) QALY-winst van de behandeling ten opzichte van geen MSZ-behandeling of medicamenteuze behandeling en de discontovoet die gebruikt werd om de toekomstige gezondheidseffecten te waarderen. Van 11 aandoeningen zijn geen relevante effectiviteitsstudies gevonden; deze aandoeningen zijn alsnog geëxcludeerd. In totaal zijn 85 studies geïncludeerd voor 48 resterende aandoeningen. De studies zijn in detail beschreven in de bijlagen.

5. *Schatten van het effect van minder geleverde zorg*
Evenals in hoofdstuk 2 beschouwen we primair de minder geleverde zorg tijdens de eerste golf, waarbij 31 augustus 2020 (week 35) als afkappunt voor deze periode is gekozen. De OpenDISdata over 2020 geeft het aantal behandelingen in 2020 tot en met week 35. De afname in het aantal behandelingen wordt weergegeven als percentage ten opzichte van de counterfactual, de schatting van het (fictieve) aantal behandelingen in 2020 zonder COVID-19-epidemie. Voor snijdende specialismen wordt de verandering in operatieve verrichtingen gebruikt, bij beschouwende specialismen wordt de verandering in het aantal nieuwe patiënten gebruikt, omdat in deze specialismen minder operatieve behandelingen plaatsvinden. Het effect van de minder geleverde zorg is geschat door de afname in het aantal behandelingen te vermenigvuldigen met het effect van de behandelingen, zoals gevonden in de literatuur. In het basisscenario wordt dus geen rekening gehouden met inhaalzorg.

3.2.3 Prioritering van behandelingen binnen ziektegroepen

In de modellering is rekening gehouden met de mogelijkheid dat er variatie is in de indicatiestelling door medisch-specialisten in de zin dat

bij de zorgverlening een onderscheid gemaakt kan worden tussen patiënten die relatief veel baat hebben bij een behandeling, en patiënten die relatief minder baat hebben bij deze behandeling. In ons model betekent dit dat het deel van de behandelingen dat wel heeft plaatsgevonden tijdens de eerste coronagolf is uitgevoerd bij patiënten die er relatief het meeste baat van hebben. Door deze 'prioritering' zou de minder geleverde zorg vooral neerslaan bij patiënten die relatief minder baat hebben bij een behandeling en kan de minder gerealiseerde gezondheidswinst (in QALY's) worden beperkt. Het is onbekend of dergelijke prioritering heeft plaatsgevonden en of er verschillen in prioritering zijn tussen specialismen. Vandaar dat het effect hiervan in dit onderzoek is doorgerekend in de vorm van drie varianten. In de eerste variant is er geen sprake van prioritering, in de tweede is er een 'gemiddelde' prioritering en in de derde variant is er sprake van een 'sterke' prioritering. Het verschil in deze benaderingen is in de online bijlagen in detail beschreven en wordt hieronder beknopt toegelicht.

Geen prioritering: uniforme verdeling
Hierbij veronderstellen we dat alle patiënten evenveel baat hebben bij een behandeling, alle patiënten hebben een gemiddelde QALY-winst. Het totale effect van het aantal minder geleverde behandelingen is het product van een gemiddelde QALY-waarde en het minder aantal behandelingen. Omdat het onwaarschijnlijk is dat er helemaal geen prioritering heeft plaatsgevonden moet deze raming als een "worst-case" scenario gezien worden.

Enige prioritering: lineaire benadering
In deze benadering veronderstellen we dat het aantal patiënten dat minder of meer baat heeft bij een behandeling uniform verdeeld is tussen een minimum en een maximum QALY-waarde. Het totale effect van het aantal minder geleverde behandelingen is het product van het aantal behandelingen met een lineair toenemende QALY-waarde.

Sterke prioritering: kwadratische benadering
In deze benadering veronderstellen we dat het aantal patiënten dat minder of meer baat heeft bij een behandeling kwadratisch toeneemt tussen een minimum en een maximum QALY-waarde. Het totale effect van het aantal minder geleverde behandelingen is het product van het aantal behandelingen met een kwadratisch toenemende QALY-waarde.

Box 3 geeft een voorbeeld van de berekening van de minder gerealiseerde gezondheidswinst voor de aandoening artrose van de heup.

Box 3: Varianten van prioritering: een uitgewerkt voorbeeld
Binnen het specialisme orthopedie is de aandoening artrose van de heup de tweede aandoening qua omvang van zorguitgaven in 2018. In 2018 bezochten 89.000 patiënten de orthopeed met klachten ten gevolge van heup-artrose. De richtlijn voor behandeling van artrose van de heup geeft aan dat de eerste behandeling een conservatieve behandeling in de eerstelijn is, met fysiotherapie en pijnstilling. Indien de artrose vergevorderd is, kan worden overgegaan tot een totale heupprothese (THP). In 2018 vonden in totaal 26.507 THP's plaats. Van 2012 tot 2018 is het aantal patiënten in het specialisme orthopedie gegroeid met 1,4

procent per jaar. Voor 2020 konden in de reguliere situatie, zonder COVID-19-epidemie, 27.251 THP's worden verwacht, oftewel gemiddeld 524 per week. Hier kan variatie per week in zitten, zo vinden in de zomervakantie (week 30-32) 35 procent minder heupoperaties plaats dan gemiddeld.

In de literatuur zijn verschillende modelmatige studies gevonden die het effect van THP berekenen. Liebs et al. (2016), schat de QALY-winsten van THP over de levensloop in op 2,35 QALY's [138]. Konopka et al. (2018), onderzoekt het effect van THP in de Verenigde Staten na 2 jaar, en vindt een QALY-waarde per jaar van 0,25 QALY's [139]. Fordham et al. (2012) schatten het effect van THP in het VK na 5 jaar op 0,8 QALY's, oftewel 0,2 QALY's per jaar [140]. Bachmann et al. (2016) vinden een effectiviteit van THP ten opzichte van geen operatie van 3,5 QALY over de levensloop [141].

Om de totale meerwaarde van een behandeling in kaart te brengen, gebruiken we studies over de totale QALY-winst over de levensloop. Hierbij gaan we uit van een conservatieve schatting van 2,35 QALY's [138]. Deze studie gebruikt een discontovoet voor de gezondheidseffecten van 3 procent over een looptijd van 17 jaar. Terugrekenen naar een discontovoet van 1,5 procent levert een effect op van 2,65 QALY's. Dit betekent voor onze modellering dat als een heupoperatie wegvalt er 2,65 QALY's niet worden gerealiseerd. Overigens is dit verlies aan QALY's niet permanent als de zorg later wordt ingehaald, daarop komen we in scenario-analyses terug.

De wegval in THP's wordt benaderd door te kijken naar de wegval binnen orthopedie. Dit specialisme zag het aantal behandelingen vanaf week 11 (medio maart) afnemen tot 15 procent van het verwachte aantal behandelingen in week 14, vanaf week 28 was het aantal behandelingen weer op het oude (verwachte) niveau. Naar schatting zijn hierdoor in de periode tot en met eind augustus 3.245 minder THP's uitgevoerd dan verwacht. Tot en met eind augustus zijn naar schatting 8.598 QALY's minder gerealiseerd bij patiënten met heupartrose dan verwacht.

Prioritering – Het is mogelijk dat sommige patiënten meer dan 2,65 QALY's baat hebben bij een THP en anderen minder. Als het aantal uitgestelde behandelingen vooral behandelingen betrof voor patiënten met een lagere QALY-waarde, dan betekent dit dat minder dan 2,65 QALY's verloren gaan bij uitstel en is de niet gerealiseerde gezondheidswinst lager dan in de eerder berekende 8.598. Afhankelijk van de mate van prioritering daalt het aantal niet-gerealiseerde QALY's door THP van 8.478 naar 5.612 bij enige prioritering en naar 4.034 bij sterke prioritering. In de resultaten wordt deze range van niet gerealiseerde QALY's onder de aanname van enige tot sterke prioritering als basisscenario gepresenteerd.

3.2.4 Scenario-analyses

De schatting van de niet-gerealiseerde QALY's is gebaseerd op niet-definitieve data over de eerste 35 weken van 2020. In dit onderzoek is modelmatig in een aantal scenario's onderzocht wat mogelijke effecten op de niet gerealiseerde gezondheidswinst (QALY's) zijn van:

1. Een extra aantal behandelingen in 2021 om het aantal uitgestelde behandelingen in de periode tot week 35 in te halen. Hierbij is uitgegaan van drie scenario's van vijf, tien en vijftien procent extra behandelingen;
2. Een verminderd aantal behandelingen in de MSZ in 2020 tijdens de tweede golf (week 40-52) in 2020. We gaan hierbij uit van drie scenario's van tien, 20 en 30 procent uitgestelde zorg tijdens de tweede coronagolf;

Omdat onbekend is hoe lang de tweede golf zal duren is deze in de berekeningen afgekapt op 31 december 2020. In de berekening wordt rekening gehouden met het moment waarop de uitgestelde zorg wordt ingehaald. Bij het inhalen van een behandeling wordt een niet-gerealiseerde QALY's alsnog gerealiseerd, met uitzondering van de periode van uitstel. In het model wordt gerekend met een QALY-waarde per week. Deze is gebaseerd op het totale effect van een behandeling uit de literatuur, gedeeld door de tijdshorizon van het betreffende onderzoek.

3.2.5 Oncologie

In hoofdstuk 2 is gerapporteerd dat er tijdens de eerste coronagolf ook minder oncologische zorg is geleverd. Op 16 maart zijn onder andere de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker tijdelijk stopgezet. In de periode van maart tot en met mei lag het aantal nieuw gestelde kankerdiagnoses 20 tot 25 procent lager dan het gemiddelde van de weken vóór deze periode, bij huidkanker was dit zelfs ruim 50 procent. Vanaf begin juni (week 23) herstelde het aantal diagnoses zich weer. Voor huidkanker lag het aantal diagnoses in juni en juli boven het oude niveau; in augustus was dit vergelijkbaar met het niveau van voor de COVID-19 epidemie [8, 9].

Samenwerking met Erasmus MC en University of Melbourne

Voor de inschatting van de effecten van de stilgelegde bevolkingsonderzoeken heeft het RIVM een samenwerking gezocht met de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC. Voor de inschatting van de effecten van uitgestelde diagnostiek en behandeling van melanoom heeft het RIVM een samenwerking gezocht met IKNL en het Center for Cancer Research van de University of Melbourne. Effecten van mogelijk uitgestelde diagnostiek en behandeling voor andere kankervormen zijn vanwege de beperkte beschikbare tijd (nog) niet onderzocht. Er is gekozen om één casus in detail uit te werken: melanoom.

Microsimulaties

Er zijn twee (verschillende) modellen gehanteerd: een model voor het doorrekenen van de effecten van het stilleggen van de Nederlandse bevolkingsonderzoeken voor borstkanker, baarmoederhalskanker en dikke darmkanker, en een model voor het doorrekenen van het effect van uitgestelde diagnostiek en behandeling van melanoom. De modellen zijn beide micro-simulatiemodellen waarin de tumorgroei op patiëntniveau doorgerekend wordt. Het verwachte effect van uitgestelde screening en zorg op kwaliteit van leven en sterfte is geschat op basis van een verschuiving in het stadium waarin de kanker wordt gediagnostiseerd en behandeld. Uitgestelde zorg kan ertoe leiden dat de

tumoren doorgroeien naar een verder gevorderd stadium ten tijde van diagnose en behandeling.

Het verwachte gezondheidseffect van de uitgestelde zorg wordt geschat door twee situaties te vergelijken. De counterfactual of nul-situatie beschrijft de verwachte situatie in 2020 zonder COVID-19 epidemie. Daarnaast is een berekening gemaakt van de situatie die zich werkelijk heeft voorgedaan op basis van de lagere aantallen in de screeningprogramma's en in de kankerregistraties. Voor het berekenen van de effecten van de stilgelegde bevolkingsonderzoeken was het aantal mensen dat tijdens de COVID-19 epidemie diagnostiek en behandeling had gekregen voor de betreffende kankervormen ten tijde van de modelberekeningen nog onbekend. In de analyses zijn daarom aannames gedaan over de duur van het stilliggen van het screeningprogramma en de gevolgen van verminderde screeningscapaciteit wanneer de programma's weer opstartten. Dit is vormgegeven in twee scenario's waarin de gezondheidseffecten zijn berekend met drie of zes maanden stilleggen van de screeningsprogramma's.

3.2.5.1 Melanoom

De vertraging in diagnostiek en behandeling is medebepalend voor de verandering in tumorgrootte in de tijd. Het model gaat uit van verschillende stadia voor melanoom, gedefinieerd op basis van het tumorstadium (T). De classificatie is gebaseerd op de diepte van de tumor, ook wel Breslow-dikte genoemd (voor meer informatie zie de online bijlagen. Op basis van de verwachte groeisnelheid van de tumor en de duur van de uitgestelde zorg is geschat of een tumor door de uitgestelde zorg naar een verder gevorderd stadium zou zijn gegroeid. De berekening volgt de onderstaande stappen:

(1) Bepaling van het verwachte aantal diagnoses in 2020 en de verdeling van de stadia (progressie van tumorgroei): de counterfactual of nul-situatie die er zou zijn zonder COVID-19-epidemie.
(2) Bepaling van de verwachte duur van de uitgestelde zorg en omvang van de getroffen populatie.
(3) Effect van uitgestelde zorg: simulatie van de verdeling van stadia als gevolg van de uitgestelde zorg (werkelijke situatie).
(4) Schatting van de gezondheidsuitkomsten voor de nul-situatie (zonder uitgestelde zorg) op basis van de initieel verwachte verdeling van stadia (stap 1) en voor de werkelijke situatie (met uitgestelde zorg) op basis van de gesimuleerde verdeling van stadia (stap 3).
(5) Schatting van het effect van de uitgestelde zorg op basis van de verwachte gezondheidsuitkomsten voor elke situatie.

De methodologie die voor deze stappen gebruikt is wordt hieronder beschreven.

1) Aantal verwachte diagnoses en stadium-verdeling in 2020

IKNL heeft op basis van trends in het aantal gestelde diagnoses (uit de registraties) over de jaren 2005-2019 een schatting gemaakt van het verwachte aantal registraties per week in 2020. Deze schatting is voor dit onderzoek gecorrigeerd omdat het aantal registraties (van voorlopige

diagnoses) hoger ligt dan het uiteindelijke aantal (definitieve) diagnoses. Voor melanoom is de verwachting dat het daadwerkelijke aantal diagnoses 4.5 procent lager ligt dan het initiële aantal registraties. Deze correctiefactor is toegepast op het aantal verwachte registraties per week.
Het aantal verwachte diagnoses per maand is gegeven in de online bijlagen. Deze gegevens laten zien dat er in totaal 7.843 diagnoses werden verwacht voor 2020, waarvan er in de maanden van januari tot en met september 1.000 niet zijn geobserveerd. Dit is het geschatte aantal personen dat te maken had met uitgestelde zorg. De verdeling van de tumorstadia zoals deze zou zijn geweest zonder uitgestelde zorg is bepaald op basis van data uit 2019. IKNL heeft hiervoor geanonimiseerde data aangeleverd zodat waardes voor de tumordiepte in de simulatie konden worden gesampled uit deze empirische distributie. De verdeling van de patiëntenpopulatie naar tumorstadia is gegeven in de online bijlagen.

2) Duur van de uitgestelde zorg en getroffen populatie
De duur van uitstel kan niet direct op basis van het aantal verwachte en geobserveerde diagnoses worden bepaald. Van bijvoorbeeld het aantal geobserveerde diagnoses in april is niet bekend of hieronder personen zijn die in maart te maken hadden met uitstel, of in de nul-situatie in april zouden zijn gediagnostiseerd. Twee eerdere studies (in Australië en het Verenigd Koninkrijk) met een vergelijkbare vraagstelling hebben het effect van uitstel van 3 en 6 maanden geëvalueerd [142, 143]. Aangezien er geen informatie beschikbaar is over de daadwerkelijke duur van de uitgestelde zorg in de Nederlandse situatie is in dit onderzoek uitgegaan van deze hypothetische uitstel-periodes. Er zijn dus twee modelvarianten uitgewerkt, met 3 en met 6 maanden uitstel. Er is aangenomen dat als personen na uitstel alsnog diagnostiek krijgen zij nieuwe patiënten uit de zorg "verdringen". Dit kan worden gezien als een first-in-first-out (FIFO) principe. Op basis van dit principe en het voorlopige aantal diagnoses per maand in 2020 is voor de scenario's van 3 en 6 maanden uitstel uitgerekend voor elke maand in 2020 welk percentage van de verwachte diagnoses niet heeft plaatsgevonden en dus uitgestelde zorg ervaarde.

3) Effect van uitgestelde zorg
Voor elke gesimuleerde individu wordt een tumor diepte gesampled van de empirische distributie, waarbij ervan is uitgegaan dat deze verdeling onafhankelijk is van de maand van diagnose. Er is geen informatie of er in werkelijkheid bij de uitgestelde diagnoses een selectie op stadium van de tumor is. Daarom worden in het model de individuen die te maken krijgen met uitstel willekeurig geselecteerd uit de patiëntenpopulatie. Voor de gesimuleerde individuen met uitgestelde zorg wordt geschat hoeveel millimeter de tumor groeit tijdens de periode van uitstel. De groei is gebaseerd op een stadium-specifieke tumor groeisnelheid (zie online bijlagen. De overgang van een patiënt naar een ander tumorstadium wordt bepaald door de groeisnelheid van de tumoren, in combinatie met de wachttijd (uitstel) tot zorg.

4) en 5) Schatting van de gezondheidsuitkomsten
Op basis van de stadiumverdelingen zijn voor de nul-situatie (zonder uitgestelde zorg) en de huidige situatie (met uitstel) voor de twee

scenario's (3 en 6 maanden uitstel) de gezondheidsuitkomsten bepaald. De volgende uitkomsten zijn gemodelleerd over een 5- en een 10-jaars tijdshorizon: (1) het aantal resterende levensjaren, (2) het aantal voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren (QALY's), en (3) sterfte. De stadium-specifieke uitkomsten zijn geaggregeerd naar een totaal effect door deze te wegen met de stadiumverdeling.

Overlevingskansen
De overleving is bepaald op basis van stadium-specifieke overlevingskansen welke door IKNL zijn geschat (zie online bijlagen).De overlevingskansen zijn in het model geïntegreerd in stappen van 6 maanden tot 11 jaar na diagnose. Naast het aantal resterende levensjaren per stadium is de stadium-specifieke sterfte geschat door het aantal patiënten in een stadiumklasse te vermenigvuldigen met de overlevingskans aan het einde van de tijdshorizon.

Voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren
De correctiefactoren voor kwaliteit van leven (utiliteiten) zijn afkomstig uit een onderzoek dat de kwaliteit van leven onderzocht voor 163 melanoompatiënten door middel van een time trade-off methode (zie online bijlagen). Gewonnen levensjaren en gewonnen QALY's worden gedisconteerd gepresenteerd. Een disconteringsvoet van 1,5 procent per jaar werd toegepast op gezondheidseffecten, zoals aanbevolen in de "Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg" van het Zorginstituut (ZIN, 2016). Wanneer de onderliggende effectiviteitsstudies dus een andere discontovoet dan 1,5 procent hebben toegepast werden de effectiviteitsschattingen dus herberekend met een discontovoet van 1,5 procent.

3.2.5.2 Borstkanker, baarmoederhalskanker en dikke darmkanker
De effecten van het stilleggen van de screeningsprogramma's voor borstkanker, baarmoederhalskanker en dikke darmkanker zijn door het Erasmus MC geschat met gebruik van het micro-simulatiemodel *MISCAN*. Er zijn drie modelvarianten van het MISCAN model voor elk van de drie kankers in de bevolkingsonderzoeken [144-147] .Het model simuleert de groei van de kanker op individueel niveau voor de verschillende vormen van kanker en het effect van de nationale bevolkingsonderzoeken op incidentie en mortaliteit. Het gaat uit van de screeningsdata van de Nederlandse bevolkingsonderzoeken, zoals screeningsintervallen en leeftijden van deelnemers. Het model is gebruikt om de situatie in het voorjaar van 2020, waarbij de bevolkingsprogramma's drie maanden zijn stilgelegd, te vergelijken met de situatie in 2020 waarin dit niet was gebeurd [151].

Bevolkingsonderzoek borstkanker -- Het Nederlandse bevolkingsonderzoek naar borstkanker omvat tweejaarlijkse digitale mammografie bij screeningcentra en mobiele units voor vrouwen van 50 tot 75 jaar. Omdat screening voornamelijk plaatsvindt in mobiele units, worden afspraken gepland op basis van postcode. De werkelijke leeftijd waarop een vrouw wordt gescreend, verschilt per individu en ligt ergens tussen de beoogde screeningsleeftijd en de twee jaar daarna. De mammogrammen worden onafhankelijk beoordeeld en geclassificeerd door twee radiologen volgens de classificatie van *Breast Imaging Reporting and Data System* (BIRADS). Als de twee radiologen

verschillende BIRADS-classificaties rapporteren, scoort een derde radioloog het mammogram. Vrouwen met BIRADS-score 4, 5 of 0 (niet goed te beoordelen test) worden verwezen naar een polikliniek voor aanvullende beeldvorming en eventueel een biopsie.

Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker -- Het Nederlandse bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker omvat het afnemen en analyseren van 'uitstrijkjes' (cervicale swaps) bij de huisarts bij vrouwen van 30, 35, 40, 45, 50, 55 en 60 jaar. In 2020 werden wel vrouwen van 45 en 55 jaar nog uitgenodigd, omdat het de eerste ronde van het nieuwe BVO betreft. Allereerst worden de uitstrijkjes getest op hoogrisico humaan papillomavirus (hrHPV). Bij een positieve hrHPV-test wordt hetzelfde uitstrijkje cytologisch beoordeeld op afwijkende cellen. Vrouwen kunnen ook vragen om een zelfafnameset waarop hrHPV kan worden getest. Bij een hrHPV-positieve zelfafname wordt vrouwen geadviseerd om naar de huisarts te gaan voor een uitstrijkje dat cytologisch kan worden beoordeeld. Vrouwen met een normaal cytologisch resultaat krijgen een controle-uitstrijkje na zes maanden, terwijl vrouwen met een afwijkende uitslag direct zijn verwezen naar de gynaecoloog voor colposcopie.

Bevolkingsonderzoek dikke darmkanker -- Het Nederlandse bevolkingsonderzoek naar darmkanker omvat tweejaarlijkse Fecaal Immunochemische Test (FIT) voor mannen en vrouwen van 55 tot 75 jaar. Individuen waarvan de FIT een concentratie hoger dan de afkapwaarde van 47 µg Hemoglobine per gram faeces laat zien, worden verwezen voor een diagnostische colonoscopie. Deelnemers met een negatieve colonoscopie of colonoscopie waarbij enkele kleine poliepen worden gezien worden opnieuw uitgenodigd in het programma na tien jaar.

De screeningsprogramma's zijn na drie maanden stillegging weer opgestart waarbij er beperkte screeningscapaciteit was, de mate van beperking verschilde per kankersoort. In de modelberekeningen is verondersteld dat de totale vertraging (door stillegging en beperkte capaciteit) van de programma's zes maanden is [151]. Het model heeft als aanname dat de screeningscapaciteit na de zes maanden volledig gebruikt wordt en dat deelname aan de programma's niet verandert door de vertraging. In de modelberekeningen hebben de bevolkingsonderzoeken voor darm- en borstkanker de mensen dus niet gescreend na het normale screeningsinterval van twee jaar, maar met een vertraging van 6 maanden[11]. In het onderzoek voor baarmoederhalskanker zijn de vrouwen niet gescreend na een normaal screeningsinterval van vijf jaar maar na vijf jaar en zes maanden.

In de analyse is ervanuit gegaan dat de vertraging van zes maanden voor de huidige screeningsronde niet ingelopen wordt, waardoor ook alle toekomstige rondes met zes maanden vertraagd zijn. Hierdoor kan een deel van de mensen in deze analyse uiteindelijk te oud zijn om uitgenodigd te worden voor de laatste ronde van de screeningprogramma's. In het bevolkingsonderzoek voor borstkanker

[11] In november 2020 maakte het RIVM bekend dat het screeningsinterval tussen twee oproepen tijdelijk verlengd wordt van twee naar maximaal drie jaar, onder andere omdat het vanwege de COVID-19 maatregelen niet meer mogelijk is evenveel vrouwen per dag te onderzoeken als voorheen.

bijvoorbeeld, zouden vrouwen in principe 13 uitnodigingen krijgen tussen hun 50e en 75e levensjaar, maar door de vertraging kan het zo zijn dat een groep vrouwen inmiddels 76 jaar oud is en niet meer wordt uitgenodigd voor de 13e ronde. Er zijn daarom twee varianten doorgerekend om het mogelijke effect van het stilleggen van de bevolkingsonderzoeken te laten zien.

1. Zes maanden vertraging en een deel van de personen krijgt een screeningsronde minder.
2. Zes maanden vertraging en alle mensen krijgen het normale aantal screeningsrondes.

Voor baarmoederhalskanker is alleen de tweede variant doorgerekend omdat alle vrouwen sowieso het normale aantal screeningsrondes krijgen.

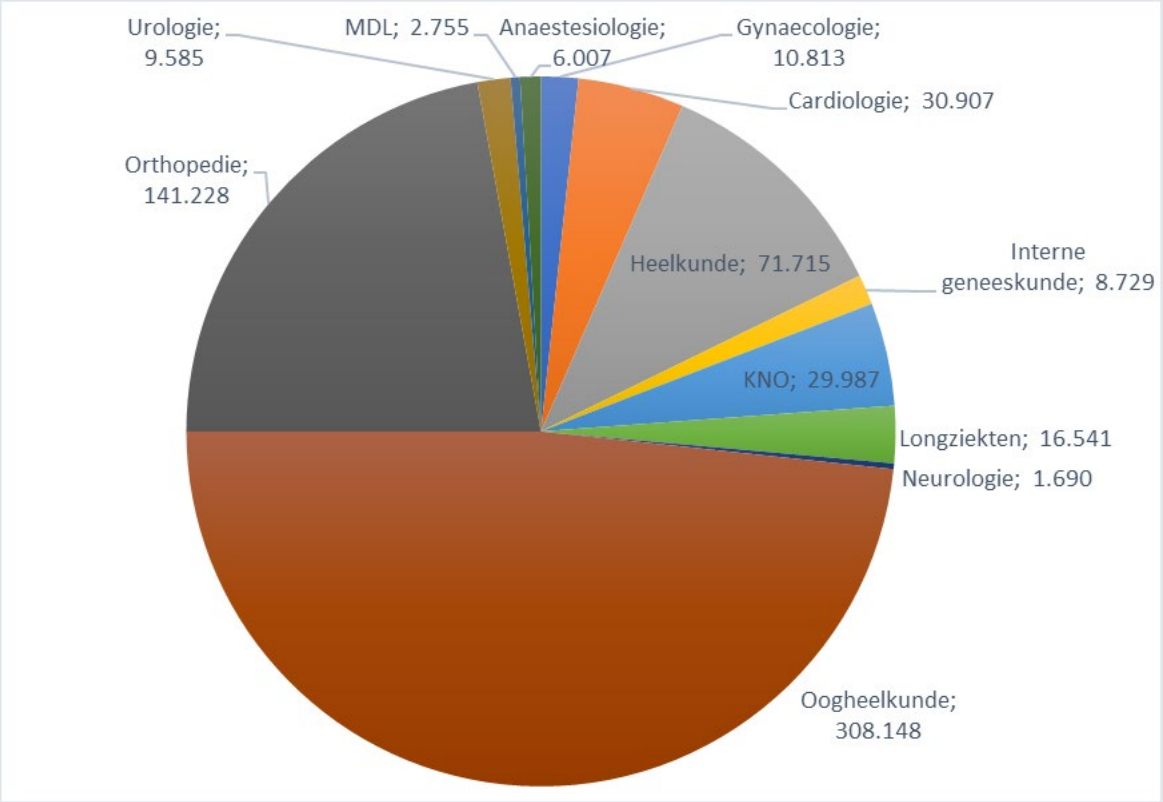
De gebruikte bevolkingsgegevens zijn op basis van het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) en de Nederlandse Kanker Registratie (NKR) voor de incidentie en sterftekansen van de kankervormen. Het model berekent kankerincidentie en sterfte in de totale Nederlandse bevolking, voor borstkanker en baarmoederhalskanker is dit alleen de vrouwelijke bevolking.

3.3 Resultaten: gezondheidseffecten

In deze paragraaf worden de resultaten van de modelberekeningen gepresenteerd. Dit betreft de schattingen van de gezondheidseffecten, het aantal niet gerealiseerde QALY's, in de MSZ. Daarbij worden ook de resultaten gegeven van de varianten waarbij in meer of minder mate sprake is van prioritering van patiënten bij het uitstellen van behandelingen. Vervolgens worden de schattingen van het effect van uitgestelde diagnostiek en behandeling voor melanoom is gegeven. Tot slot worden de resultaten van de geschatte effecten van het stilleggen van bevolkingsonderzoeken voor borstkanker, baarmoederhalskanker en dikke darm kanker gegeven.

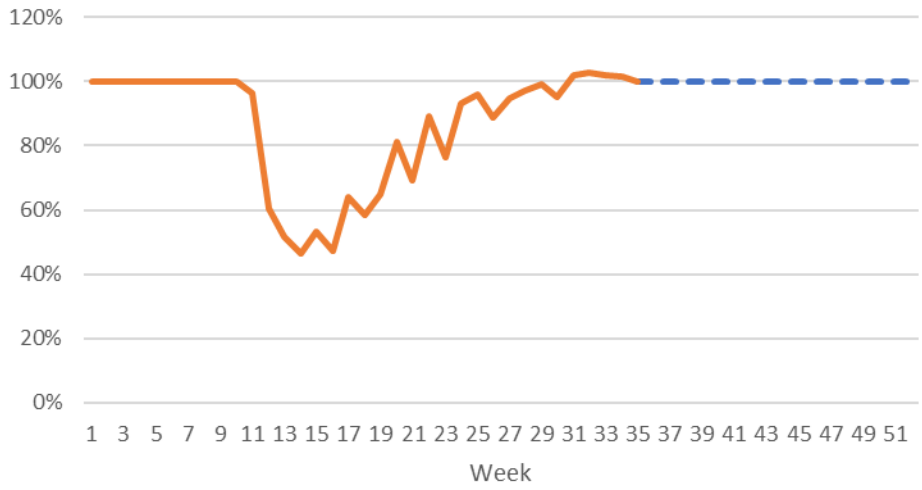
3.3.1 Resultaten voor MSZ

In de 'counterfactual'-situatie, de situatie zonder COVID-19-epidemie en zonder uitgestelde zorg, zouden in het hele jaar 2020 naar schatting 1,28 miljoen behandelingen plaatsvinden binnen de 48 geselecteerde aandoeningen, waarvan 573.500 behandelingen tijdens de eerste coronagolf. Op basis van de literatuur zou dit op jaarbasis naar schatting circa 660.000 QALY's opleveren. De verdeling van het aantal geselecteerde behandelingen over specialismen is weergegeven in Figuur 22. Hierbij moet worden aangemerkt dat in de selectie van de 48 aandoeningen met name de snijdende specialismen zijn oververtegenwoordigd in het model, doordat deze specialismen grotere electieve diagnosegroepen bevatten. Oogheelkunde (48 procent) en orthopedie (22 procent) zijn verantwoordelijk voor de grootste productie van QALY's, gevolgd door heelkunde (11 procent). De specialismen kunnen niet onderling vergeleken worden omdat er per specialisme een ongelijk aantal behandelingen is meegenomen (zie Tabel 3).



Figuur 22 De verwachte gezondheidswinst (QALY's) in 2020 per specialisme, voor de 48 geselecteerde aandoeningen, in de counterfactual-situatie, zonder COVID-19-epidemie. NB. De specialismen kunnen niet onderling vergeleken worden omdat er per specialisme een ongelijk aantal behandelingen is meegenomen (zie Tabel 3).

Door de eerste coronagolf is een deel van het verwachte aantal behandelingen niet gerealiseerd. Het gemiddelde percentage van het aantal geleverde behandelingen voor de geselecteerde aandoeningen gedurende de eerste 35 weken van het jaar is weergegeven in Figuur 23. Het gewogen gemiddelde percentage minder geleverde behandelingen tussen week 11 (medio maart) en week 35 (eind augustus) is 23 procent (zie Tabel 4).



Figuur 23 Percentage geleverde behandelingen tijdens eerste coronagolf voor de 48 geselecteerde aandoeningen en behandelingen ten opzichte van de counterfactual.

In Tabel 4 zijn de omvang van de uitgestelde MSZ zorg en de schattingen van de gezondheidseffecten, het aantal niet-gerealiseerde QALY's, weergegeven. De tabel geeft ook de resultaten van de varianten waarbij in meer of minder mate sprake is van prioritering van patiënten bij het uitstellen van behandelingen. Deze resultaten laten zien dat er in het geval er niet geprioriteerd is ("worst-case scenario") circa 87.000 niet-gerealiseerde QALY's ter verwachten zijn, in geval van enige prioritering circa 50.000 QALY's en in geval van sterke prioritering circa 34.000 QALY's.

De resultaten in Tabel 4 laten zien dat er specialismen zijn die in de inschattingen voor de in dit onderzoek geselecteerde aandoeningen een groot aandeel in het totale gezondheidseffect hebben. Het relatief grote gezondheidsverlies voor bijvoorbeeld oogheelkunde wordt verklaard doordat een groot deel (73%; zie Tabel 3) van de behandelingen binnen dit specialisme mee wordt genomen in de inschattingen, door het hoge aantal patiënten waarvan verwacht werd dat ze behandeld zouden worden (170.100; zie Tabel 4) in combinatie met het relatief grote wegvalpercentage door de COVID-19 epidemie (37,1%; zie Tabel 4), en de hoge gemiddelde QALY-winst voor bijvoorbeeld staarbehandelingen (zie online bijlage 5). Een aantal specialismen hebben een beperkter aandeel in de niet-gerealiseerde gezondheidswinst. Voor bijvoorbeeld neurologie wordt een veel kleiner deel (15%; zie Tabel 3) van de behandelingen binnen dit specialisme meegenomen in de inschattingen, is er ook een relatief kleiner aantal patiënten waarvan verwacht werd dat ze behandeld zouden worden (10.200; zie Tabel 4), in combinatie met een relatief kleiner wegvalpercentage door de COVID-19 epidemie (8,6%; zie Tabel 4).

Tabel 4 Minder geleverde zorg en gezondheidseffecten tijdens eerste coronagolf per specialisme voor de geselecteerde 48 aandoeningen en behandelingen.

Specialisme	**Verwachte aantal patiënten**	**Omvang uitgestelde zorg (%)***	**Gezondheidseffect (QALY)***		
			Prioritering		
			Geen	Enig	Sterk
			Aantal	Aantal	Aantal
Neurologie	10.200	8,6	72	15	4
Gastro-enterologie	23.100	13,0	167	53	19
Interne geneeskunde	6.800	0,4	184	106	68
Anesthesiologie	20.200	18,0	531	124	32
Urologie	57.100	13,1	593	144	42
Gynaecologie	19.200	22,1	981	233	65
Longgeneeskunde	57.000	12,7	1.031	282	82
Cardiologie	39.000	15,4	2.060	754	312
Keel-, neus- en oorkunde	98.200	14,2	2.235	759	294
Heelkunde	37.800	28,5	11.910	4.563	1.936
Orthopedie	34.800	26,9	17.598	11.658	8.483
Oogheelkunde	170.100	37,1	49.874	31.395	23.007
Totaal	573.500	22,6	87.235	50.086	34.344

* Deze getallen kunnen niet tussen specialismen vergeleken worden omdat niet voor elke specialisme een zelfde percentage van de totale zorg binnen dat specialisme is meegenomen (zie ook Tabel 3).

3.3.2 *Resultaten voor oncologie – melanoom als case-studie*

De resultaten voor de twee scenario's met drie of zes maanden uitgestelde diagnose en behandeling voor een tijdshorizon van vijf en 10 jaar zijn gepresenteerd in Tabel 5 en in de online bijlagen. De tabel geeft het aantal verloren levensjaren, het aantal voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren en de extra sterfte bij uitstel van drie of zes maanden voor de diagnostiek en behandeling.

Geschat wordt dat er ruim 7.800 verwachte diagnoses in 2020 zouden zijn in de situatie zonder COVID-19-epidemie. De modelresultaten laten zien dat, vergeleken met de stadium-verdeling zonder uitgestelde zorg, in beide scenario's een substantieel aantal patiënten naar een hoger tumorstadium verschuift (online bijlagen, zie bijlagen). In het drie maanden uitstel scenario, resulteren de stadiumverschuivingen in 821 verloren QALY's over een 5-jaar tijdshorizon en 1.582 verloren QALY's over een 10-jaars tijdshorizon. Voor het scenario van zes maanden uitstel zijn deze aantallen respectievelijk 1.397 en 2.800.

Wanneer de levensjaren worden gecorrigeerd voor de kwaliteit van leven, wordt het effect van uitgestelde zorg versterkt, aangezien de hogere tumorstadia niet alleen zijn geassocieerd met lagere overlevingskansen, maar ook met een lagere kwaliteit van leven (online

bijlagen, zie bijlagen). In het geval van drie maanden uitstel zullen er naar verwachting 143 patiënten meer zijn overleden na vijf jaar, in vergelijking met de situatie zonder uitstel van diagnostiek en behandeling. Indien het uitstel zes maanden is, zal dit getal naar verwachting 279 zijn. De extra sterfte na tien jaar valt iets lager uit doordat de overlevingskansen voor patiënten met tumorstadium T2 en T3 na vijf jaar convergeren (zie online bijlagen).

Tabel 5 Cumulatief geschatte aantal verloren levensjaren, voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren en extra sterfte als gevolg van minder geleverde zorg voor melanoom bij 3 of 6 maanden uitgestelde zorg over een tijdshorizon van 5 en 10 jaar.

	3 maanden uitstel		***6 maanden uitstel***	
Tijdshorizon	**5 jaar**	**10 jaar**	**5 jaar**	**10 jaar**
Aantal verloren levensjaren	526	1.135	1.013	2.242
Voor kwaliteit gecorrigeerde verloren levensjaren (QALY's)	821	1.582	1.397	2.800
Extra overledenen	143	126	279	262

3.3.3 *Resultaten voor tijdelijk stopzetten bevolkingsonderzoeken*

In Tabel 6 zijn de resultaten van de geschatte effecten van het stilleggen van bevolkingsonderzoeken voor borstkanker, baarmoederhalskanker en dikke darm kanker weergegeven. Deze effecten zijn uitgedrukt in de minder voorkomen sterfte in de periode tot 2039 bij een normaal aantal screeningsrondes en bij minder screeningsrondes. De verwachting is dat er in de periode 2020-2039 in totaal tussen de 270 en 470 minder sterfgevallen aan borstkanker worden voorkomen afhankelijk van het gekozen scenario. De spreiding tussen 270 en 470 sterfgevallen hangt alleen af van de twee scenario's voor het aantal screeningsrondes, andere onzekerheden door modelaannames komen hier nog bovenop. Als bijvoorbeeld de programma's opnieuw worden stilgelegd of als de deelnamegraad afneemt, dan zijn de effecten groter. Dit resulteert in de volgende schattingen:

- Voor borstkanker zijn gemiddeld 14 tot 24 minder voorkomen sterfgevallen per jaar te verwachten ten opzichte van ruim 1.450 voorkomen sterfgevallen per jaar in de nul-situatie (zonder stillegging).
- Voor baarmoederhalskanker is gemiddeld 1 minder voorkomen sterfgeval per jaar te verwachten ten opzichte van 250 voorkomen sterfgevallen per jaar in de nul-situatie.
- Voor darmkanker zijn 13 tot 103 minder voorkomen sterfgevallen per jaar te verwachten ten opzichte van 2.500 voorkomen sterfgevallen per jaar op langere termijn in de nul-situatie.

Opgemerkt moet worden dat als de vertraging snel ingelopen kan worden door veel extra capaciteit in te zetten de minder voorkomen sterfte minder zal zijn. Voor borstkanker is deze extra capaciteit op dit

moment echter niet beschikbaar[12], bij de andere bevolkingsonderzoeken naar kanker lijkt dit vooralsnog wel het geval. Het aantal voorkomen sterfgevallen ten gevolge van deze kankervormen kan hoger worden wanneer het uitnodigingsinterval door het uitstel verlengd wordt tot na een leeftijd van 75 jaar. De effecten zullen uiteraard ongunstiger worden indien bevolkingsonderzoeken door volgende golven van COVID-19 weer beperkt worden.

Tabel 6 Cumulatief geschatte aantal minder voorkomen sterfgevallen veroorzaakt door stillegging van de bevolkingsonderzoeken met 6 maanden.

	Darmkanker		***Baarmoeder-halskanker***	***Borstkanker***	
Cumulatieve sterfte	*Normaal aantal screenings-rondes*	*Minder screenings-rondes (*)*	*Normaal aantal screenings-rondes*	*Normaal aantal screenings-rondes*	*Minder screenings-rondes (*)*
2020 t/m 2024	154	209	4	55	59
2020 t/m 2039	254	2.066	27	270	470

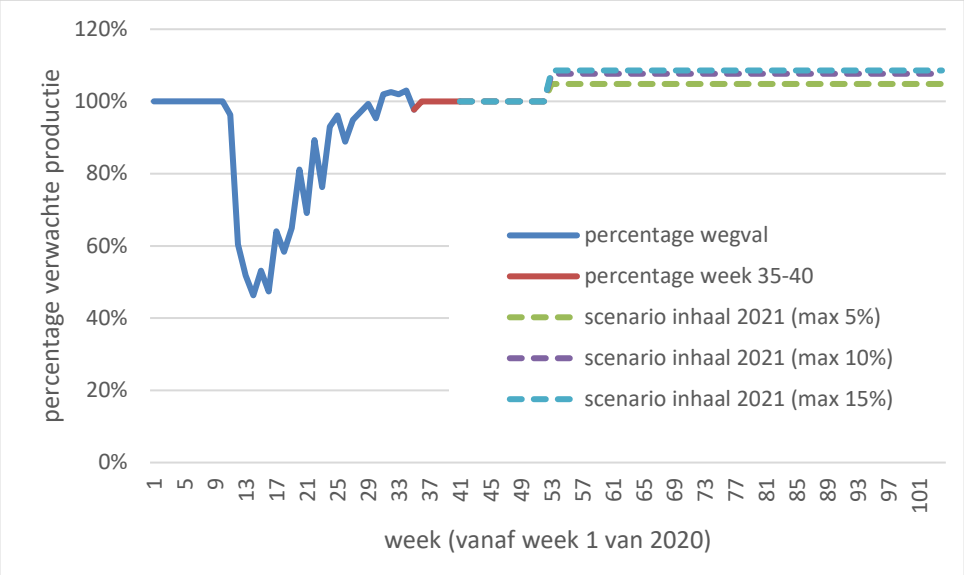
(*) Hier wordt verondersteld dat mensen die door de vertraging van 6 maanden uiteindelijk te oud zijn voor de laatste screeningsronde ook niet meer uitgenodigd worden. Hierdoor krijgt een deel van de mensen één screeningsronde minder dan gemiddeld.

3.4 Scenario-analyses

Het basisscenario berekent het verwachte gezondheidsverlies van de minder geleverde zorg tijdens de eerste golf (week 11 t/m 35). Het is echter mogelijk dat de daling in productie op een later moment wordt gecompenseerd door inhaalzorg. Indien er bijvoorbeeld in 2021 in de MSZ extra behandelingen uitgevoerd kunnen kan een deel van de niet-gerealiseerde behandelingen alsnog worden uitgevoerd. Hiermee kunnen de gezondheidsverliezen beperkt worden. Er treedt wel gezondheidsverlies op doordat patiënten langer hebben moeten wachten op een behandeling, afhankelijk van het moment van inhalen van de behandeling. Vanuit de DHD-OHD 2020-data volgt dat in week 35-40 al enige inhaalzorg heeft plaatsgevonden. Hierna startte de tweede golf en over de omvang van de minder geleverde zorg in deze periode zijn op het moment van schrijven nog geen goede data beschikbaar.

In Figuur 24 worden verschillende mogelijke scenario's voor inhaalzorg in 2021 geschetst. De inhaalzorg die in week 35-40 heeft plaatsgevonden en zorg die juist minder heeft plaatsgevonden door de tweede golf zijn hierbij niet meegerekend.

[12] In november 2020 maakte het RIVM bekend dat het screeningsinterval tussen twee oproepen tijdelijk verlengd wordt van twee naar maximaal drie jaar, onder andere omdat het vanwege de COVID-19 maatregelen niet meer mogelijk is evenveel vrouwen per dag te onderzoeken als voorheen.



Figuur 24 Scenario's voor inhaalzorg in 2021 van de minder geleverde zorg tijdens de eerste coronagolf.

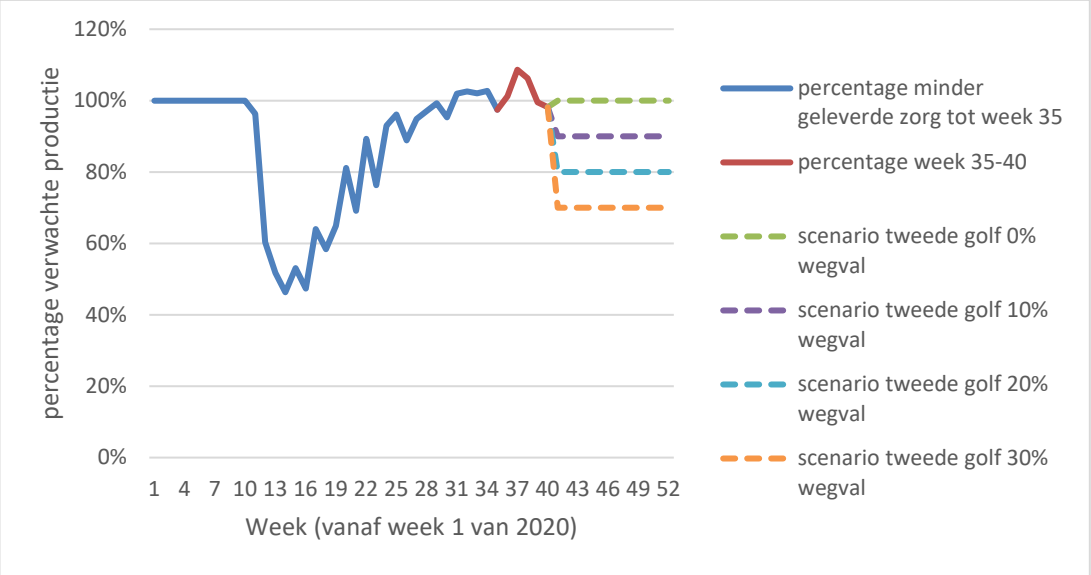
In Tabel 7 worden de gezondheidsverliezen bij de verschillende scenario's voor extra behandelingen in 2021 gegeven, onder verschillende aannames van prioritering. Dit geeft weer dat het potentiële QALY-verlies beperkt kan worden wanneer een deel van de minder geleverde zorg tijdens de eerste coronagolf in 2021 ingehaald zou kunnen worden. Ook in de jaren na 2021 kan een deel van de niet-gerealiseerde gezondheidswinst mogelijk worden gecompenseerd, hoewel de positieve effecten van de ingehaalde behandelingen lager worden naarmate langer wordt gewacht.

*Tabel 7 QALY-verlies bij verschillende scenario's voor inhaalzorg in 2021**

	Geen prioritering	**Enige Prioritering**	**Sterke prioritering**
0% extra capaciteit	87.300	50.100	34.300
5% extra capaciteit	56.000	31.900	22.000
10% extra capaciteit	30.700	17.500	12.100
15% extra capaciteit	13.300	7.500	5.200

*Deze cijfers houden nog geen rekening met de inhaalzorg in week 35-40 en weggevallen productie tijdens de tweede coronagolf.

Na week 40 is er echter een tweede opleving van het COVID-19-virus geweest, waardoor een deel van de reguliere zorg wederom is weggevallen. Op moment van schrijven, midden november 2020, is onzeker hoe lang de tweede golf duurt en hoe groot de afname van productie in totaal zal zijn. In Figuur 25 worden verschillende mogelijke scenario's getoond voor de minder geleverde zorg tijdens de tweede golf. Hierbij is de lichte stijging in productie, zoals waargenomen in de DHD-OHD 2020 data tussen week 35 en 40, wel meegenomen.



Figuur 25 Scenario's met verschillende aannames voor minder geleverde zorg gedurende week 40-52 (tweede coronagolf) van 2020.

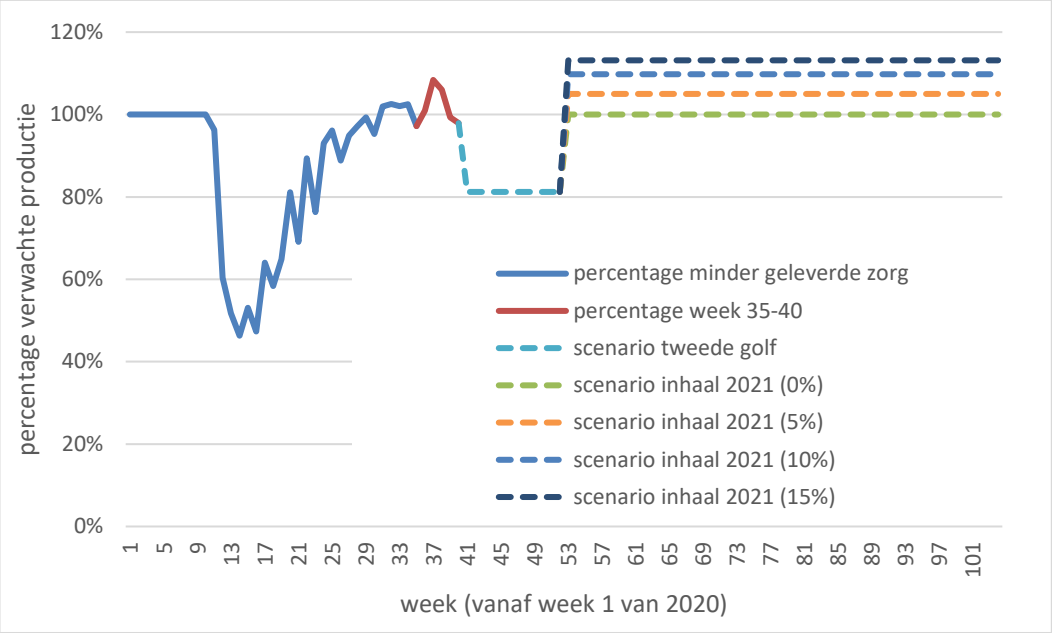
In Tabel 8 worden de gezondheidsverliezen gepresenteerd bij verschillende scenario's van minder geleverde zorg tijdens de tweede golf. Deze cijfers laten zien dat de niet-gerealiseerde gezondheidswinst toeneemt naarmate de geleverde reguliere zorg (tijdens de tweede golf) voor een groter deel afneemt. Hier is de aanname gedaan dat er tijdens de tweede golf een veel meer gecontroleerde afname van geleverde zorg is geweest in vergelijking met de grote variatie in terugval over de tijd tijdens de eerste golf (zie Figuur 25). Daardoor is er meer mogelijkheid voor prioritering en blijven gezondheidsverliezen meer beperkt in vergelijking met de eerste golf.

*Tabel 8 QALY-verlies bij verschillende scenario's voor afname van geleverde zorg tijdens de tweede coronagolf**

Zorg tijdens de tweede golf	**Geen prioritering**	**Enige Prioritering**	**Sterke prioritering**
0% afname reguliere zorg	84.600	47.500	32.400
10% afname reguliere zorg	100.600	49.100	32.500
20% afname reguliere zorg	116.700	54.100	33.700
30% afname reguliere zorg	132.900	62.700	36.800

***** Deze scenario's zijn inclusief de geobserveerde lichte inhaal van productie tussen week 35-40. Daarom zijn de aantallen voor 0% afname reguliere zorg niet helemaal vergelijkbaar met de aantallen in het basisscenario over de eerste golf.

Een tweede golf betekent echter ook dat het een grotere uitdaging wordt om de zorg in te halen in 2021. Figuur 26 geeft een aantal scenario's voor inhaalzorg na een tweede golf waarbij gemiddeld 20% minder zorg is geleverd. Omdat onbekend is hoe lang de tweede golf zal duren is deze in de berekeningen afgekapt op 31 december 2020.



Figuur 26 Scenario voor afname van productie van 20 procent gedurende week 40-52 (tweede coronagolf) van 2020 en verschillende percentages inhaalzorg in 2021.

In tabel 9 zijn de gezondheidsverliezen weergegeven voor verschillende scenario's voor minder geleverde zorg tijdens de tweede golf in combinatie met scenario's voor mogelijke inhaalzorg in 2021. De scenario-analyses laten zien dat de minder geleverde zorg in de tweede golf leidt tot een toename in niet-gerealiseerde QALY's. Ook de minder geleverde zorg in de tweede golf kan theoretisch ingehaald worden met beperkt verlies van QALY's, maar dit vraagt een aanzienlijke toename in de behandelingen in 2021. De hoogte van het uiteindelijke gezondheidsverlies door minder geleverde zorg hangt dus af van een aantal factoren, zoals de duur en hevigheid van de tweede golf en de mate waarin en snelheid waarmee de behandelcapaciteit kan worden uitgebreid in de komende jaren.

*Tabel 9 QALY-verlies bij verschillende scenario's voor tweede coronagolf en inhaalzorg in 2021**

Tweede golf afname productie 10%			
	Geen prioritering	Enige prioritering	Sterke prioritering
0% extra capaciteit	100.600	49.100	32.500
5% extra capaciteit	71.300	35.100	23.400
10% extra capaciteit	43.900	21.700	14.600
15% extra capaciteit	22.700	11.100	7.500
Tweede golf afname productie 20%			
	Geen prioritering	Enige prioritering	Sterke prioritering
0% extra capaciteit	116.700	54.100	33.700
5% extra capaciteit	87.700	40.800	25.500
10% extra capaciteit	58.900	27.500	17.400
15% extra capaciteit	33.500	15.500	9.800
Tweede golf afname productie 30%			
	Geen prioritering	Enige prioritering	Sterke prioritering
0% extra capaciteit	132.900	62.700	36.800
5% extra capaciteit	103.700	49.000	28.900
10% extra capaciteit	74.500	35.200	20.900
15% extra capaciteit	46.500	21.900	13.100

***** Deze scenario's zijn inclusief de geobserveerde lichte inhaal van productie tussen week 35-40.

3.5 Validatie van het model

Het model voor het schatten van het gezondheidseffect van de uitgestelde zorg in de MSZ, met uitzondering van oncologie, is speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld. Als validatie is het model, de aannames, uitgangspunten, gebruikte QALY-waarden en de uitkomsten besproken met onderzoekers van drie Nederlandse academische ziekenhuizen met kennis en ervaring op het gebied van deze modellering. Deze validatie leverde enkele bijstellingen op aan de geselecteerde aandoeningen en behandelingen, correcties op berekende QALY-waarden voor deze studie. Eerdere versies van het model en de QALY-berekeningen zijn op deze onderdelen aangepast. Meer details van de validatieprocedure worden besproken in de online bijlagen.

4 Discussie en conclusie

4.1 Omvang van minder (of anders) geleverde zorg

In hoofdstuk 2 van dit rapport is voor een tiental sectoren binnen de zorg de beschikbare informatie over de omvang van minder of anders geleverde zorg tijdens de eerste coronagolf (in dit rapport gedefinieerd als startend op 12 maart, de dag waarop COVID-19 maatregelen zijn ingegaan tot en met 31 augustus 2020) weergegeven. De belangrijkste sectorspecifieke bevindingen zijn in het begin van dit rapport samengevat.

Er is een groot verschil in de soort data en kwaliteit van de data die we presenteren in dit rapport. We hebben consequent per sector de meest objectieve data over zorguitval eerst gepresenteerd. Meestal gaat het dan om registratiedata, zoals het aantal verwijzingen vanuit de huisartsenpraktijk naar het ziekenhuis dat door NZa gerapporteerd wordt. Deze registratiedata maken het mogelijk om een vergelijking te maken met een vergelijkbare periode uit een referentiejaar, meestal 2018 of 2019. Het voordeel van het gebruik van deze registratiedata is dat ze ofwel compleet zijn (zoals de transplantatiedata van de NTS), ofwel over een zorgvuldige selectie van representatieve praktijken gaan (zoals bij data van het Nivel), waardoor regionale of lokale variaties in zorguitval de gepresenteerde cijfers weinig beïnvloeden. Zoals bekend was er sprake van grote regionale verschillen in de COVID-19 epidemie, en werd de vermindering in geleverde reguliere zorg sterk beïnvloed door de regionale ernst van COVID-19.

Ondanks het feit dat de registratiedata op het moment van schrijven de best mogelijke data over de effecten van COVID-19 op reguliere zorg weerspiegelen is het niet zeker dat deze data volledig zijn [148]. Ziekenhuizen kunnen vanwege COVID-19 zowel sneller als langzamer geweest zijn met het aanleveren van data aan NZa of Nivel. Pas in 2021 zullen de complete productiegegevens over 2020 beschikbaar zijn en kan een definitieve kwantitatieve schatting gemaakt worden van de omvang van de minder geleverde zorg gedurende de COVID-19 epidemie, inclusief de tweede golf.

Naast registratiedata hadden we de beschikking over een groot aantal vragenlijstonderzoeken en inventarisaties onder zorgverleners, patiënten en cliënten, soms ook uitgevoerd als herhaalde metingen gedurende de eerste maanden na de start van de COVID-19 epidemie. Deze enquêtes, zeker die herhaaldelijk afgenomen zijn onder vaak duizenden patiënten en cliënten en/of hun mantelzorgers, geven een stevig signaal af over waar patiënten gedurende de eerste golf mee te maken kregen. Deze raadplegingen bevestigen het beeld dat uit de beschikbare data naar voren komt, namelijk dat reguliere zorg op grote schaal is afgezegd, uitgesteld of vervangen door een vorm van zorg op afstand, zowel telefonisch als digitaal. Ook laten de raadplegingen zien dat een deel van de patiënten en cliënten die met deze veranderingen in de zorg te maken kreeg aangeeft daar negatieve gezondheidseffecten

van te ondervinden en zich zorgen te maken over de gevolgen die het uitstellen van zorg heeft voor hun gezondheidstoestand.

In vergelijking met registratiedata zijn de resultaten van de raadplegingen echter lastig objectief te duiden. Vaak werd het onderzoek uitgevoerd onder leden van bestaande patiënten panels. Deze panelleden hadden ook voorafgaand aan de COVID-19 epidemie dus al een interesse en bereidheid om hun ervaringen in de zorg te delen. Deze panels zijn over het algemeen niet representatief samengesteld. Daarnaast is ook onbekend of de patiënten die hebben meegedaan aan de dataverzameling rondom effecten van uitgestelde zorg tijdens de eerste golf overwegend positieve of juist meer negatieve ervaringen hebben met de (anders of minder geleverde) zorg. Dit doet echter geen afbreuk aan het feit dat duidelijk is dat vele patiënten en cliënten te maken kregen met het afzeggen en uitstellen van afspraken, dat dat soms negatief was voor de gezondheid van de betrokkene, en dat betrokkenen zich zorgen maken over hun gezondheidstoestand. Tegelijkertijd werd uit deze raadplegingen van patiënten en cliënten ook duidelijk dat het initiatief voor het niet doorgaan van het zorgcontact vaak ook vanuit de betrokkene zelf kwam. Angst voor besmetting met het coronavirus binnen de muren van een zorginstelling enerzijds en de wens de zorg niet verder te belasten met de niet aan COVID-19 gerelateerde zorgvraag anderzijds waren twee veelgehoorde redenen om het zorgcontact af te zeggen vanuit de kant van de patiënt of cliënt. De cijfers over de minder geleverde zorg in dit rapport zijn dan ook een resultante van de zorg die minder geleverd werd op initiatief van de zorgverlener en als gevolg van een beslissing van de patiënt of cliënt zelf. Zonder nader onderzoek kunnen beide oorzaken van minder geleverde zorg niet goed onderscheiden worden.

Tot slot waren er vele beschrijvingen van signalen uit het veld. Bij onze uitvraag aan branche- en beroepsorganisaties werden er soms ad-hoc signalen op papier gezet, gebaseerd op ervaringen van slechts enkelen, of werden er ad-hoc in de sector zelf signalen verzameld. Ook de IGJ en het SCP hebben bijvoorbeeld signalen gepubliceerd, gebaseerd op hun waarnemingen in het veld (IGJ) of hun continue monitoring van bepaalde sectoren (SCP). In dit rapport kunnen we alleen gegevens presenteren en uitspraken doen over de invloed van COVID-19 op sectoren en onderdelen van de zorg waarover informatie beschikbaar was. Voor een groot aantal sectoren is informatie beschikbaar gekomen, maar voor een aantal niet. Sectoren of onderdelen waar geen data of signalen voor beschikbaar zijn, zoals een deel van zorg in het sociale domein (wijkteams, maatschappelijk werk, opvoedondersteuning), worden dan ook niet beschreven. Dat betekent vanzelfsprekend niet dat in die sectoren geen sprake was van minder of anders geleverde zorg of van patiënten/cliënten die met de gevolgen daarvan te maken kregen. In de loop van de tijd zal daarover mogelijk toch meer bekend worden en het lijkt dan ook nuttig om over enige tijd, wanneer alle datavoorziening over 2020 compleet is, het uiteindelijke plaatje over de omvang en gevolgen van minder of anders geleverde zorg op te maken. Terugkijkend op de beschikbaarheid van data over de omvang van de minder geleverde reguliere zorg tijdens de eerste golf valt op hoe groot de verschillen in beschikbaarheid van data tussen de verschillende sectoren van zorg zijn. Waar de registraties van ziekenhuiszorg en

huisartsenzorg behoorlijk goed op orde zijn is er bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg veel minder data beschikbaar. Zeker ook bij de zorg voor kwetsbare groepen is er sprake van een grote verscheidenheid aan betrokken (lokale) organisaties en financieringsbronnen, waardoor het heel lastig is om een duidelijk kwantitatief beeld te krijgen van omvang en effecten van minder geleverde zorg.
De gevolgen van minder of anders geleverde curatieve zorg kunnen geëvalueerd worden in termen van aantallen mensen die minder zorg krijgen. Onder de aanname dat die zorg in het algemeen effectief is zullen betrokkenen daardoor langer klachten hebben of zal een ziekte eventueel verergeren door langere wachttijden. In deel 2 van dit rapport wordt daar nader op ingegaan. Zorg die onder de Wet langdurige zorg (gehandicaptenzorg, verpleeghuizen) valt is voor een groot deel niet curatief. Over deze zorg zien we vooral signalen die met kwaliteit van leven en welzijn van patiënten en cliënten te maken hebben. Het stoppen van dagbesteding bijvoorbeeld heeft meestal niet meteen effecten op de lichamelijke gezondheid van kwetsbare mensen, maar heeft wel een grote impact op hun leven en op dat van naasten, omdat die vaak de weggevallen zorg moesten opvangen.

Uit de signalen uit meerdere sectoren van de zorg komt naar voren dat de zorg voorlopig nog niet volledig opgeschaald kan worden vanwege de geldende beperkingen, zoals de regel dat anderhalve meter afstand gehouden moet worden. In bijvoorbeeld wachtkamers en bij het vervoer van patiënten en cliënten kunnen daardoor veel minder mensen terecht, waardoor minder mensen geholpen kunnen worden. Omdat ruimtes voor groepstherapie en bijvoorbeeld dagopvang niet berekend zijn op de omvang van groepen zoals voor maart 2020 gebruikelijk was moet zorg momenteel in kleinere groepen of minder vaak gegeven worden. De noodzaak om extra te reinigen tussen verschillende afspraken in, bijvoorbeeld in directe patiëntenzorg en bij het vervoer van patiënten en cliënten, maakt het voorlopig niet mogelijk om de volumes aan zorg van voor maart 2020 te halen. Het is daarom niet uitgesloten dat de gezondheidseffecten van afgeschaalde zorg nog veel langer doorlopen dan tijdens de eerste golf alleen.

4.2 Gezondheidseffecten van minder (of anders) geleverde zorg

De onderzoeksvraag voor hoofdstuk 3 was of het mogelijk was om op een geaggregeerd niveau een schatting te maken van de gezondheidseffecten van de minder of anders geleverde zorg. Bij het ontbreken van standaard methodologie om deze effecten te schatten is in dit rapport een methode uitgewerkt om voor een aantal veelvoorkomende verrichtingen in de medisch-specialistische (ziekenhuis-)zorg deze effecten te kwantificeren. De belangrijkste resultaten zijn samengevat aan het begin van dit rapport.

Om een inschatting te maken van de effecten op gezondheid als gevolg van minder geleverde zorg is een nieuwe aanpak ontwikkeld die de beschikbare informatie zo goed mogelijk benut. Voor het eerst is een breed overzicht gemaakt van de effectiviteit van behandelingen, en is deze gekoppeld aan de daadwerkelijke behandelaantallen voor een selectie van aandoeningen. Ook is voortgebouwd op modellering van de

effecten van uitstel van behandelingen door dit vraagstuk te benaderen vanuit het perspectief van de zorgaanbieder. De ontwikkeling van deze nieuwe methoden biedt perspectief voor toekomstig onderzoek naar bijvoorbeeld wachtlijstbeleid, de meerwaarde van zorg en vraagstukken omtrent prioritering en regionale spreiding van behandelingen. De benadering kent echter een aantal kanttekeningen die gerelateerd zijn aan de beperkte beschikbaarheid van informatie, de modelleerkeuzes en aannames en de kwaliteit van de beschikbare literatuur. Een aantal van deze kanttekeningen wordt hieronder besproken.

Primair is een inschatting gemaakt van de effecten van de minder (of anders) geleverde zorg voor een selectie van veelvoorkomende aandoeningen in de MSZ. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat de behandelingen bij deze aandoeningen doorgaans effectief zijn. Dit is echter maar een selectie van alle mogelijke behandelingen die zijn weggevallen. De totale gezondheidsschade door uitstel van zorg is daarom naar alle waarschijnlijkheid groter. De geschatte gezondheidsschade is echter niet te extrapoleren naar de gehele MSZ, en zeker niet naar de overige sectoren. Daarvoor zijn een aantal redenen te noemen:

1. Er is een selectie gemaakt van behandelingen die wel en niet zijn meegenomen. De aandoeningen en bijbehorende behandelingen binnen de MSZ die niet zijn meegenomen kunnen zowel effectiever als minder effectief zijn dan de circa vijf voorbeelden die we per specialisme in dit rapport toelichten. Het is zeker mogelijk dat uit zorg voor kleine patiëntgroepen met een specifieke zorgvraag meer waarde gehaald kan worden dan uit veelvoorkomende en meer routineuze behandelingen. Het tegenovergestelde is ook mogelijk. De zorg voor patiënten met buikklachten of hoofdpijn, waarvoor vaak geen onderliggende diagnose wordt gevonden, heeft wellicht een beperkte effectiviteit. Doordat deze categorieën buiten beschouwing gelaten zijn, kan mogelijk een overschatting optreden bij extrapolatie.
2. Ook is het mogelijk dat juist de meest effectieve ingrepen ook het beste zijn onderzocht. Dit zou ook een vertekening van de resultaten geven. Van veel zorg die in ziekenhuizen wordt gegeven staat de effectiviteit niet vast omdat er weinig of geen kwalitatief goed effectiviteitsonderzoek beschikbaar is. Het is waarschijnlijk dat de 28 procent aan medisch-specialistische zorg die wij onderzocht hebben effectiever is dan de 72 procent die buiten de analyse is gebleven. De geschatte gezondheidsschade door minder geleverde zorg binnen de MSZ is zeer waarschijnlijk groter dan de gepresenteerde schattingen in het rapport, maar zeker niet bijna vier keer zo groot.

Een deel van het gezondheidsverlies van zorg die niet gegeven is tijdens de eerste golf vindt plaats in de toekomst, bijvoorbeeld omdat een heupoperatie niet alleen in 2020 voor gezondheidswinst zorgt, maar ook in de jaren daarna. Door de minder geleverde zorg op een later moment in te halen, kan een deel van de verloren QALY’s worden teruggewonnen. De mate waarin dit mogelijk is, hangt af van de tijd tussen het moment van uitstel en het inhaalmoment: hoe langer het duurt, hoe meer QALY’s permanent verloren gaan. Het hangt ook af van

de hoeveelheid patiënten waarvoor de zorg ingehaald kan worden. Patiënten kunnen bijvoorbeeld besluiten om later af te zien van een behandeling. Ook kan de periode van uitstel zo lang zijn dat de behandeling geen meerwaarde meer heeft, of dat een patiënt in de tussentijd overlijdt[13]. Wij baseren onze modelberekeningen op voorlopige data van DHD en NZa over de periode tot 1 september 2020 en nemen in onze basisberekeningen aan dat de zorg daarna weer op het normale niveau lag, d.w.z. 100 procent van de verwachte waarde. Inmiddels weten we meer over de periode na 1 september 2020: al snel hierna diende een tweede coronagolf zich aan en wederom bleek het noodzakelijk om een flink deel van de reguliere zorg terug te schalen. Het is daarom ook aannemelijk dat de totale gezondheidsverliezen voor 2020 hoger komen te liggen dan de schattingen die wij in dit rapport alleen voor de eerste golf maken. Om een indruk te geven van het mogelijke totale gezondheidsverlies over 2020 zijn scenario-analyses gedaan met verschillende wegvalpercentages tijdens de tweede zorg. Met betere data over de daadwerkelijke afname van reguliere zorg in 2020 kunnen in 2021 meer definitieve schattingen worden gemaakt.

De schattingen van het gezondheidsverlies vanwege minder geleverde zorg worden sterk gedomineerd door staaroperaties en heup- en knievervangingen. Vanuit de literatuur is bekend dat deze ingrepen een winst in QALY's opleveren die vooral te maken heeft met verbetering van kwaliteit van leven, maar voor een klein deel ook met de verlenging van het leven, bijvoorbeeld als sterfte wordt voorkomen doordat een beter gezichtsvermogen struikelen voorkomt. Uitstel van deze operatieve ingrepen vormt echter geen acute bedreiging voor de betrokken patiënten, het is vooral lastig en oncomfortabel voor de betrokkenen. Binnen het QALY-concept is lengte van leven en kwaliteit van leven uitruilbaar, omdat een jaar extra leven in goede kwaliteit voor één patiënt net zo veel waard is als een verbetering van kwaliteit van leven van 10 procent bij 10 patiënten gedurende datzelfde jaar. De grote QALY verliezen die we in dit rapport schatten vanwege uitgestelde staar-, heup- en knieoperaties komen van het uitstellen van de verbetering in kwaliteit van leven die we met dit soort operaties verwachten, maar zijn vooral ook een resultaat van de enorme aantallen patiënten die jaarlijks dit soort operaties ondergaan. Een beetje verlies van kwaliteit van leven gedurende de periode van uitstel van deze operaties bij heel veel patiënten legt bij elkaar veel gewicht in de schaal van het totale verlies aan gezondheid vanwege uitgestelde operaties. Overigens is het belangrijk om te onderstrepen dat onze benadering uitgaat van een "statistisch" verlies aan gezondheid, berekend op basis van gemiddelden over grote groepen patiënten. Op individueel niveau kan het leed veroorzaakt door uitstel van diagnostiek of behandeling heel erg groot zijn.

Een relatief klein deel van het gezondheidsverlies dat wij in dit rapport schatten komt op het conto van de cardiologie. Dit staat in sterk contrast met rapportages van Gupta Strategists, waarin op basis van de ervaringen gedurende de eerste weken na medio maart werd geschat dat in het jaar 2020 150.000-200.000 patiënten in Nederland minder

[13] Dit wordt doorgaans meegenomen in de schattingen van de gemiddelde effectiviteit van de operatie. Het valt binnen de verwachting dat een deel van de patiënten na verloop van tijd komt te overlijden, dit leidt niet tot extra gezondheidsverlies of een onderschatting van de modelmatige uitkomsten.

behandeld zouden worden binnen de cardiologie[18, 149]. De bijbehorende ziektelast werd geschat op 85.000-150.000 DALY's voor 2020. Hoewel DALY en QALY schattingen niet rechtstreeks met elkaar te vergelijken zijn is het duidelijk dat deze schattingen vele malen hoger zijn dan de schattingen in dit rapport. In plaats van de marginale waarde van zorg gebruikt deze studie de gemiddelde waarde van zorg. Dit gaat er van uit dat ook zeer kosteneffectieve en noodzakelijke behandelingen, zoals het gebruik van statines en bètablokkers, grotendeels is afgenomen tijdens de eerste golf, terwijl het onderzoek in hoofdstuk 2 van dit rapport laat zien dat de vervolguitgiften van medicijnen vrijwel niet gedaald zijn. Deze verschillen in methodologie en aannames zorgen waarschijnlijk voor een sterke overschatting van de schade voor patiënten in het rapport van Gupta. Onze methode gaat er van uit dat de noodzakelijke zorg is doorgegaan, dat medicatie wel is uitgegeven en dat er binnen de zorg sprake was van een prioritering op meerwaarde, wat leidt tot een sterk lagere schatting van het waardeverlies bij cardiologie. Hierbij moet worden aangemerkt dat de schade door gemiste cardiologische diagnoses en voor alle andere indicaties binnen de cardiologie niet zijn meegenomen in onze schatting. Desondanks is het waarschijnlijk dat onder realistischere aannames de gezondheidsschade in dit specialisme aanzienlijk lager is dan de schattingen van Gupta doen vermoeden.

Dit onderzoek heeft zich geconcentreerd op de gezondheidsverliezen door uitgestelde ingrepen, maar er zijn ook veel diagnoses niet of later gesteld als gevolg van het tijdelijk afschalen van reguliere zorg. Helaas was het nog niet mogelijk om ook gezondheidsverliezen van uitgestelde diagnostiek of van minder of anders geleverde zorg buiten het ziekenhuis te schatten. Het is waarschijnlijk dat ook binnen bijvoorbeeld huisartsenzorg, paramedische zorg en GGZ gezondheidsverliezen zijn geleden. Over de effectiviteit van de zorg buiten het ziekenhuis is relatief minder onderzoek gedaan dan naar de effectiviteit van ziekenhuiszorg. Een deel van de effecten van eerstelijnszorg loopt via verwijzingen naar het ziekenhuis, en is daarom al meegerekend bij de schattingen van het QALY-verlies. Zo draagt fysiotherapie na een operatie bij aan de effectiviteit van de operatie die wordt gerapporteerd in de literatuur, en de schade doordat fysiotherapie wegvalt doordat een operatie uitgesteld is, is daarom ook meegenomen in de schattingen. Binnen de GGZ hebben grote aantallen patiënten te maken gekregen met zorg die in een andere vorm gegeven is, bijvoorbeeld via beeldbellen. Het is onbekend of deze vorm van zorg even effectief is als face-to-face contacten. Nader onderzoek zal nodig zijn om ook de gezondheidseffecten van minder geleverde zorg buiten de ziekenhuismuren in kaart te brengen.

De schatting van de gezondheidseffecten van de minder geleverde MSZ kent een aantal beperkingen en onzekerheden. De belangrijkste beperkingen zijn gerelateerd aan de gevonden QALY-waarden van behandelingen in de literatuur en aan de koppeling van deze QALY-waarden aan Nederlandse declaratiedata. De declaratiedata geven veel informatie over de verschillende behandelingen die zijn uitgevoerd bij verschillende diagnoses, maar zijn niet in alle gevallen één op één te koppelen aan de behandelingen zoals beschreven in de literatuur. Daarom zijn keuzes gemaakt welke declaratieregels wel zijn

meegenomen en welke declaratieregels niet. Hierbij is een brede opvatting van de doelgroep gehanteerd, uitgaande van de behandeling. Bij cardiologie is bijvoorbeeld de meerwaarde van een dotteroperatie bij pijn op de borst ook toegepast op dotteroperaties die zijn uitgevoerd binnen de diagnosegroep chronisch hartfalen. Toekomstig validatie-onderzoek is nodig om te toetsen of deze aanname gerechtvaardigd is, of dat dit tot een over- of onderschatting heeft geleid. Omdat er geen tijd was om voor alle betrokken aandoeningen en interventies een systematisch literatuuronderzoek uit te voeren is gekozen voor een pragmatische aanpak en is voor elke interventie een snelle literatuursearch gedaan om op zijn minst één en liefst enkele schattingen van QALY-winst na de interventie te krijgen. Het is dus zeker mogelijk dat relevante literatuur over effectiviteit van behandelingen gemist is. Ook is het mogelijk dat er sprake is van publicatiebias, omdat studies die aantonen dat een behandeling effectief is grotere kans hebben om gepubliceerd te worden dan studies die aantonen dat eenzelfde operatie niet effectief is. Ook is het vaak zo dat de patiënten in klinische studies waaruit de QALY's in de literatuur geschat worden een sterk geselecteerde groep patiënten betreft. In de dagelijkse praktijk worden verrichtingen mogelijk ook aangeboden aan patiënten die hiervan weinig effect ondervinden (overbodige zorg). Dit alles kan leiden tot een overschatting van de waarde van zorg, en daarmee ook een overschatting van het waardeverlies door wegval. Dit wordt deels gecompenseerd doordat we, wanneer we over meerdere effectschattingen konden beschikken, uitgaan van de meest conservatieve schatting van effectiviteit uit de literatuur, en doordat we aannemen dat de wegval met name plaatsvindt bij de patiënten waar minder effect van de behandeling gerealiseerd kan worden (prioritering). Door uit te gaan van prioritering wordt er tevens van uit gegaan dat overbodige of onnodige zorg als eerste zal wijken in tijden van schaarste.

De effectiviteit van een behandeling zal verschillend zijn voor verschillende patiënten. In het model is de aanname gedaan dat de effectiviteit van een behandeling bij nul QALY's start en daarna lineair oploopt, sommige patiënten zullen weinig en andere heel veel baat bij behandelingen hebben en een effectieve behandeling kan in ons model gemiddeld genomen geen negatieve gezondheidseffecten hebben. Deze daadwerkelijke verdeling van de gezondheidswinst over patiënten is echter onbekend en deze aanname kan dus van invloed zijn op de uitkomsten. De aanname dat er wordt geprioriteerd binnen een bepaalde behandeling op meerwaarde voor de individuele patiënt heeft grote invloed op de uitkomst, zoals blijkt uit onze minimum en maximumschatting van gezondheidsverliezen door het uitstellen van reguliere zorg. Over de daadwerkelijke selectie en prioritering van patiënten in de klinische praktijk tijdens de eerste golf hebben we geen kennis, het is waarschijnlijk dat dit per behandeling, specialisme en ook per regio verschillend was. Daarnaast is het belangrijk om aan te geven dat er mogelijk ook selectie plaatsgevonden heeft onder patiënten zelf. Meer gezondheidsvaardige patiënten (die over het algemeen een betere gezondheid hebben) zullen wellicht eerder een behandeling hebben ondergaan dan patiënten die hierin minder vaardig zijn en minder snel aan zullen dringen op contact met een zorgverlener en bijbehorende behandeling. Een andere wijze of andere omvang van prioriteren of

selectie-effecten bij patiënten zelf kunnen dus zowel een onder- als overschatting van de gezondheidseffecten betekenen.

Een beperking van de schattingen binnen dit model is dat het niet mogelijk is om de achterliggende oorzaak van de wegval te bepalen. Impliciet bezien we het wegvallen van reguliere zorg als iets negatiefs, maar de oorzaak kan in sommige gevallen ook gelegen zijn in een positief neveneffect van COVID-19 maatregelen. Verbeteringen in de (hand)hygiëne kunnen leiden tot minder middenoorontstekingen en ziekenhuisinfecties, wat kan leiden tot een afname van het aantal patiënten. In ons model zou dit bijvoorbeeld een rol kunnen spelen bij de gezondheidsverliezen die we schatten voor otitis media. De geobserveerde afname in behandelingen kan zowel het gevolg zijn van minder oorontstekingen als van de afschaling van zorg. Voor deze specifieke aandoening is het dan ook mogelijk dat een overschatting van de gezondheidsschade door wegvallen van reguliere zorg wordt gemaakt.

Ondanks het feit dat de registratiedata op het moment van schrijven de best mogelijke data over de effecten van COVID-19 op reguliere zorg weerspiegelen is het niet zeker dat deze data correct zijn. Zo is het zeker denkbaar dat de uitzonderlijke werkdruk die de COVID-19-epidemie voor de zorg met zich meebracht een vertraging in het doorgeven van gegevens aan NZa tot gevolg heeft gehad, waardoor een eventueel snel herstel van de reguliere zorg na medio juni nog niet goed zichtbaar is in de cijfers. Tegelijkertijd weten we ook niet goed welke ziekenhuizen eventueel verlaat aanleveren, wanneer dit de ziekenhuizen met de grootste daling in productie zijn zou dit onze schattingen ook kunnen vertekenen. Pas in 2021, bij complete beschikbaarheid van productiegegevens over 2020, kunnen we een meer definitieve kwantitatieve schatting maken van de omvang van de minder geleverde zorg gedurende de eerste golf van de COVID-19 epidemie en van de bijbehorende gezondheidsverliezen.

Het oncologische model wordt als case-studie toegepast op de verminderd diagnostiek en behandeling van melanoom, de meest agressieve vorm van huidkanker. De effecten van uitgestelde diagnostiek en behandeling van melanoom is in dit onderzoek uitgewerkt in een schatting van extra sterfte, het verlies aan gezondheid en voor kwaliteit van leven gecorrigeerde gezondheid. Voor wat betreft sterfte gaat het model alleen uit van de oorzaak-specifieke sterfte aan melanoom. Er wordt geen rekening gehouden met (in-)directe COVID gerelateerde sterfte. Als rekening gehouden wordt met COVID-gerelateerde sterfte zouden de resultaten in tabel 5 naar boven bijgesteld worden. Melanoom is in dit rapport uitgewerkt als case studie om te laten zien hoe de uitgestelde diagnose en behandeling van kanker impact kan hebben op gezondheid. Omdat melanoom een vorm van kanker is die snel metastaseert is vroege diagnose en behandeling essentieel voor de prognose. Melanoom als case studie laat dus goed zien hoe snel gezondheidsverliezen op kunnen treden, maar is wellicht niet representatief voor de langzamer groeiende tumoren.

4.3 Algemene reflectie op de bevindingen in dit rapport

Naast de schattingen van gezondheidsverliezen door minder geleverde zorg zijn er gelukkig ook positieve signalen te melden. Sommige zorgaanbieders, bijvoorbeeld in de thuiszorg, verwachten dat niet voor elke cliënt de zorg weer volledig hervat hoeft te worden, bijvoorbeeld omdat tijdens de COVID-19 epidemie succesvol een beroep is gedaan op de zelfredzaamheid van de cliënt en dit ook na de initiële crisis gecontinueerd kan worden (zie paragraaf 2.6.2.1). Ook is het in bijvoorbeeld de GGZ (zie paragraaf 2.7) en huisartsenzorg (zie paragraaf 2.3) gelukt om consulten om te zetten in een digitale vorm. Dit werd niet door iedereen als even goede zorg als face-to-face-zorg ervaren, maar er waren zeker groepen patiënten die dit een gelijkwaardige vorm van zorg vonden.

Een tweede positief signaal is dat COVID-19 ook gunstige gezondheidseffecten kent, zoals een daadwerkelijke daling in incidentie van respiratoire en gastro-intestinale infecties. Social distancing heeft wat dat betreft niet alleen invloed op de incidentie van COVID-19, maar ook veel breder op alle infectieziekten. De cijfers over minder zorg zijn dus deels ook het gevolg van een terechte afname in de vraag naar gezondheidszorg, samenhangend met minder infecties. Daarnaast was er sprake van een reële afname in vraag naar zorg bijvoorbeeld omdat er door een verbod op het uitoefenen van sport in groepsverband veel minder sportblessures waren in het voorjaar van 2020. Ook is het hoopgevend dat de afschaling van acute zorg, bijvoorbeeld blijkend uit ambulancevervoer en SEH bezoeken, veel minder omvangrijk was dan de afschaling van planbare zorg. Blijkbaar is het in elk geval deels gelukt om de meest noodzakelijke en/of acute zorg toch te blijven verlenen, ondanks de COVID-19 maatregelen.

Dit rapport laat zien dat de schade van COVID-19 niet alleen de ziekte en sterfte bij COVID-19 patiënten betreft maar dat ook vele andere patiënten getroffen zijn door het uitstellen, vervallen of anders leveren van zorg of door zorgmijding van de kant van de patiënt zelf. Schattingen die gepubliceerd zijn in de corona-inclusieve VTV laten zien dat de ziektelast van de laboratorium-bevestigde COVID-19 gevallen in Nederland tijdens de voorjaarsgolf (tot 1 juli) in totaal circa 58.500 disability-adjusted lifeyears (DALY's) bedroeg [150]. De directe ziektelast door COVID-19 tijdens de eerste golf zal naar verwachting hoger liggen omdat niet alle patiënten met symptomen getest zijn op het virus. Als wordt uitgegaan van de 9.900 mogelijke sterfgevallen door COVID-19 op basis van de door het CBS gemelde oversterfte, stijgt de ziektelast door COVID-19 naar 87.600 DALYs. Als ook de aanname wordt gedaan dat er voor elke laboratorium bevestigde COVID-19 patiënt met milde symptomen er in werkelijkheid tien COVID-19 patiënten zijn en er een onderschatting van 10 procent ziekenhuisopnames wordt meegenomen, stijgt de totale ziektelast naar 87.900 DALY's. Bovenstaande getallen zullen in de loop van de tijd met meer precisie kunnen worden vastgesteld, bijvoorbeeld omdat ook steeds meer informatie over het ziektebeloop op langere termijn beschikbaar komt.

Het is niet mogelijk om een vergelijking te maken tussen de directe ziektelast door COVID-19 en de in dit rapport ingeschatte indirecte effecten. Naast dat de eenheden verschillen, DALY's versus QALY's, zijn verschillende methoden gebruikt om tot deze inschattingen te komen en kunnen de gezondheidsverliezen in de ene maat niet direct omgerekend worden naar de andere maat. Omdat de gezondheidswinst na ingrepen in de literatuur in QALY's wordt weergegeven was het in dit rapport niet mogelijk om aan te sluiten bij de DALY-systematiek, zodat beide schattingen rechtstreeks bij elkaar opgeteld zouden kunnen worden. Wel duidelijk is dat de ziektelast van COVID-19 voor een heel groot deel voortkomt uit vroegtijdige sterfte, terwijl de ziektelast van minder-geleverde zorg voor een heel groot deel voortkomt uit verlies aan kwaliteit van leven.

De gezondheidsschade van COVID-19 is de som van de directe en indirecte ziektelast, en dit rapport maakt een begin met het schatten van deze indirecte ziektelast. Het Nederlandse zorgstelsel is heel efficiënt georganiseerd en beschikt over weinig overcapaciteit om extreme piekbelastingen zoals ontstaan door een epidemie op te vangen. De zorg voor COVID-19 patiënten heeft daarom deels de zorg voor niet COVID-19 patiënten vervangen waarbij het principe dat de grootste nood voorgaat ("rule of rescue") gevolgd is. Het is erg moeilijk, zo niet onmogelijk, om een inschatting te maken van de gezondheidsverliezen die wel of niet hadden plaatsgevonden in andere scenario's. Indien bijvoorbeeld de ziekenhuisafspraken niet waren stopgezet en er minder zorg was afgeschaald was het de vraag geweest of patiënten zelf deze zorg niet hadden gemeden en de gezondheidsverliezen daardoor alsnog waren opgetreden. Daarnaast is het onduidelijk wat de gevolgen waren geweest als de zorg niet, zoals nu het geval was, gecontroleerd was afgeschaald, maar men daadwerkelijk tegen overbelasting van het systeem aan was gelopen. Zelfs een vergelijking met andere landen met andere beheersingsstrategieën voor COVID-19 biedt hier geen uitkomst omdat onder andere de bevolkingssamenstelling, het zorgsysteem en de overcapaciteit binnen het zorgsysteem onvergelijkbaar zijn. Het is daarom niet in te schatten of in alternatieve scenario's de gezondheidsverliezen kleiner of groter waren geweest.

De schattingen in dit rapport zijn gemaakt op basis van voorlopige cijfers over de verminderde productie van 2020 en onder onzekerheid over de totale duur van de tweede golf, die zich naar alle waarschijnlijkheid zeker nog over het begin van 2021 zal uitstrekken. De totale wegval aan productie binnen de MSZ is op het moment daarmee nog niet goed te schatten. Ook hebben we nu berekeningen gemaakt op basis van de gemiddelde wegval per specialisme, terwijl de berekeningen specifieker kunnen worden als we meer inzicht hebben in de wegvalpercentages op het niveau van de betreffende behandelingen zelf. In 2021 zullen er niet alleen meer definitieve data zijn over de totale omvang van minder geleverde zorg in 2020, maar ook betere data over de wegval per behandeling. De huidige voorlopige schattingen kunnen dan in 2021 ook verder verbeterd worden. Eventueel kunnen daarbij dan ook andere sectoren van de MSZ of andere sectoren van de zorg, zoals (delen van) de GGZ betrokken worden.

Referenties

1. Hek, K., et al., *Voorschrijven van antibiotica door de huisarts tijdens de corona-pandemie. Geneesmiddelenmonitor in coronatijd. Week 2-35 (6 januari – 30 augustus 2020)*. 2020, Nivel: Utrecht.
2. KNMI. *Afname luchtvervuiling tijdens coronacrisis*. 2020 16 november 2020]; Available from: https://www.knmi.nl/kennis-en-datacentrum/achtergrond/afname-luchtvervuiling-tijdens-coronacrisis#:~:text=27%20oktober%202020%3A%20afname%20CO2,gepubliceerd%20in%20het%20tijdschrift%20Nature.
3. RIVM. *Verschil tussen eerste en tweede golf corona*. 2020 17 november 2020]; Available from: https://www.rivm.nl/documenten/verschil-tussen-eerste-en-tweede-golf-corona.
4. Nza, *Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere ziekenhuiszorg. Update 25 september 2020*. 2020.
5. Patiëntenfederatie Nederland, *Weer zorg na de coronacrisis*. 4 juni 2020.
6. Patiëntenfederatie Nederland, *Uitstel geplande zorg door de coronacrisis*. 17 april 2020.
7. Patiëntenfederatie Nederland, *Uitgestelde en afgezegde afspraken behandeling of onderzoek*. maart 2020.
8. Integraal Kankercentrum Nederland. *COVID-19 en kanker*. 2020; Available from: https://www.iknl.nl/covid-19.
9. NZa, *Gevolgen van de coronacrisis voor de oncologische zorg. Analyse van de doelgroep nieuwvormingen. Update, 25 augustus 2020.* 2020.
10. Nederlandse Vereniging voor Pathologie en PALGA, *Impact van de Covid19 pandemie op de zorg in Nederland. Cumulatief rapport Week 1 t/m 30, 2020. Versie 3.0, 18 augustus 2020*. 2020.
11. Filipe, M.D., et al., *Effect of the COVID-19 Pandemic on Surgical Breast Cancer Care in the Netherlands: A Multicenter Retrospective Cohort Study.* Clinical breast cancer, 2020: p. S1526-8209(20)30207-X.
12. Lantinga, M.A., et al., *Impact of the COVID-19 pandemic on gastrointestinal endoscopy in the Netherlands: analysis of a prospective endoscopy database.* Endoscopy, (EFirst).
13. de Joode, K., et al., *Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on cancer treatment: the patients' perspective.* European journal of cancer, 2020. 136: p. 132-139.
14. NFK, *De gevolgen van de coronacrisis voor kankerpatiënten: wat is jouw ervaring? Eindrapportage finale versie. 29 april 2020.* 2020.
15. RIVM. *Tijdelijke verlenging uitnodigingsinterval naar maximaal 3 jaar*. 2020 4 december 2020]; Available from: https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-borstkanker/mammografie/later-uitgenodigd.
16. NZa, *Gevolgen van de coronacrisis voor hart- en vaatziekten. 28 september 2020*. 2020.
17. NVvC, *Persoonlijke communicatie. 5 juni 2020*. 2020.

18. Gupta Strategists, NVVC, and Medtronic, *Uit de wurggreep van corona. Het nieuwe normaal voor reguliere zorg in een coronatijdperk. 15 mei 2020*. 2020, Gupta Strategists, NVVC, Meditronic.
19. VeiligheidNL, *Short report oktober 2020. Effecten van de Corona maatregelen op SEH-bezoeken? Stand van zaken tot en met september 2020*. 2020.
20. Barten, D.A.-O., G.H.P. Latten, and F.H.M. van Osch, *Reduced emergency department utilization during the early phase of the COVID-19 pandemic: viral fear or lockdown effect?* (1938-744X (Electronic)).
21. Ambulancezorg Nederland, *Persoonlijke communicatie. 21 augustus 2020.* 2020.
22. Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS), *Rapport Maandcijfers t/m september 2020. Orgaandonatie en -transplantatie*. 2020, Nederlandse Transplantatie Stichting: Leiden.
23. Mulder, D.C. and R. Van Eechoud, *Impact COVID-pandemie op het Nederlandse weefseldonatieprogramma. Maandcijfers t/m september 2020*. 2020, Nederlandse Transplantatie Stichting: Leiden.
24. de Vries, A.P.J., et al., *Immediate impact of COVID-19 on transplant activity in the Netherlands.* Transplant Immunology, 2020. 61: p. 101304.
25. Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd. *Zorgsignalen tijdens coronacrisis – 2 juli*. 2020 2 juli 2020 23 oktober 2020]; Available from: https://www.igj.nl/actueel/nieuwsbrieven/zorgsignalen-tijdens-coronacrisis/2020/zorgsignalen-tijdens-coronacrisis-%E2%80%93-2-juli.
26. Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd. *Zorgsignalen tijdens coronacrisis – 26 juni*. 2020 23 oktober 2020]; Available from: https://www.igj.nl/actueel/nieuwsbrieven/zorgsignalen-tijdens-coronacrisis/2020/zorgsignalen-tijdens-coronacrisis-%E2%80%93-26-juni.
27. LROI, *Persoonlijke communicatie. 3 november 2020*. 2020b.
28. Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, *Nieuwsbrief COVID-19 augustus.* 2020.
29. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, *Uitwerking NVKG enquête zorgcapaciteit. Persoonlijke communicatie. 7 juli 2020.* 2020.
30. Medisch Contact. *Lockdownleed helft geriatrische patiënten door suboptimale zorg*. 2020 16 november 2020 17 november 2020]; Available from: https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/lockdownleed-helft-geriatrische-patienten-door-suboptimale-zorg.htm.
31. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose, *Persoonlijke communicatie, juni 2020*. juni 2020.
32. Schuivens, P., et al., *Impact of the COVID-19 lock down strategy on vascular surgery practice: more major amputations than usual.* Annals of Vascular Surgery, 2020.
33. Rinkel, L.A., et al., *Impact of the COVID-19 outbreak on acute stroke care.* Journal of Neurology, 2020.
34. Tack, C.J., *Would You Believe? A Virus Changes Diabetes Care.* Journal of Diabetes Science and Technology, 2020.

35. Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, *Persoonlijke communicatie. 4 november 2020*. 2020.
36. LROI, *Persoonlijke communicatie. 30 juli 2020.* 2020a.
37. Heins, M., et al., *Impact coronapandemie op zorgvraag bij huisartsen (factsheet A). Gevolgen corona in de huisartsenpraktijk*. 2020, Nivel: Utrecht.
38. Heins, M., et al., *Impact coronapandemie op zorgvraag bij huisartsen. Week 2-38: 6 januari t/m 20 september 2020*. 2020, Nivel: Utrecht.
39. Ramerman, L., et al., *Minder zorggebruik op de huisartsenpost sinds de coronapandemie. Zorggebruik huisartsenpost in coronatijd. Week 1-23, 1 januari – 7 juni 2020*. 2020, Nivel: Utrecht.
40. Ramerman, L., et al., *Toename van patiënten met niet-urgente hulpvragen aan de huisartsenpost in coronatijd. Zorggebruik huisartsenpost in coronatijd. Week 1-30, 1 januari – 26 juli 2020*. 2020, Nivel: Utrecht.
41. Leemrijse, C., et al., *Doktersassistenten in de frontlinie tijdens de coronapandemie. Gevolgen corona in de huisartsenpraktijk*. 2020, Nivel: Utrecht.
42. Tuyl LHD van, et al., *Gebruik van e-health in de huisartsenpraktijk tijdens de COVID-19-pandemie*. 2020, Nivel: Utrecht.
43. Keuper, J., et al., *Vrijwel alle huisartsenpraktijken zetten e-health in tijdens de coronapandemie. Organisatie van zorg op afstand in coronatijd*. 2020, Nivel: Utrecht.
44. Pallas health research and consultancy. *Uitgelicht: Zorggebruik tijdens de coronacrisis*. 2020 16 november 2020]; Available from: https://www.pallas-healthresearch.com/uitgelicht-zorggebruik-tijdens-de-coronacrisis.
45. van Ballegooijen, H., et al., *Concerns, quality of life, access to care and productivity of the general population during the first 8 weeks of the coronavirus lockdown in Belgium and the Netherlands* medRxiv 2020. https://doi.org/10.1101/2020.07.24.20161554
46. KNMP, *KNMP monitor coronavirus. 12 oktober 2020*. 2020.
47. Stichting Farmaceutische Kengetallen, *Door coronacrisis 19% minder eerste uitgiften.* Pharmaceutisch Weekblad, 2020. Jaargang 155(Nummer 36).
48. Stichting Farmaceutische Kengetallen, *Grootste afname eerste uitgiftes bij hoestmiddelen.* 2020. Jaargang 155(Nummer 43).
49. Hek, K., et al., *Cijfers antibiotica voorschrijven door huisarts tijdens de COVID-19-pandemie. Nivel Surveillance – geneesmiddelen. Factsheet 1: wk 2-19 (6/1 - 10/5 2020).* 2020, Nivel: Utrecht.
50. Hek, K., et al., *Voorschrijven van psychofarmaca door de huisarts tijdens de coronapandemie. Geneesmiddelenmonitor in coronatijd. Week 2-24 (6 januari - 12 juni 2020).* 2020a, Nivel: Utrecht.
51. Weesie, Y., et al., *Voorschrijven van opioïden door de huisarts tijdens de coronapandemie. Geneesmiddelenmonitor in coronatijd. Week 2-23, 6 januari - 7 juni 2020*. 2020, Nivel: Utrecht.

52. Dijk van, L., et al., *Voorschrijven methylfenidaat bij kinderen door huisarts tijdens de coronapandemie. Geneesmiddelenmonitor in coronatijd. Week 2-26 (6 januari - 28 juni 2020)*. 2020, Nivel: Utrecht.
53. Hek, K., et al., *Voorschrijven van geneesmiddelen voor luchtwegaandoeningen door de huisarts tijdens de coronapandemie. Geneesmiddelenmonitor in coronatijd. Week 2-26 (6 januari - 28 juni 2020)*. 2020, Nivel: Utrecht.
54. Ellen Koster, Daphne Philbert, and M. Bouvy. *Coronapandemie beïnvloedt kwaliteit farmaceutische patiëntenzorg. Upper houdt enquête onder 215 apothekers. Pharmaceutisch weekblad 29/30*. 2020 13 juli 2020 16 november 2020]; Available from: https://www.pw.nl/achtergrond/2020/coronapandemie-beinvloedt-kwaliteit-farmaceutische-patientenzorg.
55. Kruisselbrink, M., et al., *Gevolgen coronapandemie op gebruik fysiotherapiezorg voor verschillende patiëntengroepen. Week 2-36, 6 januari – 6 september 2020.* . 2020, Nivel: Utrecht.
56. Jorna, Y., et al., *Gevolgen corona voor de eerstelijns oefen- en fysiotherapiepraktijk. Gebruik van paramedische zorg in coronatijd. Week 2-22, 6 januari - 31 mei 2020*. 2020, Nivel: Utrecht.
57. Mohnen, S., et al., *Gecombineerde leefstijlinterventie 2020: ontwikkeling geremd door COVID-19?* 2020, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: Bilthoven.
58. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, *Persoonlijke communicatie. Juli 2020*. 2020.
59. Patiëntenfederatie Nederland, *Weer fysiotherapie na de coronacrisis. Juni 2020.* 2020a.
60. Ergotherapie Nederland, *Persoonlijke communicatie. 24 juni 2020.* 2020.
61. OVN, *Persoonlijke communicatie. Juni 2020.* 2020.
62. Diëtisten, N.V.v., *Persoonlijke communicatie. 18 november 2020*. 2020.
63. NZa, *Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor langdurige zorg. Update 02 september 2020*. 2020, NZa: Utrecht.
64. V&VN. *Ledenpeiling corona verpleeghuis. 1 mei 2020*. 2020; Available from: https://www.venvn.nl/nieuws/peiling-v-vn-tekorten-maskers-houden-aan-psychische-druk-hoog/.
65. Angevaare, M. and H. van Hout, *Impact of Covid-19 lockdown on (psychosocial) functioning on Dutch long term care residents?*, in *RGP's of Ontario. Reflecting on the COVID-19 Pandemic: Examining Themes from Long Term Care – An International Virtual Town Hall*. 2020.
66. van der Roest, H., et al., *Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen*. 2020, Programma Ouderen, Trimbos-instituut, Utrecht; Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen, Universiteit van Amsterdam; Faculteit der Sociale Wetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam.
67. Van der Roest, H.G., et al., *The impact of COVID-19 measures on well-being of older long-term care facility residents in the Netherlands.* Journal of the American Medical Directors Association, 2020.
68. AGORA-beroepsvereniging, *Persoonlijke communicatie. 21 augustus 2020.* 2020.

69. CIZ. *Vanaf 1 juli weer huisbezoeken mogelijk*. 2020 30 juni 2020; Available from: https://www.ciz.nl/nieuws/corona-virus.
70. NZa, *Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de wijkverpleging. Update 10 september 2020.* 2020, Nederlandse Zorgautoriteit: Utrecht.
71. NZa, *Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de wijkverpleging. 6 juli 2020*. 2020d.
72. Tzorg, *Persoonlijke communicatie. 6 juli 2020.* 2020.
73. Patiëntenfederatie Nederland, *Zorg en ondersteuning thuis na de coronacrisis. Juni 2020.* 2020b.
74. MantelzorgNL, *Rapportage NMP Hoe gaat het nu? April 2020*. 2020b.
75. Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *COVID 19 Update stand van zaken. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, 3 juni 2020*. 2020.
76. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Routekaart voor mensen met een kwetsbare gezondheid*, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Editor. 2020: Den Haag.
77. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Richtlijn dagbesteding en -opvang voor ouderen op basis van de Zvw, Wlz, en Wmo 2015*, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Editor. 2020: Den Haag.
78. Movisie. *Coronacrisis: dagbesteding ouderen valt weg. 17 april 2020*. 2020 30 november 2020]; Available from: https://www.movisie.nl/artikel/coronacrisis-dagbesteding-ouderen-valt-weg.
79. MantelzorgNL, *Rapportage NMP Coronavirus en mantelzorg. Maart 2020*. 2020a.
80. MantelzorgNL, *Rapportage NMP Geleerde lessen. Augustus 2020*. 2020c.
81. Alzheimer Nederland, *Tweede corona peiling onder mantelzorgers van mensen met dementie: ondersteuning blijft tekortschieten. Periode 2 t/m 9 juni 2020.* 2020.
82. van Maurik, I.S., et al., *Psychosocial Effects of Corona Measures on Patients With Dementia, Mild Cognitive Impairment and Subjective Cognitive Decline.* Frontiers in psychiatry, 2020. 11.
83. Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd, *Verpleging, verzorging en thuiszorg tijdens de coronacrisis. Sectorrapportage van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd*. 2020, Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd: Utrecht.
84. Movisie, *Persoonlijke communicatie. November 2020*. 2020.
85. NZa, T.-i., *Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de geestelijke gezondheidszorg.* 2020, Nederlandse Zorgautoriteit en het Trimbos-instituut: Utrecht.
86. Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie, Z. *Geen toename in suïcides sinds start van de coronacrisis in Nederland.* 2020 09 oktober 2020]; Available from: https://www.113.nl/actueel/geen-toename-suicides-sinds-start-van-de-coronacrisis-nederland.
87. Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie, Z. *Geen toename in suïcides in eerste weken coronacrisis.* 2020 21 mei 2020]; Available from: https://www.113.nl/actueel/geen-toename-suicides-eerste-weken-coronacrisis.
88. NRC. *Politie rukt vaker uit voor overlast*. 2020 10 mei 2020].

89. de Nederlandse ggz. *Forse daling van aantal verwijzingen naar ggz*. 2020 28 april 2020]; Available from: https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2020/forse-daling-van-aantal-verwijzingen-naar-ggz.
90. MeerGGZ, d.N.g.e., *Rapportage uitvraag aantal wachtenden bij leden van GGZN en MeerGGZ (concept).* 2020, de Nederlandse ggz en MeerGGZ.
91. Kamp, D., Machielsen, G., van Os, J. , *Voorpublicatie: De toepassing van psychotherapeutische behandeling via beeldbellen.* Tijdschrift voor Psychotherapie, 2020(3).
92. Psychiatrie, N.V.v., *Inzet psychiaters om behandelcontacten zoveel mogelijk door te laten gaan*. 2020.
93. Movisie. *Dagbesteding op afstand: nieuwe vormen en grote zorgen tijdens coronacrisis*. 2020 6 april 2020]; Available from: https://www.movisie.nl/artikel/dagbesteding-afstand-nieuwe-vormen-grote-zorgen-tijdens-coronacrisis.
94. MIND. *Ggz-panel bevraagd over gevolgen Corona*. 2020 1 april 2020]; Available from: https://mindplatform.nl/nieuws/onderzoek-ggz-panel-naar-gevolgen-corona.
95. MIND. *Onderzoek ggz-panel: klachten nemen toe, zorg blijft achter*. 2020 13 mei 2020]; Available from: https://mindplatform.nl/nieuws/klachten-nemen-toe-zorg-blijft-achter.
96. MIND. *MIND-panel: geen face-to-face behandelingen voor bijna helft van de cliënten*. 2020 17 juli 2020]; Available from: https://mindplatform.nl/nieuws/mind-panel-face-to-face-behandeling-in-de-ggz-nog-niet-op-orde.
97. Termorshuizen, J.D., Watson, H. J., Thornton, L.M., Borg, S., Flatt, R.E., MacDermod, C.M., ... & Bulik, C.M., *Early Impact of COVID-19 on Individuals with Eating Disorders: A survey of~ 1000 Individuals in the United States and the Netherlands.* medRxiv, 2020.
98. de Lange, A., Hulsbosch, L., Knispel, A., Kroon, H., *Impact van de coronacrisis op mensen met ernstige psychische aandoeningen.* , in *Panel Psychisch Gezien*. 2020, Trimbos-instituut: Utrecht
99. de Vries, D., en Pols, J., *Effecten van sociale afstand op kwetsbare groepen in Nederland.* 2020, Universiteit van Amsterdam, Ben Sajef centrum, Vrije Universtiteit, Trimbos-instituut, MEE, Pharos, Hogeschool van Amsterdam en ZonMw: Amsterdam.
100. van den Broek, A., Bucx, F., Herweijer, L., de Klerk, M. Kromhout, M., Kuyper, L., Maslowski, R., Miltenburg, E., Olsthoorn, M., Plaisier, I., de Roos, S., Turkenburg, M., Vogels, R. , *Eerste doordenkingen maatschappelijke gevolgen coronamaatregelen.* 2020, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
101. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. *Zorgsignalen tijdens coronacrisis - 5 juni*. 2020 5 juni 2020]; Available from: https://www.igj.nl/actueel/nieuwsbrieven/zorgsignalen-tijdens-coronacrisis/2020/zorgsignalen-tijdens-coronacrisis---5-juni.

102. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. *Zorgsignalen tijdens coronacrisis - 12 juni*. 2020 12 juni 2020]; Available from: https://www.igj.nl/actueel/nieuwsbrieven/zorgsignalen-tijdens-coronacrisis/2020/zorgsignalen-tijdens-coronacrisis---12-juni.
103. Baeken, C., *Het effect van COVID-19 op de hersenstimulatiecentra in de Lage Landen (redactioneel).* Tijdschrift voor psychiatrie 2020. Jaargang 62.
104. MeerGGZ, d.N.g.e., *Rapportage uitvraag aantal wachtenden bij leden van GGZN en MeerGGZ (concept)*. 2020.
105. Schuengel, C., et al., *Impact of the initial response to COVID‐19 on long‐term care for people with intellectual disability: an interrupted time series analysis of incident reports.* Journal of Intellectual Disability Research, 2020.
106. Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten, *Resultaten herhaalmeting interne uitvraag voor RIVM. Juni en juli 2020.* 2020.
107. Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten, *Resultaten herhaalmeting interne uitvraag voor RIVM. November 2020*. 2020.
108. KansPlus en LFB; in samenwerking met Ieder(in), *Ervaringen van mensen met een beperking en hun naasten met de versoepeling van de coronamaatregelen. 11 augustus 2020.* 2020.
109. van Schravendijk, M., et al., *Mensen met licht verstandelijke beperkingen*. 2020, HvA, Clientenbelang Amsterdam, UvA, Ben Sajet Centrum.
110. Schelven, F., R. van Verkaik, and H. Boeije, *Kwaliteit van leven van naasten van mensen met een verstandelijke beperking tijdens de coronacrisis.* 2020, Nivel: Utrecht.
111. Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd, *De gehandicaptenzorg in de coronaperiode*. 2020, Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd: Utrecht.
112. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), *Persoonlijke communicatie. 20 augustus 2020.* 2020.
113. Patiëntenfederatie Nederland, *Weer mondzorg na de coronacrisis. Juli 2020.* 2020.
114. Jeugdautoriteit, *Corona-quickscan jeugdhulpaanbieders.* 2020, Jeugdautoriteit: Den Haag.
115. Jeugdautoriteit, *Tweede corona-quickscan jeugdhulpaanbieders.* 2020.
116. Steketee, M., de Wildt, R., Compagner, M., van der Hoff, M., Tierolf, B., *Kwetsbare gezinnen in tijden van Corona. Wat is de impact van de coronacrisis op kwetsbare gezinnen en de hulp die zij nodig hebben?* . 2020, Verwey-Jonker Instituut: Utrecht. p. 44.
117. Movisie, *Overzicht bevindingen Movisie over de eerste golf van de COVID-19 epidemie. November 2020*. 2020.
118. de Nederlandse ggz. *Jeugdbranches: financiële zekerheid sociaal domein ook ná 1 juli nodig*. 2020 18 juni 2020; Available from: https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2020/jeugdbranches-financiele-zekerheid-sociaal-domein-ook-na-1-juli-nodig.
119. Movisie, *Overzicht bevindingen Movisie over de eerste golf van de COVID-19 epidemie*. 2020.

120. Menting, J., F.v. Schelven, and H. Boeije, *Gevolgen van de coronapandemie voor gezondheid, behandeling en zelfmanagement van mensen met een chronische ziekte*. 2020, Nivel: Utrecht.
121. Meurs, M., et al., *Gering gebruik van e-health onder mensen met een chronische ziekte en/of lichamelijke beperking tijdens de coronapandemie. Organisatie van zorg op afstand in coronatijd*. Nivel: Utrecht.
122. Ieder(in), *Persoonlijke communicatie. 20 augustus 2020.* 2020.
123. Ieder(in), *Hoe wordt uw leven weer leefbaar? Juni 2020.* 2020a.
124. Ieder(in), *Notitie lessen coronacrisis + voorbereiden vervolg corona tijdperk. 30 juni 2020*. 2020b.
125. PerSaldo, *Budgethouder in de coronacrisis. Uitkomsten van de online vragenlijst aan leden en niet leden.* 2020.
126. Valente, *Persoonlijke communicatie. Mei 2020*. 2020.
127. Dronkert, L., *Impact van Sociale Afstand op Kwetsbare groepen. Deelproject 4: Onderzoek bij cliëntondersteuners van MEE over hun ervaringen sinds COVID-19* 2020, MEE NL: Utrecht.
128. Federatie Landbouw en Zorg, *Persoonlijke communicatie, 17 juni 2020*. 2020.
129. CIb, *Persoonlijke communicatie, 18 juni 2020*. 2020a.
130. CIb, *Persoonlijke communicatie, 2 november 2020*. 2020b.
131. RIVM, *Thermometer seksuele gezondheid. November 2020*. 2020, RIVM: Bilthoven.
132. Rutgers, *Seksuele gezondheid in Nederland in corona tijd*. 2020: Utrecht, juli 2020.
133. Rutgers and Soa Aids Nederland, *Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland tijdens de coronacrisis*. 2020.
134. RIVM. *Tot 80% minder soa-testen tijdens intelligente lockdown* 2020 10 november 2020 16 november 2020]; Available from: https://www.rivm.nl/nieuws/tot-80-minder-soa-testen-tijdens-intelligente-lockdown.
135. Fiom. *Abortus in tijden van corona, 16 april 2020*. 2020 3 november 2020]; Available from: https://fiom.nl/over-fiom/nieuws/abortus-tijden-corona.
136. NZa. *Open data van de Nederlandse Zorgautoriteit*. 2020 16 november 2020]; Available from: https://www.opendisdata.nl/.
137. NZa, *Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor verwijzingen naar de medisch-specialistische zorg - 5 november 2020.* 2020, Nederlandse Zorgautoriteit: Utrecht.
138. Liebs, T.R., et al., *Quality-Adjusted Life Years Gained by Hip and Knee Replacement Surgery and Its Aftercare.* Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2016. 97(5): p. 691-700.
139. Konopka, J.F., et al., *Quality-Adjusted Life Years After Hip and Knee Arthroplasty: Health-Related Quality of Life After 12,782 Joint Replacements.* JB JS Open Access, 2018. 3(3): p. e0007.
140. Fordham, R., et al., *The economic benefit of hip replacement: a 5-year follow-up of costs and outcomes in the Exeter Primary Outcomes Study.* BMJ open, 2012. 2(3).
141. Bachman, D., J. Nyland, and R. Krupp, *Reverse-total shoulder arthroplasty cost-effectiveness: a quality-adjusted life years comparison with total hip arthroplasty.* World journal of orthopedics, 2016. 7(2): p. 123.

142. Degeling, K., et al., *An inverse stage-shift model to estimate the excess mortality and health economic impact of delayed access to cancer services due to the COVID-19 pandemic.* medRxiv, 2020.
143. Sud, A., et al., *Collateral damage: the impact on cancer outcomes of the COVID-19 pandemic.* 2020.
144. Jansen, E.E., et al., *Cost‐effectiveness of HPV‐based cervical screening based on first year results in the Netherlands: a modelling study.* BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2020.
145. Sankatsing, V.D., et al., *Risk stratification in breast cancer screening: cost‐effectiveness and harm‐benefit ratios for low‐risk and high‐risk women.* International Journal of Cancer, 2020.
146. van der Meulen, M.P., et al., *Colorectal cancer: cost-effectiveness of colonoscopy versus CT colonography screening with participation rates and costs.* Radiology, 2018. 287(3): p. 901-911.
147. van Hees, F., et al., *Should colorectal cancer screening be considered in elderly persons without previous screening? A cost-effectiveness analysis.* Annals of internal medicine, 2014. 160(11): p. 750-759.
148. Nza, *Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere ziekenhuiszorg. Update 25 september 2020.* 2020, Nederlandse Zorgautoriteit: Utrecht.
149. Gupta Strategists, *COVID goes Cuckoo. How the March-April 2020 COVID-19 surge overwhelmed Dutch hospitals and undermined regular care*. 2020, Gupta Strategists: Amsterdam.
150. RIVM. *Thema COVID-19 | Ziekte*. 2020 27 november]; Available from: https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/c-vtv/covid-19/ziekte.
151. L.M. Kregting, S. Kaljouw, L. de Jonge, et al. Effects of Cancer Screening Restart Strategies after COVID-19 Disruption (Unpublished).

Dankwoord

Voor het onderzoek in dit rapport heeft het RIVM een uitvraag gedaan onder veel organisaties in het Nederlandse zorglandschap. Deze organisaties worden genoemd in bijlage 1. Wij danken deze partijen heel hartelijk voor hun medewerking. Zonder de informatie uit het veld was dit rapport minder omvangrijk, maar ook minder compleet geweest.

Verschillende organisaties, waaronder AZN, IKNL, LROI, Nivel, NTS, NZa, en SFK hebben gegevens aangeleverd voor de figuren in hoofdstuk 2 van dit rapport. Wij willen deze organisaties hiervoor hartelijk danken. NZa, DHD en IKNL hebben databestanden geleverd die gebruikt zijn voor de berekeningen in hoofdstuk 3. Wij danken Caroline Goebertus, Michel van de Hoef, Wenyun Ouan en Ingrid Seinen (NZa) en Harm Buisman, Marieke Louwman, Jolanda van Middelkoop-van Hoeve en Sabine Siesling (IKNL) voor hun hulp bij het aanleveren van deze data, maar zeker ook voor constructief meedenken over de ontwikkelde rekenmethode en de interpretatie van de resultaten. Robert Vonk (RIVM) en Coen van Gool (RIVM) bedanken we voor het meedenken in de startfase van dit project. Ook Erwin Eysinger en Henk Hilderink (RIVM) hebben gedurende het hele project op de achtergrond meegedacht ten behoeve van de afstemming met de corona-inclusieve VTV. Onze collega's Nynke van der Veen, Iris Seriese, Patricia Hugen (Centrum voor Bevolkingsonderzoek RIVM) danken we voor de afstemming rondom de bevolkingsonderzoeken. Leden van de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut danken we voor de kritische reflecties.

Vanuit het Erasmus MC waren Sylvia Kaljouw, Lucie de Jonge, Erik Jansen, Elleke Peterse, Eveline Heijnsdijk, Nicolien van Ravesteyn en Iris Lansdorp- Vogelaar betrokken bij de berekeningen van de gezondheidsverliezen door uitstel van de bevolkingsonderzoeken. Wij danken hen hiervoor hartelijk. Karijn Suijkerbuijk (UMC Utrecht), Marlies Wakkee (Erasmus MC) en Marloes van Kester (Haga Ziekenhuis) hebben meegedacht over de berekeningen voor melanoom.

Tot slot is de kritische blik van velen belangrijk geweest om eerdere versies van dit rapport en de bijbehorende berekeningen te verbeteren. Daarvoor danken wij (in alfabetische volgorde) Pieter de Boer (RIVM), Simone de Bruin (RIVM), Jan van Busschbach (Erasmus MC), Peter Engelfriet (RIVM), Talitha Feenstra (RIVM), Tim Govers (Radboud UMC), Albert Jan van Hoek (RIMV), Peter Kemper (RIVM), Lidwien Lemmens (RIVM), Johan Polder (RIVM), René Poos (RIVM), Mirre Scholten (Radboud UMC) en Niek Klazinga (Amsterdam UMC).

Gebruikte afkortingen

ACS	Acuut coronair syndroom
ADHD	Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
AVG	Arts voor verstandelijk gehandicapten
AZN	Ambulancezorg Nederland
BIRADS	Breast Imaging Reporting and Data System
BMR	Bof, mazelen, rodehond
BVO	Bevolkingsonderzoeken
CBS	Centraal Bureau van de Statistiek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronische Obstructieve Long Ziekte)
COVID-19	Coronavirus disease-2019
CSG	Centra Seksuele Gezondheid
DALY	Disability Adjusted Life Years
DBC	Diagnose-behandelcombinatie
DBC-DOT	Diagnose-behandelcombinatie op weg naar transparantie
DHD	Dutch Hospital Data
DHD/OHW	Dutch Hospital Data / onderhanden werk (voorlopige productiecijfers)
DIS	Diagnose InformatieSysteem
EPA	Ernstige psychische aandoeningen
FARR	Forensisch artsen Rotterdam Rijnmond
FIFO	First-in-first-out
FIT	Fecaal-immunochemische test
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHZ	Gehandicaptenzorg
GLI	Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI).
hrHPV	Hoogrisico-humaan papillomavirus
HvA	Hogeschool van Amsterdam
IC	Intensive care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IKNL	Integraal Kankercentrum Nederland
KEA	Kosteneffectiviteitsanalyses
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KNMT	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
KNO	Keel-, neus- en oorheelkunde
LFB	Landelijke Federatie Belangenverenigingen Onderling Sterk
LOT-C	Landelijk Operationeel Team Corona
LROI	Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten
LVB	Licht verstandelijke beperking
MC	Medisch Centrum
MDL	Maag-darm-leverkunde
MISCAN	MIcrosimulation SCreening Analysis , een microsimulatiemodel van het ErasmusMC voor simulatie en evaluatie van screeningprogramma's voor diverse kankervormen
MSZ	Medisch-specialistische zorg

n	Number (aantal)
NAH	Psychische problemen of een niet-aangeboren hersenletsel
NFK	Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties
NIHS	Niet-invasieve hersenstimulatie
NKR	Nederlandse Kankerregistratie
NOG	Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
NPCG	Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten
NSAIDs	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (niet-steroïdale anti-ontstekingsmedicijnen)
NTS	Nederlandse Transplantatie Stichting
NVAVG	Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten
NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
NVvC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVVP	Nederlandse Vereniging voor Pathologie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OVN	Optometristen Vereniging Nederland
PALGA	Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief
pgb	Persoonsgebonden budget
POH	Praktijkondersteuner
QALY	Quality-adjusted life year
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SEH	Spoedeisende hulp
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
soa	Seksueel overdraagbare aandoening
SOAP	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen Peilstation
THP	Totale heupprothese
UMC	Universitair medisch centrum
UvA	Universiteit van Amsterdam
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VK	Verenigd Koninkrijk
VOBC	Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra
VS	Verenigde Staten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VUMC	Academisch ziekenhuis en medische faculteit in Amsterdam, gelieerd aan de Vrije Universiteit Amsterdam
VV	Verpleging en verzorging
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wzd	Wet zorg en dwang
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZINL	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 1: Geraadpleegde organisaties

- 113online
- Abortusregistratie Nederland
- ActiZ
- AGORA, Beroepsvereniging coördinatoren vrijwilligerswerk
- AJN Jeugdartsen Nederland
- Alzheimer Nederland
- Ambulancezorg Nederland (AZN)
- Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)
- Associatie van Academische Werkplaatsen Verstandelijke Beperkingen (AAWVB)
- Beroepsvereniging V&VN
- Borstkanker Vereniging NL
- Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie
- Erasmus MC – oncologie
- Ergotherapie Nederland
- Federatie Landbouw en Zorg
- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- FIOM
- Firevaned
- GGD GHOR Nederland
- Harteraad
- Ieder(in)
- Ineen
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)
- Jeugdautoriteit
- Kansplus
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT)
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
- Landelijk Federatie Belangenverenigingen Onderling Sterk (LFB)
- Landelijke Abortus Registratie (LAR)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI)
- LOC Zeggenschap in Zorg
- Longfonds
- LSR- Landelijk steunpunt cliëntenraden
- Mantelzorg.nl
- MEE
- MeerGGZ
- Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Movisie
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlands internisten vereniging (NIV)
- Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG)

- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)
- Nederlandse ggz
- Nederlandse Hart Registratie
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)
- Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS)
- Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV)
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten (NvavG)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs (GAV)
- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA)
- Nederlandse Vereniging van ZiekenhuisApothekers (NVZA)
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC)
- Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP)
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)
- Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP)
- Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)
- Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA)
- Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT)
- Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT)
- Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg (NVTG)
- Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Nederlands-Vlaamse Hersenstimulatiestichting
- Netwerk Cliënt-en-Raad Zorg (NCZ)
- Onderzoeksinstituut Nivel
- Optometristen Vereniging Nederland (OVN)
- PALGA (Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief)
- Pallas health research and consultancy
- Patiëntenfederatie Nederland
- Per Saldo
- Perined
- Raad Volksgezondheid & Samenleving (RVS)
- Rutgers
- Sociaal Cultureel Planbureau (SCP)
- Soncos
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)

- Stichting Melanoom
- Stichting MIND
- Tactus Verslavingszorg
- Thuiszorgorganisatie Tzorg
- Trimbos-instituut
- Valente
- VeiligheidNL
- Vektis
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
- Vereniging voor Geneeskundig Adviseurs (GAV)
- Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde
- Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)
- Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN)
- Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde
- Verwey-Jonker Instituut
- Vilans
- ZorgDomein
- Zorgimpuls - GENERO
- Zorginstituut Nederland (ZIN)
- Zorgthuisnl

A. van Giessen | A. de Wit | C. van den Brink | K. Degeling | C. Deuning | J. Eeuwijk | C. van den Ende | I. van Gestel | R. Gijsen | P. van Gils | M. IJzerman | I. de Kok | G.-J. Kommer | L. Kregting | E. Over | A. Rotteveel | K. Schreuder | N. Stadhouders | A. Suijkerbuijk

RIVM-rapport 2020-0183

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

december 2020

De zorg voor morgen begint vandaag

012512