

## Ziekenhuisopnames in beeld

Gepubliceerd op January 5, 2021

### [Lars Admiraal Follow](#)

#### Managing Partner at M. Clinical Trials

929

152

0

„Wat we nu al tegen elkaar zeggen is, we moeten eigenlijk al keuzes maken, operaties uitstellen en mensen wel of niet opnemen op de IC. Dat is nog niet over leven en dood, dus dat is zeker nog niet code zwart. Maar als dat zo doorgaat, verwachten we dat eigenlijk eind januari”, zegt Diederik Gommers [1].

We stevenen dus mogelijk af op code zwart?

#### Inzet van zorgpersoneel

Alvorens in de ziekenhuiscijfers te duiken, moet mij van het hart dat ik enorm veel respect heb voor al het zorgpersoneel dat zich dag in dag uit blijft inzetten voor de medemens. Dit schrijven doet daar helemaal niets aan af.

#### GGD-opnames (OSIRIS) versus NICE-opnames

Hierbij de letterlijke tekst van de cijferverantwoording Ziekenhuizen op het Corona Dashboard:

*"Osiris kent inmiddels echter een aanzienlijke onderrapportage van ziekenhuisopnames doordat de GGD'en niet altijd meer informatie krijgen over ziekenhuisopnames van Covid-patiënten."* [2]

Waarom zou er nu sprake zijn van onderrapportage aan de GGD'en? In maart waren de cijfers van de GGD'en nog heel accuraat, dus zou de onderrapportage dan niet het gevolg zijn van het onderstaande?

*"Osiris neemt alleen de patiënten mee die vanwege COVID-19 in het ziekenhuis liggen, terwijl NICE ook ziekenhuisopnames rapporteert van patiënten met COVID-19, maar die om een andere reden in het ziekenhuis zijn opgenomen."* [2]

Die om een andere reden zijn opgenomen? Sinds het aantal COVID-opnames meer dan 40 per dag zijn, schrijft de Federatie Medisch Specialisten (FMS) voor dat alle (asymptomatische) patiënten die onder narcose moeten voor een operatie, getest moeten worden [3].

Het behoeft weinig toelichting dat bij grootschalig asymptomatisch testen van een paar duizend operaties per dag [4] een evenredig aantal PCR-testen positief zullen zijn. Het zou inmiddels de beleidsmakers ook niet ontgaan moeten zijn dat asymptomatische besmettingen niet of nauwelijks voorkomen. Uit bron- en contactonderzoek in Wuhan is gebleken dat 300 asymptomatische gevallen **niet één** van de 1174 nauwe contacten heeft geïnfecteerd. [5]

Het is dus ernstige misleiding om simpelweg alle positieve PCR-testen mee te tellen als COVID-patiënt voor beleidsmaatregelen, de GGD-opnames lijken daarom nog altijd de meest betrouwbare cijfers. Zowel in absolute cijfers alsmede als trendindicatie.

#### Ziekenhuisopnames zijn ziekenhuisopnames

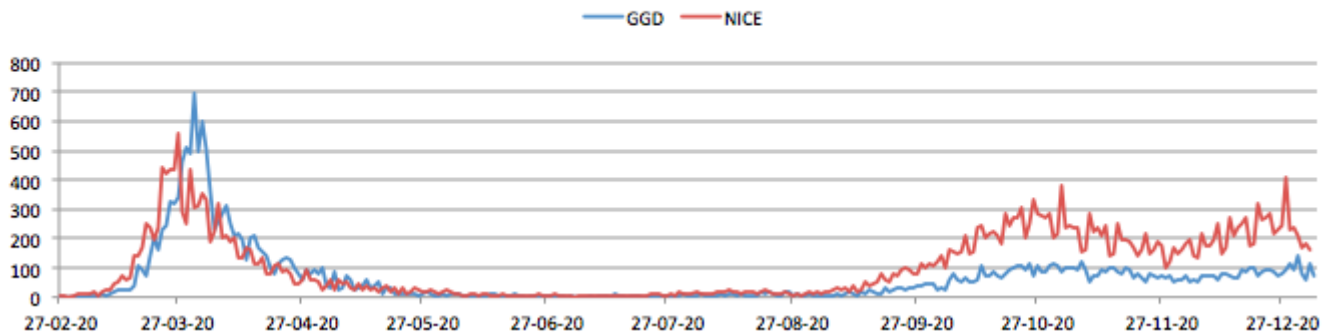
De NICE-opnames zijn ongeveer een factor 2 - 4x zo hoog als de gerapporteerde GGD-opnames. Maar wat maakt dit verschil dan uit? De mensen liggen toch in het ziekenhuis en houden bedden bezet? Het feit dat er geen enkel onderscheid meer te maken valt tussen een échte COVID-patiënt en een onterechte COVID-patiënt (een asymptomatische patiënt met een positieve PCR), heeft nogal wat implicaties, onder andere:

- Alle positief gediagnosticeerde patiënten moeten als zodanig worden behandeld en levert dus extra werkdruk op voor het zorgpersoneel;
- De COVID-ziekenhuisopnames worden overschat;
- De COVID-IC-opnames worden overschat;
- De R-waarde wordt overschat door deze overrapportage;
- De overheid maakt beleid op basis van verkeerde cijfers;

## Ziekenhuisopnames in beeld

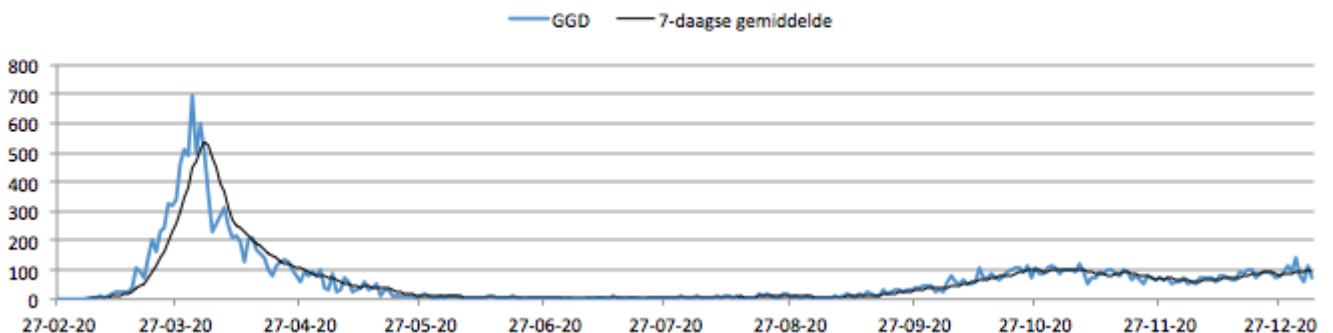
Onderstaand de opnames GGD [6] en NICE [7] in één grafiek over de periode februari 2020 tot heden [GRAFIEK 1]:

### Ziekenhuisopnames (GGD versus NICE)



Onderstaand de GGD-opnames inclusief het 7-daags gemiddelde [GRAFIEK 2]:

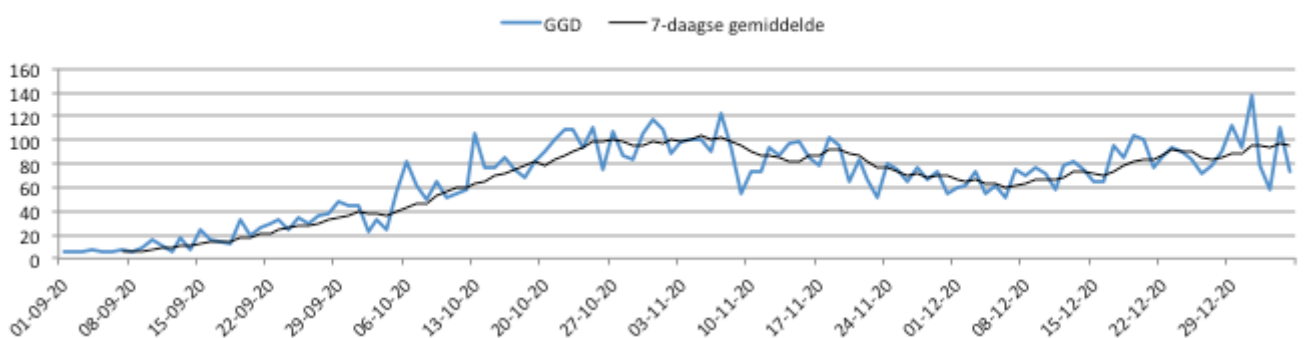
### Ziekenhuisopnames (GGD) en 7-daags gemiddelde



In grafiek 1 is duidelijk het verschil tussen de GGD- en de NICE-opnames te zien. De NICE-cijfers geven een absoluut vertekend beeld om de "tweede golf" in perspectief te plaatsen tot de "eerste golf" in maart, aangezien er voor het najaar een andere definitie van COVID-ziekenhuisopname is gehanteerd.

Op basis van de GGD-cijfers kunnen we niets anders spreken dan van een rimpeling, in plaats van een "tweede golf". Daar gelaten dat er in enkele ziekenhuizen lokaal wel drukte kan worden ervaren. Als we wat meer inzoomen op de "tweede golf" voor wat betreft GGD-cijfers, dan zien we het volgende [GRAFIEK 3]:

### Ziekenhuisopnames (GGD) - "tweede golf"



## Code zwart in zicht?

Je hoeft geen epidemioloog te zijn om te zien dat er absoluut geen epidemiologische COVID 'uitbraak' is. Terugkomend op de opmerking van Diederik Gommers: "Maar als dat zo doorgaat,

verwachten we dat (code zwart) eigenlijk eind januari" kan dus gekwalificeerd worden als stemmingmakerij.

De trend is afvlakkend en geenszins exponentieel stijgend zoals in maart en er lijkt zelfs al weer een daling te zijn ingezet [GRAFIEK 3].

### **Druk op de zorg**

Het 7-daagse gemiddelde heeft sinds de zomer nog nooit de 100 gehaald [GRAFIEK 3]. Met een gemiddelde ligtijd van 10 dagen, zijn dat ongeveer 1000 opgenomen échte COVID-patiënten. Omdat een net verlaten ziekenhuisbed niet per direct beschikbaar hoeft te zijn voor een nieuwe patiënt, zal de beddendruk wellicht wat hoger kunnen zijn.

Het grootste knelpunt is momenteel zorgpersoneel. In een land, waarvan het inwonersaantal blijft groeien en tevens vergrijs, is het volstrekt onbegrijpelijk dat er de afgelopen jaren is bezuinigd op het aantal verpleegkundigen. De zorgvraag zal de komende jaren enkel toenemen en daarmee de druk op de zorg.

Enorm veel respect voor al het zorgpersoneel dat zich elke dag weer inzet, terwijl zij door het beleid van afgelopen jaren keer op keer weer in de steek zijn gelaten en nu gebukt gaan onder de enorme werkdruk en vermoeidheid.

### **Zonder de maatregelen**

Maar wat als we de lockdown nu niet hadden gehad? Intuïtief zou je zeggen dat lockdowns en daarmee het voorkomen van onnodige contacten, effectief zouden moeten zijn. Het gaat te ver om in dit artikel een welles nietes spelletje te houden, feit is dat er geen enkel wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van lockdowns [8].

Zou het niet zo moeten zijn dat, wanneer vrijheden van burgers worden ingeperkt, na 11 maanden verzameling van data, een overtuigend bewijs geleverd moet kunnen worden, alvorens we blijven volharden in lockdowns? En hoe verhoudt dit zich tot de nevenschade van de lockdowns?

### **Hoe nu verder?**

#### *Eerlijke cijferreportage*

Om te beginnen dienen de ziekenhuiscijfers op een eerlijke manier te worden gepresenteerd. Échte COVID-opnames dienen onderscheiden te worden van patiënten die om een andere reden zijn opgenomen.

Daarnaast dienen de gecorrigeerde cijfers in perspectief geplaatst te worden tot voorgaande jaren. In een poging de maandcijfers van voorgaande jaren op te vragen bij Stichting NICE, was het resultaat: "Vanwege onze verwerkerscontracten met de ziekenhuizen en de drukte omtrent de COVID-19 registratie kunnen wij de gegevens helaas ook niet op deze manier beschikbaar maken."

#### *Huisartsen per direct terug in beeld*

Nederland heeft eerstelijns zorg waar we trots op mogen zijn. De bijna 13.000 huisartsen zijn het voorportaal van de ziekenhuizen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zou haar verantwoordelijkheid moeten nemen om huisartsen adequaat te informeren over effectieve vroegtijdige behandeling.

#### *Ivermectine*

Ivermectine is een veilig anti-parasitair geneesmiddel, waarvoor William C. Campbell in 2015 zelfs de Nobelprijs heeft gekregen [9]. Tevens staat het op de lijst met meest essentiële medicijnen van de WHO 'The Selection and Use of Essential Medicines' [10].

Ivermectine blijkt met betrekking tot COVID-19 zowel antivirale eigenschappen te bezitten (effectief in profylaxe en vroegtijdige behandeling) en ontstekingsremmende eigenschappen (effectief in ziekenhuisbehandeling).

Het team van Prof. Paul Marik en Dr. Pierre Kory (meer dan 2000 peer reviewed wetenschappelijke publicaties) hebben een meta-analyse geschreven over Ivermectine met waanzinnige resultaten [11]. Dr. Andrew Hill heeft op 31 december in een video de eerste resultaten van een door de WHO sponsorde meta-analyse van 11 randomized controlled trials (de hoogste standaard) bekendgemaakt [12]:

- 43% sneller herstel;
- 83% lagere mortaliteit;

Deze resultaten zijn op basis van 1452 patiënten verdeeld over de 11 studies. In januari 2021 worden de resultaten verwacht van nog 3 grote Ivermectine studies (Brazilië, Colombia en Argentinië), waarbij het aantal geanalyseerde patiënten op meer dan 3000 komt.

Hierbij is enkel gekeken naar studies van ziekenhuispatiënten. **Profylaxe (voorkoming van) en vroegtijdige behandeling via eerstelijns zorg, levert direct een enorme ontlasting op van de ziekenhuiszorg.**

Het is onvoorstelbaar dat het NHG, FMS en de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) zich nog altijd niet in positieve zin uitspreken voor Ivermectine. Het ironische is echter wel, dat ze zich massaal achter de effectiviteit van vaccins scharen op basis van resultaten van 170 patiënten [13]. Hierbij een dringende oproep aan het NHG, FMS en SWAB om haar verantwoordelijkheid te nemen. Jullie verkiezen code zwart boven de inzet van een veilig en bewezen geneesmiddel?

### **Conclusie**

Er is geen enkele epidemiologische trend waarneembaar met betrekking tot het coronavirus. Deze angst voor dit virus kunnen we dus echt parkeren.

De angst zit in de zorgcapaciteit, met name het ziekteverzuim onder zorgpersoneel door de ongekende werkdruk en daarmee gepaard gaande stress en oververmoeidheid. Het coronavirus heeft daar uiteraard een rol in gespeeld, maar de conclusie kan mijns inziens niets anders zijn dan dat door jarenlange bezuinigingen een land van 17,5 miljoen inwoners absoluut niet in staat is gebleken om met een epidemie om te gaan. Iets waarvoor wij in 2018 al ernstig gewaarschuwd zijn door de griep.

Later dit voorjaar staat er mogelijk wél weer een epidemie voor de deur, influenza. De zorg zal komende maanden dus nog weinig ontzien worden. Gaat de wereld voor het eerst sinds haar bestaan dan in complete lockdown voor influenza?

### **Bronnen:**

[1] <https://www.bnr.nl/nieuws/gezondheid/10429355/gommers-als-er-niets-verandert-code-zwart-eind-januari>

[2] <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/verantwoording>

[3] [https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/leidraad\\_preoperatieve\\_workup.pdf](https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/leidraad_preoperatieve_workup.pdf)

[4] <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/80386ned/table?ts=1609836679902>

[5] <https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>

[6] [https://data.rivm.nl/covid-19/COVID-19\\_aantallen\\_gemeente\\_per\\_dag.csv](https://data.rivm.nl/covid-19/COVID-19_aantallen_gemeente_per_dag.csv)

[7] <https://stichting-nice.nl/covid-19/public/zkh/new-intake/confirmed>

[8] <https://www.aier.org/article/lockdowns-do-not-control-the-coronavirus-the-evidence/>

[9] <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2015/campbell/facts/>

[10] <https://www.who.int/publications/i/item/9789241210300>

[11] <https://covid19criticalcare.com/wp-content/uploads/2020/11/FLCCC-Ivermectin-in-the-prophylaxis-and-treatment-of-COVID-19.pdf>

[12] <https://swprs.org/who-preliminary-review-confirms-ivermectin-effectiveness/>

[13] <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-conclude-phase-3-study-covid-19-vaccine>

**Gepubliceerd door**

[Lars Admiraal](#)

**Managing Partner at M. Clinical Trials**