

Continuïteit reguliere zorg, uitgestelde zorgvraag en gezondheidsschade als gevolg van de coronacrisis

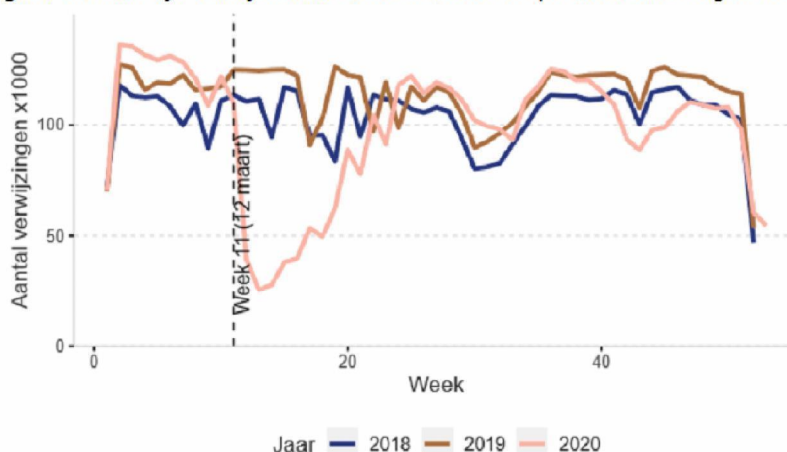
Reguliere zorg

Zowel in de eerste als tweede golf is de reguliere zorg afgeschaald. Tekorten aan middelen en personeel zorgden ervoor dat er tijdens de eerste en tweede golf een gebrek aan capaciteit was om ook de reguliere, niet-acute zorg doorgang te laten vinden. Zo lag bijvoorbeeld het verzuimpercentage eind december 2020 gemiddeld op 8%, met uitschieters tot 15%.¹¹ Na de eerste golf is de levering van reguliere zorg hersteld om vervolgens in de tweede golf weer te worden afgeschaald. Sinds de corona-uitbraak lijkt er echter vrijwel geen inhaalzorg te hebben plaatsgevonden.¹ Veel zorg die in de eerste golf is uitgesteld, is daarmee nog niet ingehaald. Van januari tot en met oktober 2020 hebben in totaal 11% minder (unieke) patiënten een behandeling in het ziekenhuis gehad. Met de tweede golf die in het najaar van 2020 in omvang verder toeneemt, zal dit percentage waarschijnlijk verder stijgen.

Uitgestelde zorgvraag

Naar schatting hebben eind 2020 ongeveer 1,11 miljoen minder verwijzingen plaatsgevonden naar de ziekenhuiszorg en 80.000 minder verwijzingen naar de ggz.¹¹ Weliswaar is een deel van deze zorg niet meer nodig; een ander deel moet echter op een later moment nog worden ingehaald.

Figuur 1. Landelijk verwijzingsvolume naar de medisch specialistische zorg 2018 – 2020 (per week)



Bron: NZa

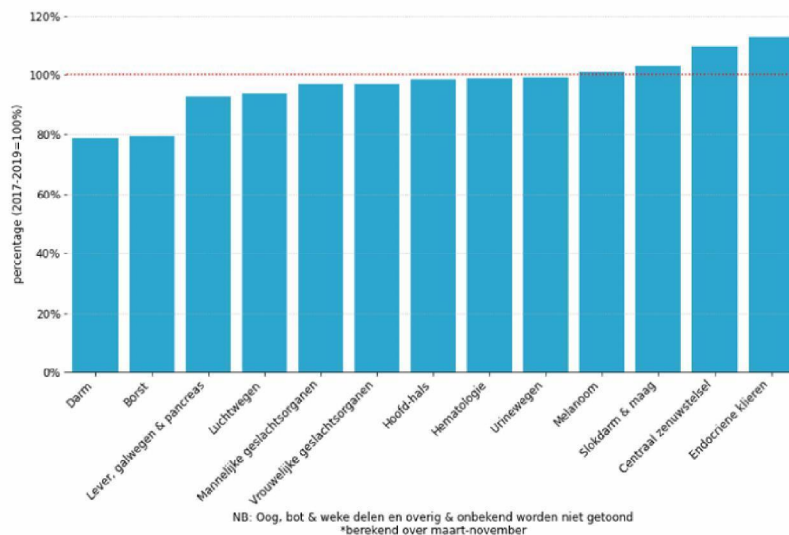
Met name de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker die tijdelijk zijn stopgezet, kunnen grote gezondheidseffecten hebben. In het voorjaar van 2020 waren er 20% tot 25% minder kankerdiagnoses dan in de jaren 2017 – 2019.² De tweede coronagolf in het najaar van 2020 heeft vooralsnog geen invloed gehad op het aantal nieuwe kankerdiagnoses. In oktober en november lag het aantal nieuwe kankerdiagnoses zelfs hoger dan in voorgaande jaren. Dit valt waarschijnlijk te verklaren door de uitgestelde diagnoses in de eerste golf. Daarmee heeft voor sommige soorten kanker ten dele een inhaalslag plaatsgevonden. Toch geldt met name voor borstkanker en darmkanker dat er nog een significante achterstand is (zie Figuur 2).

Met betrekking tot borstkanker is het nog onduidelijk hoeveel diagnoses later alsnog gesteld zullen worden omdat de tot nu toe gemiste diagnoses grotendeels langzaam groeiende tumoren zullen zijn die geen klachten geven. Er kan dus enige tijd overheen gaan voordat het aantal diagnoses met borstkanker weer op de oude niveaus hersteld is.

Figuur 2. Diagnoses per tumorhoofdgroep als percentage van het gemiddelde over 2017 – 2019*

¹ <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/12/15/aanvullende-maatregelen-noodzakelijk-om-zorg-voor-covid--en-non-covid-patienten-toegankelijk-te-houden>

² <https://www.ikni.nl/covid-19>



Bron: IKNL

Daarnaast zijn ook de behandelprotocollen voor kankerpatiënten in het begin van de coronacrisis aangepast. Dit gebeurde zowel om de risico's op COVID-19-besmetting voor patiënten zo laag mogelijk te houden als om de meest noodzakelijke zorg te prioriteren.

Op dit moment is het lastig een inschatting te maken of door de vertraging in diagnostiek kanker vaker in latere stadia wordt gediagnosticeerd. Bij een diagnose in een later stadium van kanker kan een zwaardere behandeling nodig zijn en kan de kans op overleving verminderd zijn. Of daarnaast de gewijzigde behandelprotocollen gevolgen hebben voor de uitkomsten is evenmin duidelijk.

Gezondheidsschade

Het RIVM heeft gepoogd de gezondheidsschade van minder of anders geleverde zorg tijdens de eerste coronagolf in kaart te brengen.³ Het betreft schattingen voor een deel van de medisch specialistische ziekenhuiszorg (MSZ) en een klein deel van de oncologische zorg. Daarbij maakt het RIVM een schatting van het aantal behandelingen dat is uitgesteld. 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 QALY's. Voor elke minder uitgevoerde behandeling is deze niet gerealiseerde gezondheidswinst als gezondheidsverlies meegenomen.

Tijdens de eerste golf is binnen het onderzochte deel (28%) van de MSZ gemiddeld 23% minder zorg geleverd.⁴ Het RIVM schat het gezondheidsverlies op ongeveer 50.000 gezonde levensjaren. Daarbij gaat het RIVM ervan uit dat er enige prioritering van patiënten heeft plaatsgevonden op mogelijke gezondheidswinst.⁵ Een relatief groot deel van de verloren gezonde levensjaren is het gevolg van weggevallene 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

³ RIVM (2020). Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid.

⁴ De totale gezondheidsschade door uitstel van zorg is naar alle waarschijnlijkheid groter, maar niet bijna vier keer zo groot, omdat de 28% van de onderzochte MSZ gemiddeld effectiever is dan de 72% die buiten de analyse is gebleven.

⁵ Bij een sterke prioritering schat het RIVM het gezondheidsverlies op ruim 34.000 gezonde levensjaren. Zonder prioritering bedraagt het gezondheidsverlies circa 87.000 gezonde levensjaren.

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 moment van publicatie van het RIVM-rapport is de tweede golf in volle gang. Het RIVM heeft op basis van scenario-analyses desondanks een inschatting kunnen maken 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 RIVM geeft aan dat het voor vrijwel alle zorg in andere domeinen dan de MSZ erg lastig of zelfs onmogelijk is om de gezondheidsverliezen in te schatten.

Kader 1. Uitgestelde kankerdiagnoses

Voor de agressiefste vorm van huidkanker (melanoom) zijn ongeveer 1000 minder diagnoses gesteld dan verwacht. De verslechtering van prognose hangt samen met hoe lang 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.

Daarnaast heeft het Erasmus Medisch Centrum voor een aantal soorten kanker berekend hoeveel minder voorkomen sterfgevallen kunnen worden verwacht tussen 2020 en 2039 bij een vertraging van 6 maanden. Voor borstkanker worden in deze periode per jaar 14 tot 24 minder sterfgevallen voorkomen (gemiddeld 1.450 sterfgevallen per jaar). Voor baarmoederhalskanker wordt naar verwachting gemiddeld per jaar 1 sterfgeval minder voorkomen (gemiddeld 250 sterfgevallen per jaar). Voor darmkanker worden naar verwachting jaarlijks 13 tot 103 minder sterfgevallen voorkomen (gemiddeld 2.500 sterfgevallen per jaar).

Stadhouders en Jeurissen hebben een model gemaakt om de gezondheidsschade van het uit- of afstellen van noodzakelijke zorg te kwantificeren. Het model laat zien dat er een grote mate van onzekerheid heerst rondom het inschatten van de gezondheidsschade. De uitkomsten van het model zijn met name gevoelig met betrekking tot aannames over de omvang van de uitgestelde zorg, de prioritering van patiënten, de snelheid van het heropstarten van de reguliere zorg en of op een later moment QALY's nog 'teruggewonnen' worden.