De schaarste te lijf

Terwijl de gevreesde tweede golf al onder ons is en de overheid de ene na de andere maatregel afkondigt, dient zich de vraag aan wanneer een samenleving – en daarbinnen het zorgstelsel – eigenlijk pandemiebestendig is. Een verkenning.

Tekst Pierre de Winter **Illustraties** Sue Cowell

Stel: we leven in 2035. Aan de andere kant van de wereld zaait een tot dan toe onbekend virus dood en verderf en virologen weten: het is slechts een kwestie van tijd voor dat virus zijn weg naar Nederland gevonden heeft. Enkele jaren eerder is een revolutionaire digitale infrastructuur van de grond gekomen waarmee iedereen in een handomdraai gratis een persoonlijke test kan doen. Elke Nederlander is namelijk in het bezit van een apparaatje dat binnen enkele minuten in staat is om elk virus te herkennen. Dat wil zeggen: als het geladen is met een mini-cartridge voorzien van persoonlijk lichaamsmateriaal (speeksel, zweet, snot; afhankelijk van waarnaar gezocht wordt) en verbonden is met een applicatie op de *smartphone*. De applicatie maakt een up to date wereldwijde database met alle bekende virussen beschikbaar en is in staat om virusmateriaal razendsnel te koppelen aan het virus dat het betreft. Bij alarm volgt een oproep tot quarantaine. Er wordt niet bijgehouden of de betreffende persoon zich daar aan houdt (privacy). De nabijheid van andere mensen wordt wel in kaart gebracht; zij ontvangen als ze te lang te dichtbij zijn geweest op hun beurt via hun smartphone een waarschuwing. Het virus kost enkele honderden levens. De economie draait gewoon door en Nederland is in staat om mensen

naar de ergste brandhaarden in de wereld te sturen om daar hulp te verlenen. Na een half jaar is de alarmsituatie voorbij.

BOTTLENECK

Bovenstaand scenario – dat er gezien de huidige stand van de technologie niet eens als *science fiction* uitziet – is de natte droom van elke viroloog, GGD-directeur en minister van VWS. Het maakt zelfs een vaccin overbodig. Maar het is een scenario voor de toekomst. Helaas.

Voorlopig zijn we voor de bestrijding van corona afhankelijk van vooral *lowtech*-oplossingen als afstand houden, handen wassen en mondkmaskers. Zaken waar bij de vorige wereldwijde pandemie, de Spaanse griep honderd jaar geleden, ook al mee gewerkt werd. We hebben een test (PCR) die weliswaar betrouwbaar maar zeer bewerkelijk is. We hebben een app-in-proeftijd, CoronaMelder, die een belangrijke rol kan spelen in het traceren van virusuitbraken. Maar die app is voor z'n effectiviteit afhankelijk van de testcapaciteit en dat is een probleem.

Juist de mogelijkheid om te testen of iemand drager is van het virus, is in deze fase van de pandemie de grootste flessenhals in onze pogingen om corona eronder te krijgen. Per oktober moet de capaciteit 50.000 tests per dag zijn. En er zijn zelfs plannen voor het opzetten van een grootschalig nationaal testlab. Maar voor dat er is, zijn we weer een paar maanden verder.

Het aantal besmettingen loopt intussen hard op en het zicht op de verspreiding van het virus gaat alweer verloren. Op 22 september kondigden de meeste GGD'en aan dat ze het voor het preventiebeleid zo belangrijke bron- en contactonderzoek alleen nog risicogestuurd uitvoeren. De capaciteit voor dat bron- en contactonderzoek – traditioneel de kracht van het Nederlandse epidemiebeleid – schiet andermaal schromelijk tekort, waardoor de preventieve fase van de bestrijding nog voor de herfst goed en wel begonnen is, moet worden losgelaten.

PREVENTIE-PARADOX

Richard Janssen, hoogleraar aan het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, benoemt het probleem van preventie: “Niemand draagt er bestuurlijke verantwoordelijkheid voor. Als 30 procent van onze bevolking obees is, is geen enkele minister daar direct op aan te spreken. Zo is het met infectieziekten ook. Jarenlang hebben we gekort op het apparaat – de GGD – dat primair op preventie is

toegerust. En jarenlang kreeg niemand ook maar het idee om voor dit onderwerp te demonstreren op het Malieveld. Het zit niet in onze bestuurlijke traditie en het ligt slecht op – wat ik dan maar noem – de politieke markt. Voor het verhogen van onze dijken in verband met klimaatverandering stond ook niemand te demonstreren. Maar daar wordt ondertussen alweer jaren aan gewerkt.” Sinds maart is dat anders natuurlijk, beaamt ook Janssen. “Maar je ziet dat we steeds achter de feiten aanlopen, omdat we niet voorbereid zijn. Ingegeven door de gebeurtenissen in Bergamo gingen we in februari met de IC’s aan de slag. Maar toen al hadden we ook de GGD’en in stelling moeten brengen.”

TESTSCHAARSTE

De ontwikkeling van sneltests moet soelaas gaan bieden. Er wordt volop gewerkt aan alternatieven voor de PCR-test, de – bewerkelijke – gouden standaard. TNO heeft een proefopstelling opgezet in Amsterdam met de veelbelovende ‘lamp’-test (*loop mediated isothermal amplification*) die binnen een half uur duidelijkheid biedt. Er zijn blaastests in ontwikkeling en methoden die werken volgens het principe van de zwangerschapstest – de antigeentest geheten. Geen van die sneltests is op dit moment zo betrouwbaar als de PCR. Maar als ze goedkoop genoeg zijn en zo kunnen worden ingeregeld dat ze minimaal vals-negatieve (onterecht negatieve) resultaten opleveren, kunnen ze her en der de plaats van de PCR als primaire test gaan innemen. Ze fungeren dan als voorselectie. Bij een heleboel mensen kan worden vastgesteld dat ze het virus op het moment van testen *niet* dragen, waarna een kleine groep mogelijk positieven alsnog de PCR-test kan ondergaan. Het ministerie van VWS probeert per november sneltests op grote schaal beschikbaar te maken. De Groningse arts-microbioloog professor Alex Friedrich ziet de huidige testschaarste dan ook niet zo zwaar in. “Iedereen is nu wakker en met de juiste dingen bezig. Ik denk dat over een paar weken deze *bottleneck* opgelost moet kunnen zijn.” Hij vervolgt: “Wat je nu ziet is dat we als samenleving spieren aan het trainen zijn die we tientallen jaren lang hebben verwaarloosd. En dus is het volkomen logisch dat we nu capaciteitsproblemen hebben. We leefden – zeker hier in Nederland – met het gevoel dat overdraagbare ziekten geen risico vormen. De realiteit is dat dat risico alleen maar groter is geworden. Een wereldwijde griep- >

Richard Janssen:
‘Niemand draagt
bestuurlijke
verantwoordelijkheid
voor preventie’

Disbalans

“Ik vraag me nog altijd af waarom die disbalans tussen de curatieve en de langdurige zorg er is”, zegt hoogleraar Acute ouderenzorg en chief nursing officer aan het ministerie van VWS Bianca Buurman. “Waarom is het altijd de regel om te starten met het mogelijk maken van IC-bedden, terwijl je met goed preventiebeleid juist kunt zorgen dat mensen niet op de intensive care terechtkomen?”

In ons land heeft de eerstelijns tijdens de eerste golf flinke klappen op weten te vangen, wat zeker geholpen heeft in het ontzien van ons stelsel en het sparen van levens. In Italië, waar de eerstelijns sterk verwaarloosd is en waar geen gesprekken worden gevoerd over behandelwensen, zag je dat iedereen – ook kwetsbare ouderen – gewoon op de IC terechtkwam. Het een is het gevolg van het ander. Maar je weet: geen van die kwetsbare ouderen is daar goed vanaf gekomen.”

Alex Friedrich:
 'Het is volkomen
 logisch dat we nu
 capaciteitsproblemen
 hebben: preventie
 is jarenlang
 verwaarloosd'

Bovenregionaal organiseren; regionaal uitvoeren

Volgens hoogleraar Sturing en Management van instellingen in de zorg Richard Janssen heeft het regionaal beleggen van de bestrijding van het coronavirus niet altijd het gewenste effect gehad. "Binnen de veiligheidsregio's moeten gemeenten vervolgens gaan samenwerken. Prima gedachte, maar het probleem is dat je te maken krijgt met uiteenlopende belangen." Hij bedoelt dat gemeenten heus niet zomaar op één lijn gaan zitten bij de formulering van een regionale aanpak, waardoor uiteindelijk vaak het eigenaarschap ontbreekt. "Decentrale uitvoering is prima, maar de aansturing evenals de bekostiging zie ik bij voorkeur op nationaal niveau plaatsvinden, met een programmatische aanpak. Zo kun je ook altijd bovenregionaal je capaciteit organiseren en snel opschalen." De inzet van de ANWB Alarmcentrale om GGD'en te ontlasten, noemt hij als voorbeeld, maar ook de aanvankelijk veel te geringe inzet van private testlabs. "Die stonden in de startblokken, maar konden weinig doen omdat er nauwelijks getest werd. Cynisch eigenlijk, momenteel is het precies andersom."

epidemie in de jaren zeventig deed er anderhalf jaar over om van Oost-Azië bij ons te komen. In het geval van corona duurde dat anderhalve maand."

Ondertussen zijn er sinds de eerste golf heus lessen geleerd. Vraag is of we het daarmee deze herfst beter kunnen doen dan afgelopen maart/april, toen zo'n 9000 (de oversterfte volgens het CBS) Nederlanders het leven lieten na het virus te hebben opgelopen en diverse ziekenhuizen met hun opnamecapaciteit langs de rand van de afgrond zijn gegaan. Hoe staan we er nu voor?

ZIEKENHUISCAPACITEIT

Nog een potentiële flessenhals vormt natuurlijk de ziekenhuiscapaciteit. Op 30 juni publiceerde het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) het plan voor een structurele uitbreiding van het aantal 'gewone' ziekenhuisbedden met 1300 en van het aantal IC-bedden met 200 (van 1150 tot 1350) per oktober. Daarbovenop moet het aantal IC-bedden flexibel opgeschaald kunnen worden naar 1700.

Volgens voorzitter Ernst Kuipers van het LNAZ ligt die operatie op schema, waarbij hij wel enkele kanttekeningen maakt: "Die 1350 bedden structureel van de juiste personele bezetting voorzien is de grootste uitdaging. We denken daarover na en hebben een document met handreikingen gepubliceerd, maar elk ziekenhuis moet dat probleem zelf oplossen. Ik hoor daar overigens goede geluiden over."

Over de flexibele capaciteit van 1700 IC-bedden is Kuipers minder enthousiast: "Zover kunnen we alleen gaan als we wederom de reguliere zorg afschalen. En dat is deze keer juist iets waar we vandaan willen blijven. Maar als het moet, dan kunnen we dat."

BESCHERMINGSMIDDELEN

Dan de verpleeghuizen. Die hebben het meest geleden onder de schaarste, met name als het ging om persoonlijke beschermingsmiddelen. Op het moment van schrijven maakt minister Hugo de Jonge bekend dat er voldoende mondkapjes zijn om een tweede coronapieak door te komen. Het speciaal daartoe opgezette Landelijk Consortium Hulpmiddelen zet trouw wekelijks de actuele voorraad op z'n website. De drama's waarbij voorraden mondkapjes wel naar ziekenhuizen gingen maar niet naar care-instellingen of de thuiszorg, waar verplegenden en verzorgenden vervolgens onbeschermd bewoners besmetten, zullen we – zo verzekert het kabinet ons – deze herfst om die reden niet >

meer hoeven meemaken. Verpleeghuizen hebben in het voorjaar nog lang last gehad van de tekorten. Pas half augustus veranderde het RIVM, overigens zonder dit bekend te maken, haar advies dat bij vluchtig contact met cliënten geen mondkapje gedragen hoefde te worden. En pas toen hoogleraar acute ouderenzorg Bianca Buurman en hoogleraar ouderengeneeskunde Cees Hertogh eind augustus in een rapport aangaven dat in verpleeghuizen bij een corona-uitbraak bewoners wekelijks getest moeten worden, als preventie voor verdere verspreiding, werd dit door het OMT overgenomen richting de verpleeghuiszorg. Daar vecht het advies nu met de heersende testschaarste.

SAMENWERKING

Sowieso was al duidelijk geworden dat lokale of op z'n minst regionale maatregelen beter werken dan nationale. Het eind maart landelijk opleggen van een bezoekverbod was een verklaarbaar besluit, maar wel een waar veel kritiek op kwam. Het bracht veel leed teweeg, ook in regio's waar nauwelijks besmettingsrisico was. Voortaan worden dergelijke maatregelen alleen regionaal afgekondigd. Ondertussen heeft de *care* een plaats gevonden aan de overlegtafels van de Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ). Ze praten nu structureel mee over de samenwerking en de verdeling van middelen en het verplaatsen van patiënten. Wat betreft die samenwerking: de oplopende patiëntenaantallen in met name het Westen waren half september nog niet te vergelijken met die van begin maart in Brabant, maar er werden hier en daar al patiënten verplaatst naar elders, om lokaal de reguliere zorg doorgang te kunnen verlenen. Ook daar is een les geleerd. Tijdens de eerste golf heeft men de samenwerking uitgevonden; nu wordt die verder geperfectioneerd. "Door die eerste golf is er nu een structuur voor het opvangen van een eventuele tweede golf", reageert het ROAZ Brabant op een vraag daarover. "De plannen liggen klaar, de mensen kennen elkaar en weten elkaar gemakkelijk te vinden. Er kan daardoor nog sneller worden opgeschaald. Momenteel wordt door het uitwisselen van data de situatie goed gemonitord."

INFRASTRUCTUUR

Maar wat als er over een tijdje een ander virus uitbreekt? Hoe creëren we een samenleving en een zorgstelsel die *structureel* pandemiebestendig zijn?

Jan Kremer:
'Zonder
vertrouwen
kunnen we niet
met z'n allen
leren om beter
met situaties als
deze om te
gaan'

Friedrich pleit voor een Europese aanpak. “Geen land in Europa heeft voldoende kritische massa om zich afdoende tegen een dergelijke pandemie te kunnen beschermen op de lange termijn. Je moet als continent één strategie hanteren. De epidemie ontploft niet overal tegelijkertijd, dus kun je met een centraal plan en centrale coördinatie je capaciteit daar inzetten waar die op dat moment nodig is en per land en regio specifieke maatregelen nemen. Hadden we dat gehad, dan hadden we indertijd de situatie in Lombardije veel effectiever kunnen aanpakken en had Brabant op zijn beurt sneller uit de brand geholpen kunnen worden.” Friedrich droomt van een Europese infrastructuur voor infectieziekten met voldoende middelen. “Die ga je dan natuurlijk ook gebruiken voor zaken als griep, tuberculose, antibioticaresistentie, soa’s, bedenk het maar. In crisistijd moet je snel kunnen opschalen.” Hij beaamt dat zijn ideaal vast moeilijk te realiseren zal zijn. “De vraag is natuurlijk of de ‘blauwe wereld’, die het moet betalen, dit ook gaat doen. Gezien de ongelooflijke kosten die de Europese landen nu maken om deze crisis te tackelen is de case zo gemaakt, maar helaas werkt het in de Europese samenwerking vaak niet zo.”

LERENDE LIJN

Hoogleraar patiëntgerichte innovatie in Nijmegen Jan Kremer zou graag een overheid zien die investeert in vertrouwen en draagvlak voor ‘de lerende lijn’. “Zonder vertrouwen kunnen we niet met z’n allen leren om beter met situaties als deze om te gaan. Mijn angst is dat we daar de ruimte niet voor krijgen van mensen die verlangen naar simpele maatregelen.” In dat kader pleit Kremer, evenals de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) waar hij lid van is, voor technologie die de rol van de burger versterkt in het vinden van oplossingen. “In Australië worden burgers zelf betrokken bij het contactonderzoek, terwijl bij ons de GGD dat helemaal overneemt. Je zou kunnen denken aan een privacy veilige app die je ontmoetingen bijhoudt en mensen helpt om in *no time* zelf bron- en contactonderzoek te doen.” Voor inspiratie kijkt hij graag naar Zweden. “Je kunt zeggen wat je wilt van de situatie daar, maar de baas van het Zweedse RIVM, Anders Tegnell, slaagt erin om van het beleid een soort gezamenlijke leerervaring te maken, waarbij heel veel waarden en belangen in de discussie worden meegewogen. Hij laat z’n twijfel zien en durft openlijk afstand te nemen van eerdere

standpunten. Daardoor – ja, dat heeft ook met de Zweedse cultuur te maken – lijkt het debat daar veel minder fel en onverzoenlijk en is de *mindset* veel meer die van een gezamenlijke zoektocht naar een gedeeld handelingsperspectief.” Feit is dat Zweden er op 20 september aanmerkelijk beter voor staat dan Nederland. Waar de aantallen besmettingen hier snel oplopen, heeft Zweden de platte curve die het land pas na juni vond, (nog) niet losgelaten. In Nederland mist Kremer die ‘gedeelde leerervaring’ van de kant van de beleidsmakers, maar ook bij de media, “die te vaak de polarisatie versterken en zich soms te veel ontpoppen als verdedigers van de officiële lijn”.

“Het RIVM kan minder acteren als een gesloten bastion dat ‘weet’ wat er gebeuren moet”, vindt Kremer. De in stilte doorgevoerde wijziging van de richtlijn voor het gebruik van beschermingsmiddelen in verpleeghuizen is symptomatisch daarvoor. Maar ook het ministerie van VWS hult zich soms in nevelen. De situatie rond de introductie en het weer afschaffen van wat achteraf een proef-teststraat op Schiphol bleek te zijn, verdiende bepaald geen schoonheidsprijs.

MEESTERZET

Op het dossier van de CoronaMelder-app heeft minister Hugo de Jonge dan weer wel laten zien hoe het moet. “Het involveren van de grootste critici en het vragen van hun hulp bij het privacyproof maken van die app, was een meesterzet”, vindt Richard Janssen.

De CoronaMelder is technisch gezien af en wordt sinds augustus proefsgewijs gebruikt in het Oosten van het land. De app is inmiddels 1,2 miljoen keer gedownload en er zijn in de eerste twee weken van de proef (cijfer van 31 augustus) 412 mensen bij de GGD komen testen na een melding. Een landelijke uitrol van de app laat nog op zich wachten; op het moment van schrijven is de bijbehorende wet nog altijd niet door het parlement. Bovendien geldt ook voor deze app: zolang de testcapaciteit onvoldoende is, staan mensen met een melding bij de GGD in de rij.

Kortom: er is veel geleerd en de eerste grootschalige technologische toepassing ter detectie van het virus is bijna actief. We zijn beter voorbereid. Maar de schaarste is niet bezworen en pandemiebestendigheid kunnen we voorlopig op onze buik schrijven. ●