‘Ik checkte te laat of anderen genoeg voorraad hadden’

Tekst Carina van Aartsen **Beeld** Hollandse Hoogte

Door zijn rol in de coronacrisis is Ernst Kuipers uitgegroeid tot bekende Nederlander. Uit plichtsbesef, zegt hij zelf. Omdat hij als zorgbestuurder wat had uit te leggen. Nu het wat rustiger is, buigt hij zich over de vraag hoe de zorg zich beter kan voorbereiden op een volgende besmettingsgolf.

“Als we één ding hebben geleerd, is het dat we zo lang mogelijk moeten proberen de reguliere zorg door te laten gaan. Dat vraagt aanpassingen op de ic, in de kliniek, in het ambulancevervoer en in coördinatie”, aldus Ernst Kuipers. De bestuursvoorzitter van het Erasmus MC trad regelmatig op de voorgrond tijdens de coronacrisis. Hij wierp zich op als voorzitter van het eind maart opgerichte Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) en werd daarmee het gezicht van de ziekenhuiscapaciteit en de verdeling van covid-patiënten, ‘chef beddenplanning’. Hij kijkt terug, maar ook vooruit.

Komt er een tweede golf coronabesmettingen op ons af?

“Ja, wij verwachten dat er met de versoepeling van de maatregelen en anders wel in het najaar toch een volgende golf aan komt. Hopelijk is deze minder groot.”

Wanneer dacht u: dit kan een ramp worden? “Wij hadden onze eerst OMT-vergadering (Outbreak Management Team, red.) eind januari. Er was nog geen enkele patiënt in Nederland, maar we zagen de beelden uit China en realiseerden ons: ‘Dit komt naar ons toe en het kan wel eens heel groot worden.’”

Was u toen al betrokken via het Landelijk Netwerk Acute Zorg? “Het LNAZ, waarvan ik al een aantal jaren voorzitter ben, kwam in de tweede week van maart in beeld. Rond die tijd werd het spannend in Brabant; het aantal in het ziekenhuis opgenomen patiënten begon op te lopen. Toen heb ik contact opgenomen met Bart Berden, collega-voorzitter uit het ROAZ Brabant en bestuursvoorzitter van het Elisabeth Twee Steden Ziekenhuis. Ik heb hem gevraagd of hij onze hulp nodig had.”

Bent u op eigen initiatief naar voren getreden of bent u gevraagd de covid-zorg landelijk te coördineren?

“In Brabant was men al aan het rekenen geslagen en uit scenario’s bleek dat het wel eens tot hele grote aantallen patiënten kon gaan leiden. Bart Berden deelde cijfers en op basis daarvan hebben we gezamenlijk besloten dat het verstandig was om aan tafel te gaan zitten met het RIVM en VWS. Ik heb toen die afspraak gemaakt.”

“Het mandaat kwam de volgende dag, toen de aantallen nog verder omhoog gingen. In de media kwamen berichten in de trant van ‘Nederland laat Brabant in de steek’. Ik sprak

Capaciteits-systemen

In het begin van de coronacrisis verliep het contact tussen ziekenhuizen voornamelijk telefonisch. De bestaande systemen, zoals NICE en Zorgcapaciteit.nl bleken niet toereikend.

“Beide systemen meten niet *real time* het aantal beschikbare bedden. Wij kregen als landelijk commandocentrum dag en nacht lijstjes binnen van pakweg dertig patiënten waar met spoed een plek voor moest worden gevonden. Dan heb je een systeem nodig dat in alle ziekenhuizen van Nederland de bedden capaciteit kan aangeven: *real time*, *up to date* en ook ‘s nachts. Zo’n systeem bestond nog niet, dankzij de autonomie waar iedereen terecht erg aan hecht. Je wilt graag je kaarten tegen de borst houden. Dat is een valide punt, maar we zijn het aan onze stand verplicht, zeker met publiek geld, om het toch een beetje anders te regelen.”

Kuipers wil de autonomie van het ziekenhuis of de dokter niet wegnemen, maar vindt dat gegevens wel snel met elkaar gedeeld moeten kunnen worden. “Dat betekent niet dat we meteen een patiënt ergens naartoe zullen sturen, maar wel dat we gericht contact kunnen opnemen met een ziekenhuis.”

‘Als het aantal covid-patiënten weer stijgt, moeten we ons richten op voortzetting van reguliere zorg’

met minister De Jonge en gaf het advies om vooral de bestaande structuren te gebruiken. Vervolgens heb ik hulp gevraagd van meerdere partijen, waaronder Defensie, om een soort commandocentrum op te richten. Defensie gaf aan: ‘Ontzettend leuk wat jullie vragen, maar jullie willen in een paar dagen waar wij normaal vier weken over doen.’

U bent toen meteen ziekenhuizen gaan bellen... “Ja, dat is wat je doet. We zijn alleen maar gaan zoeken naar ‘slots’ per ziekenhuis. Iedereen werkte mee. Ziekenhuizen in het noorden hebben direct grote aantallen bedden ter beschikking gesteld.”

Nu het hoogtepunt van de crisis voorbij is, pleit u voor coronaziekenhuizen. Waarom? “Ik denk dat iedereen wel erkent dat het begin van covid-19 heel a-specifiek kan zijn. Dat wil zeggen dat ieder ziekenhuis en iedere huisarts erop voorbereid moet zijn om covid-patiënten te zien en te behandelen. Ik heb nog niet gehoord van een ziekenhuis dat alleen covid-patiënten wil behandelen. Daar tussenin kan wel degelijk ruimte zitten om per regio de covid-zorg te concentreren, zowel in de kliniek als op de ic.”
 “Sommige ziekenhuizen waren in staat om hun ic uit te bouwen door de PACU (Post Anesthesia Care Unit, red.) als ic in te ruimen. Daarmee moest de OK sterk worden afgeschaald, dat zat de reguliere zorg heel erg in de weg. We willen die afschaling in de toekomst als het maar enigszins kan voorkomen. Daarom kun je je voorstellen dat iedere regio de afweging maakt om sommige ziekenhuizen zo lang mogelijk door te laten gaan met reguliere behandelingen en hun PACU daarvoor open te houden. Dat zou dan betekenen dat de meeste covid ic-bedden in een andere regionale kliniek worden geconcentreerd.”

Hoeveel ic-bedden zouden we moeten hebben? Er doen allerlei getallen de ronde... “Gemiddeld liggen er 900 patiënten op de ic’s. We hebben in Nederland 1.150 bedden, dus een buffer van 250 bedden. Dat lijkt veel, maar het zijn maar drie bedden per ic. Nu komt er een nieuwe ziekte bij. Je moet er rekening mee houden dat je in een opgeschaalde fase zo’n 650 bedden extra nodig hebt. Opgeteld bij de normale 1.150 kom je uit op 1.800 bedden. Dat zijn er heel veel, misschien kunnen we toe met iets minder buffer door betere regionale en supraregionale samenwerking. Ons target is nu 1.700 bedden. Stel, je gaat er voor het gemak vanuit dat we

>

600 extra bedden hebben en dat een gemiddeld ic-verblijf van een covid-patiënt twee weken is. Dat zou betekenen dat je iedere dag dertig covid-patiënten kunt opnemen in heel Nederland. Dat is gemiddeld per ic niet één nieuwe patiënt per dag. We hebben tijdens de piek in de coronacrisis dagen gehad waarop er meer dan honderd patiënten bij kwamen op de ic's. Als dat weer zou gebeuren, kun je met die 600 bedden nog geen week vooruit.

We moeten dus veel strakker op de bal zitten dan de vorige keer en dagelijks blijven monitoren om zo snel mogelijk te reageren.”

Houdt u rekening met het zogenoemde zwarte scenario? Een nog strengere selectie voor de ic? “Je hoopt echt dat je daar wegblijft. We hopen dat we de systemen zo hebben ingericht dat we niet in totale lockdown hoeven, maar dat een lockdown van bepaalde bedrijfstakken of regio's volstaat. Maar stel dat het ergens toch helemaal misgaat, dan zou het kunnen zijn dat we in een situatie terechtkomen die we nu alleen kennen van de beelden uit New York en Noord-Italië.”

Lag het zwarte scenario wel al klaar? “Ja, dat soort plannen lag klaar. Maar wel met de nadrukkelijke kanttekening: dit willen we eigenlijk niet.”

In het begin van de coronacrisis gingen de beschermingsmiddelen naar ziekenhuizen. De vvt-sector is verbolgen dat zij niet vanaf het begin betrokken werden en bijvoorbeeld ook niet aan het OMT mochten deelnemen. “In de allereerste fase kwam de grootste druk op de ziekenhuizen te liggen en daar lag dus logischerwijs de focus op. Dat was ook ontzettend nodig. In veel ziekenhuizen had het ic-personeel, dat hoog risico-handelingen moest uitvoeren, nog maar beschermingsmiddelen voor een paar uur. Later verschoof de focus naar de verpleeghuizen. Je moet wel bedenken: de coronagolf breidde zich heel snel uit en in het begin hadden we helemaal niets: geen beschermingsmiddelen, nauwelijks testcapaciteit. Dus om nou te zeggen dat we geen aandacht hadden voor de verpleeghuizen...”

Hoe ging dat in het ROAZ Zuidwest-Nederland? “In mijn eigen regio maakt de vvt-sector al sinds jaar en dag deel uit van het ROAZ. Zij maakten dus ook deel uit van het covid-crisisteam, maar dat kan per regio verschillen. Op een bepaald moment hadden we dagelijks vergaderingen. Als je heel weinig beschermingsmiddelen hebt, gaan ze eerst naar de allerhoogste risicocategorie: medewerkers op de ic die moeten zorgen voor beademde covid-patiënten. En zo ga je verder, per risicocategorie. Dat gebeurde in

‘Begin februari hadden we genoeg beschermingsmiddelen voor anderhalf jaar. Twee weken later hadden we nog maar voorraad voor 36 uur’

Biografie

Ernst Kuipers (1959) studeerde geneeskunde in Groningen en werkte als internist en maag-darm-leverarts in Deventer, Groningen, Amsterdam en Nashville, Tennessee. In 2000 werd hij benoemd tot hoogleraar en afdelingshoofd MDL in het Erasmus MC. Zes jaar later werd Kuipers er benoemd tot afdelingshoofd Inwendige Geneeskunde. Hij trad in 2011 toe tot de raad van bestuur en werd in 2013 benoemd tot bestuursvoorzitter.

Aan nevenfuncties ontbreekt het Kuipers niet. Hij is onder andere voorzitter van het ROAZ Zuidwest-Nederland, het Landelijk Netwerk Acute Zorg en de NFU. Ook is hij lid van de Gezondheidsraad en toezichthouder bij Stichting Philadelphia Zorg.

Kuipers was een drijvende kracht achter de introductie van het Nationale Bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Hij bekleedt zowel nationaal als internationaal diverse functies in dat vakgebied.

In zowel 2018 als 2019 voerde Ernst Kuipers de Skipr99 aan, de lijst met de meest invloedrijke beslissers in de zorg.

goede samenspraak met alle partijen binnen het ROAZ. Als we de tijd konden terugdraaien, zouden we het weer zo doen.”

Zijn er dingen die u wel anders had aangepakt, met de kennis van nu? “Zeker. Als we ons voorbereiden op een stijging van het aantal covid-patiënten, moeten we ons ook voorbereiden op de voortzetting van reguliere zorg. Iedere medicus kan aangeven welke zorg urgent is. Misschien zijn er wel dingen die we structureel anders kunnen doen. In situaties van krapte wordt het tijd om je indicaties aan te scherpen en die onderzoeken te beperken. Dat kan op ieder vakgebied.”

En ten aanzien van de verdeling van beschermingsmiddelen? “We hadden als ROAZ veel eerder de regiovoorraad op orde moeten hebben en niet ieder voor zich. Begin februari hadden wij een voorraad aan beschermingsmiddelen aangelegd waar we normaal gesproken anderhalf jaar mee vooruit kunnen. Ik dacht toen nog dat beschermingsmiddelen geen probleem zouden worden. Dat heb ik ook in een talkshow zo gezegd. Twee weken later hadden we nog maar voorraad voor 36 uur. Dat kwam mede doordat anderen te weinig voorraad hadden en we onze middelen met hen hebben gedeeld. Ik zeg dit nadrukkelijk niet als kritiek op anderen, maar als tekortkoming van mezelf. Als bestuursvoorzitter van het Erasmus MC had ik het goed voor elkaar, maar als voorzitter van het ROAZ heb ik niet de tegenwoordigheid van geest gehad om bij anderen te checken of dat bij hen ook het geval was.”

Past de rol van bekende Nederlander u? “Nou, ik zat er niet op te wachten. Maar als een heel land op slot gaat om te zorgen dat wij de patiënten kunnen opvangen, dan ben je het als zorgbestuurder aan je stand verplicht om daar uitleg over te geven. Dat vraagt dat je ergens gaat staan. Als dat betekent dat je op straat wordt herkend, dan is dat maar zo.”

Zou u minister willen zijn? Dan kunt u het zelf echt regelen. “Ha, ha. Daar moet je voor gevraagd worden.”

En als u wordt gevraagd? “Niet relevant, ik zit op een uitstekende plek.”

U zou niet meteen nee zeggen? Stille. “Niet relevant.”