

# Back to the basics of public health

## - Hoe voorkomen we een volgende pandemiecrisis?

*Wim Schellekens is oud-huisarts, oud-ziekenhuisbestuurder, oud-directeur van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en oud-hoofdinspecteur bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Tijdens de coronacrisis was hij lid van het Red Team C19 NL.*

In 2020 werden we overvallen door COVID-19 veroorzaakt door Sars-CoV2, afkomstig uit China. Kenmerk van dit nieuwe coronavirus was een hoge morbiditeit en mortaliteit. Steeds duidelijker wordt dat een aanzienlijk deel van de besmette patiënten langdurig, soms invaliderende klachten houdt: long COVID.

Er was tot begin 2021 geen vaccin. Het virus was zeer besmettelijk via kleine druppels en via aerosolen die lang in de lucht blijven hangen. Besmetting kan al optreden tijdens de incubatieperiode, wanneer de besmette persoon zelf nog geen klachten heeft. Deze combinatie van factoren maakte dat het virus zich zeer snel kon verspreiden. De groei was exponentieel met een verdubbelingstijd van 7-10 dagen.

Nederland bleek niet goed voorbereid om een pandemie van deze ernst en omvang goed op te vangen. In de eerste golf (maart-mei 2020) was veel onduidelijk, waardoor discussie ontstond over de effectiviteit van de preventiemaatregelen zoals afstand houden, mondneusmaskers, ventilatie en lockdown. De exponentiële groei werd na eerste golf in de zomer van 2020 nog steeds onderschat, waardoor we opnieuw werden overvallen door een snelle toename van het aantal besmettingen en ziekenhuis/IC-opnames en waardoor te laat werd ingegrepen en de daaropvolgende lockdown daarom zeer lang heeft geduurd (november 2020 tot mei 2021). Dit heeft veel negatieve maatschappelijke gevolgen gehad en het draagvlak voor noodzakelijke maatregelen later sterk ondermijnd. Er zijn meerdere kritiekpunten op de aanpak van deze pandemie:

- Het ontbreken van een duidelijke strategie: direct het virus indammen of het laten rondgaan hopen op groepsimmunitet. Het kabinet sprak van 'maximaal controleren', maar nog steeds is niet helder wat daarmee werd bedoeld.
  - De miskennis van de besmettingswijze en de exponentiële groei van het aantal besmettingen leidde tot ineffectief en te laat ingrijpen.
  - De demotiverende wijze van communiceren: grote delen van de bevolking werden niet bereikt door de persconferenties van de ministers, de communicatie was ook niet transparant over de dilemma's, de risico's, de duiding van de data en de omschrijving van de maatregelen, met vaak tegenstrijdigheden en het ontbreken van perspectief. Er werd geen empathie getoond met de vele zieken en nabestaanden.
  - De advisering en besluitvorming waren onduidelijk met betrekking tot rol en verantwoordelijkheid: denk onder andere aan het Outbreak Managementteam (OMT), het Catshuisberaad, het Veiligheidsberaad en de rol van de GGD'en.
  - Vanaf het begin hebben noch OMT noch kabinet de adviezen van gezondheidsorganisaties WHO en ECDC (European Center of Disease Control) gevolgd; dit werd ook niet gemotiveerd. Onbegrijpelijk.
  - De medewerkers in de frontlinie (zorg en onderwijs) werden in de eerste maanden niet of onvoldoende beschermd bij hun zorg voor besmette personen. Dit heeft hen veel schade (waaronder long COVID) berokkend, maar ook bijgedragen aan de vele doden in verpleeghuizen.
  - Er was bij de keuze van maatregelen veel discussie en onzekerheid over het belang van bescherming van de zorg (met name in ziekenhuizen werd de reguliere zorg sterk verdrongen door de vele ernstig zieke COVID-19-patiënten) versus het maatschappelijke belang van onderwijs, cultuur, bedrijven en economie.
  - In het huidige taalgebruik wordt COVID-19 ten onrechte als endemisch gekenschetst of als een gewoon griepje en daarmee onschadelijk. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35075305/>
- Deze combinatie van factoren heeft ernstige – mogelijk vermijdbare – consequenties gehad en heeft het draagvlak voor maatregelen sterk ondermijnd.

Dit is slechts een summiere beschrijving van wat er – ondanks alle inzet en ongetwijfeld positieve intenties – is gebeurd en wat is misgegaan. Wat sterk opviel is dat tijdens de pandemie er noch bij OMT noch bij kabinet enige bereidheid was tot evaluatie om te leren en te verbeteren, zoals de WHO sterk adviseert bij een pandemie: *'in-action-review'*. Hopelijk geven de rapporten van de Onderzoeksraad voor Veiligheid en later nog de parlementaire enquête meer informatie, inzicht en analyse.

Wat kunnen we leren om beter voorbereid te zijn op een onverhoopte volgende pandemie?

### **Nieuwe dreigingen?**

Wat gebeurt er als er een nieuwe virusvariant ontstaat

- die ziekmakender is dan de huidige omikronvariant,
- die besmettelijker is en de huidige varianten daardoor verdringt en
- die nóg minder gevoelig is voor de bestaande vaccins?

Wat gebeurt er als de vogelgriep van mens tot mens overspringt? We zijn dan in beide gevallen even ver als in februari 2020: een zeer besmettelijk ernstig ziekmakend (dodelijk) virus, met besmettingen die zonder beschermende maatregelen en zonder vaccin exponentieel groeien. Wat hebben we intussen geleerd? We moeten terug naar de basisprincipes van public health, publieke gezondheidszorg.

### **Wat is public health?**

'Public health is the science of protection and improving the health of people and their communities' (<https://www.cdcfoundation.org/what-public-health>). Bij public health gaat het om de individuele verantwoordelijkheid om tegelijk zichzelf én anderen te beschermen en om de verantwoordelijkheid van de overheid om de gezondheid van alle burgers te beschermen en te bevorderen. **Essentieel doel is om het aantal besmettingen zo laag mogelijk te krijgen en te houden.** De effectiviteit is bewezen bij de aanpak van eerdere pan/epidemieën als hiv/aids, ebola, SARS, maar ook pokken, polio, mazelen, cholera, tyfus, enzovoort.

### **Maatregelen vanuit public health om het aantal besmettingen zo laag mogelijk te krijgen en te houden**

#### **1. Verantwoordelijkheid van iedere burger: voorkom besmetting**

Hoe? Door hygiënemaatregelen, afstand houden en grote groepen dicht op elkaar te vermijden. Draag mondneusmasker als afstand houden niet mogelijk is: openbaar vervoer, openbare besloten ruimtes. Ventileer alle ruimtes. Werk zoveel mogelijk vanuit huis. Bij klachten: blijf thuis en test. Ga bij een positieve test in isolatie tot de test negatief is.

#### **2. Verantwoordelijkheid van de overheid: doorbreek de keten van besmettingen**

Hoe? Maak testen laagdrempelig beschikbaar. Bereid de GGD'en erop voor dat ze snel kunnen opschalen om snel, effectief en volledig bron- en contactonderzoek te doen. Motiveer, faciliteer en controleer dat alle (intensieve) contacten van positief geteste personen tien dagen in quarantaine gaan. Test tweemaal per week preventief risicogroepen om daarmee vroegtijdig besmettingen op te sporen in zorginstellingen, onderwijs en arbeidsplaatsen waar thuiswerken niet mogelijk is. Ga direct breed vaccineren zodra een vaccin beschikbaar is: geef prioriteit aan frontlijnwerkers in de zorg, risicogroepen en werknemers in essentiële maatschappelijke functies.

Belangrijk is te benadrukken dat geen enkele maatregel op zichzelf voldoende is om het doel (laag krijgen en houden van het aantal besmettingen) te bereiken. Het is de combinatie van maatregelen die gezamenlijk effectief is: *'Zwitserse Kaasmodel'*. ([bijlage](#))

#### **3. Dwingende maatregelen opgelegd van uit publiek belang**

Indien ondanks deze maatregelen het aantal besmettingen blijft stijgen: maak een routekaart (escalatieladder) met grenswaarden van besmettingen, aantal opnames, aantal overlijdens en hoogte van de rioolwaarden, met daaraan gekoppeld oplopende en afnemende maatregelen. Met zo'n routekaart is het beleid van de overheid voorspelbaar en weet de burger ook wanneer er weer kan worden afgeschaald.

Verplicht bovenstaande persoonlijke maatregelen en controleer deze. Aarzel niet om zo nodig

snel oplopende maatregelen op te leggen om contacten te vermijden: maximale groepsgrootte, geen groepsbijeenkomsten, avondklok, sluiten van winkels, horeca, cultuur en niet-essentiële bedrijven. Faciliteer het mogelijk maken van al deze maatregelen door de negatieve consequenties zo veel mogelijk af te dekken.

### **Principes van lockdown**

In de volksmond noemen we deze dwingende maatregelen vanuit de overheid vormen van lockdown. Het achterliggende principe van lockdown is om het aantal contacten tussen mensen zo klein mogelijk te maken om daarmee besmettingen te voorkómen. Gedwongen maatregelen zijn alleen gelegitimeerd als de minst ingrijpende maatregelen niet voldoende zijn en de gezondheid van burgers ernstig wordt bedreigd. De overheid heeft dan de grondwettelijke plicht om zijn burgers te beschermen. In dat geval zijn maatregelen die vrijheden van burgers beperken gelegitimeerd. Het is dan wel belangrijk dat de overheid zorgvuldig communiceert en motiveert, de maatregelen faciliteert, de negatieve gevolgen ervan voor de burger zoveel mogelijk beperkt, de uitvoering ervan ook controleert en zo nodig handhavend optreedt. Perspectief bieden is daarbij essentieel: routekaart.

De noodzaak om dwingende maatregelen op te leggen via een vorm van lockdown dient zoveel mogelijk te worden vermeden: de persoonlijke, psychologische, sociale en economische gevolgen zijn immers groot. Echter: indien duidelijk wordt dat de vrijwillige maatregelen onder 1 en 2 onvoldoende het aantal besmettingen terugdringt, moet niet worden gearzeld om snel de meer vergaande maatregelen door te voeren. Het principe is: vermijd lockdowns, maar als het onvermijdelijk is dan: **snel, krachtig en kort**. Hier is de afgelopen drie jaar veel negatieve ervaring mee opgedaan: er werd te lang gestuurd op het aantal ziekenhuis/IC-opnames in plaats van op het aantal besmettingen: te lang wachten resulteert in een veel te hoog aantal besmettingen met veel vermijdbaar lijden als gevolg, waardoor het dan ook eindeloos duurde voordat het besmettingsniveau weer voldoende laag was geworden om de lockdownmaatregelen verantwoord te kunnen afschalen. De negatieve consequenties zijn dan niet meer acceptabel en daarmee valt ook het draagvlak voor noodzakelijke public health-maatregelen definitief weg.

De hier beschreven strategie van 'indammen' is gebaseerd op maximale inzet van burger en overheid om met zo min mogelijk ingrijpende, vrijheidsbeperkende maatregelen het aantal besmettingen omlaag te brengen en te houden. Wanneer de overheid ziet aankomen dat dat toch onvoldoende zal gaan lukken, moet zij snel en krachtig ingrijpen, om de lockdownmaatregelen zo kort mogelijk te laten duren.

### **Voorwaarden voor de strategie van succesvol 'indambeleid'**

Bij een pandemie is de overheid samen met de burger verantwoordelijk om het aantal besmettingen laag te houden: public health. Voorwaarde voor deze samenwerking is dat de burger **vertrouwen** heeft in de overheid. Sleutel hiertoe is – naast een goede strategie en uitvoering – **communicatie!** Wat betekent dat?

1. Public health beschermt de burger. Om dat te bereiken zijn alle maatregelen daarop gericht. Dit is dan tegelijkertijd ook in het belang van de zorg, het onderwijs, de cultuur, het bedrijfsleven en de economie. Het omgekeerde is ook waar: als deze bescherming van de burger faalt, lijden alle sectoren van de maatschappij daar onder.
2. Belangrijk bij het bestrijden van een pandemie is het voorzorgprincipe: '*Better Safe than Sorry*'. Het gaat om risico's en de gevolgen als risico's ook daadwerkelijk optreden. Het is aan de overheid om snel en krachtig op te treden om te vermijden dat risico's leiden tot schade. Let op: als dat beleid succesvol is dan treedt de schade niet op en krijgt de overheid het verwijt dat ze onnodig heeft ingegrepen. Als het beleid niet succesvol is, krijgt de overheid het verwijt dat ze eerder/krachtiger/anders had moeten ingrijpen. Hier spreken we van de '*preventieparadox*': de overheid kan het niet goed doen. Dit is een belangrijk aspect in de communicatie door de overheid.
3. Communicatie dient frequent te zijn, gezaghebbend, open en eerlijk, inclusief het schetsen van dilemma's en onzekerheden, met toegeven van verkeerde inschattingen, met het communiceren van heldere doelstellingen en een duidelijke strategie, het bieden van perspectief (voorspelbaar door de routekaart). Belangrijk ook is de wijze van communiceren:

empathisch en begripvol, met aandacht voor alle geledingen in de maatschappij en ook betrokkenheid van die geledingen in de communicatie. Wees helder wat er van de burger wordt verwacht, met voorbeelden, en vermijd tegenstrijdigheden of vage terminologie. Maak duidelijk wat de urgentie is en wat de consequenties zijn van niets of te weinig doen. Wees ook voorspelbaar als meer ingrijpende maatregelen noodzakelijk zijn. Bestrijdt actief fake news en pseudo-experts en bepaal expliciet wie in talkshows namens de overheid kan spreken.

4. Neem voordat er onverhoopt een nieuwe pandemie komt besluiten over de advies- en besluitvormingsstructuur: wie zijn de actoren landelijk, regionaal, lokaal? Wat zijn hun respectievelijke rollen en verantwoordelijkheden? Wie is eindverantwoordelijk en daarop ook aanspreekbaar?  
Bij crises is het gebruikelijk om naast het BlueTeam (dat beleid maakt en uitvoert) ook een RedTeam in te stellen voor de noodzakelijke interne tegenspraak. Organiseer daarom in het advies- en besluitvormingsproces ook de eigen tegenspraak om kokerdenken te voorkómen. Betrek alle relevante disciplines bij de advisering aan het beleid: niet alleen medisch-microbiologisch-epidemiologisch, maar ook gedragsdeskundigen en deskundigen op het gebied van onderwijs, psychologie, sociale wetenschap, cultuurwetenschap, ethiek, bedrijfsleven en economie.
5. Denk vooraf na over de uitvoering van het gekozen beleid. Ook hier gaat het over rollen en verantwoordelijkheden, voldoende personele, materiële en financiële middelen en de noodzakelijke bevoegdheden. Al deze aspecten kunnen in ramp- en crisisoefeningen worden uitgetoetst en geoefend.
6. Onder de beleidsstrategie liggen ook fundamentele ethische waarden die maatschappelijk debat vereisen. Voorbeelden zijn het recht op individuele vrijheid versus bevoegdheid van de overheid om in het kader van public health de burger vrijheden te ontnemen. Het spanningsveld tussen het belang om de zorg overeind te houden en de psychologische, sociale en economische gevolgen van lockdowns. De triage die onvermijdelijk is als het aantal besmette patiënten in het ziekenhuis c.q. op de IC de beschikbare capaciteit overschrijdt en reguliere zorg wordt teruggedrongen, de criteria bij 'code zwart' in de ziekenhuizen.

Al deze aspecten dragen bij aan het (behoud van het) noodzakelijke vertrouwen van de burger in de overheid. Of ze ondermijnen juist dit vertrouwen waardoor het draagvlak voor noodzakelijke public health-maatregelen verdwijnt.

Bovenstaande beschouwingen zouden een nuttig **toetsingskader** vormen voor de nog steeds noodzakelijk evaluatie na drie jaar coronabeleid.

### Huidige situatie

Op 10 maart 2023 besloot het kabinet alle coronamaatregelen af te schaffen: geen afstand meer houden, niet meer testen bij klachten, geen isolatie meer na een positieve test, geen nieuwe booster meer. Het adagium is: corona is maar een griepje, gebruik je gezond verstand: was je handen, hoest in je elleboog, blijf thuis bij klachten. Het kabinet volgt hiermee voor een belangrijk deel het OMT-advies, maar gaat in tegen het advies van het Maatschappelijk Impact Team (MIT) en volgt ook niet recente WHO-adviezen. Hiermee is bij de burger het draagvlak voor public health-maatregelen verdwenen.

Ik geef enige tegeninformatie en dan moet ieder zelf maar beoordelen of dit kabinetsbeleid terecht is en of de overheid hiermee voldoet aan zijn grondwettelijke plicht om de burger te beschermen.

Situatie op 10 maart 2023:

- Het aantal besmettingen is 60-100.000 per dag (op de top van de eerste coronagolven bedroeg het aantal besmettingen 15.000 per dag)  
NB: de omikronvariant is veel minder virulent (besmettelijk), al is de huidige XBB-subvariant wel veel minder besmettelijk, zich uitend in minder ziekenhuis/IC-opnames. Bovendien is inmiddels 95 procent van de mensen enigszins beschermd door eerdere besmetting en/of vaccinatie.
- De rioolwaarden voor het coronavirus zijn nog nooit zo hoog geweest: >2.500 virusdeeltjes per 100.000 inwoners en is nog steeds stijgend (35 procent per week).

- Er liggen nu >1.000 COVID-19 patiënten in het ziekenhuis, met >150 opnames per dag (tien procent van het aantal opnames). Dit zijn ernstig zieke patiënten. Deze aantallen verdringen opnieuw de behandeling van reguliere patiënten. De belasting van de IC is sterk verminderd: vijftig opgenomen patiënten.
- Sinds februari 2020 zijn er – zoals nu wordt ingeschat – 45.000 mensen overleden aan COVID-19. Er is nog steeds sprake van enige oversterfte.
- Het ziekteverzuim in alle sectoren is nog nooit zo hoog geweest. Oorzaak hiervan is multifactorieel, maar corona draagt hieraan substantieel bij.
- Vijf tot tien procent van alle coronabesmette mensen houdt langdurig (soms ernstig invaliderende) klachten: long COVID. Dit dreigt naast de persoonlijke ellende een groot maatschappelijk probleem te worden, waarop we niet zijn voorbereid.
- Terwijl de Nederlandse bevolking inmiddels gewend was aan het doen van een zelftest, zeker voorafgaand aan contact met kwetsbaren, zijn door het afschalen van alle maatregelen kwetsbare burgers niet meer beschermd: ouderen, immuungecompromitteerden, chronisch zieken. Dit is voor hen ernstig bedreigend.
- De bescherming door vaccinatie en boosters blijkt slechts kortdurend en zal blijven afnemen.

### **Aanbevelingen als voorbereiding voor een onverhoopte volgende epi/pandemie**

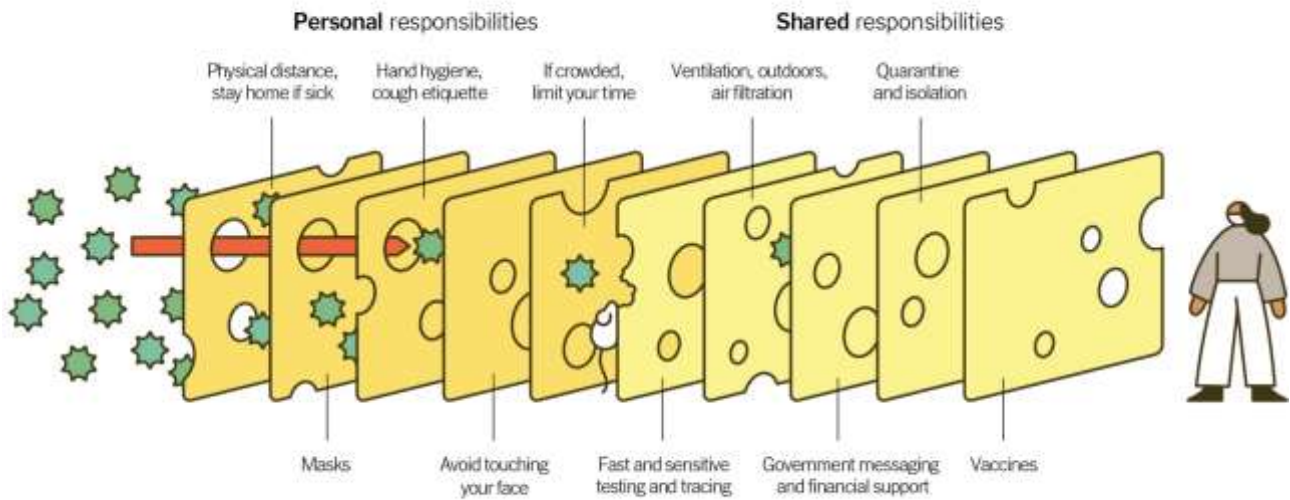
1. Zo snel mogelijk open en eerlijke evaluatie van het beleid van de afgelopen drie jaren.
2. Herformuleer (opnieuw?) de verantwoordelijkheid van de overheid om de burger te beschermen: art.22 Grondwet, art.11 Europees Sociaal Handvest, art.12 Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en culturele Rechten, Internationale Gezondheidsregeling (2005). Stel in dat kader vast wat de basisprincipes zijn van public health en wat de overheidsstrategie moet zijn bij een pandemie.
3. Betrek de adviezen van de WHO en ECDC bij de vast te stellen strategie en de te nemen maatregelen.
4. Zoek internationale samenwerking en afstemming.
5. Heroverweeg de advies- en besluitvormingsstructuur, met betrokkenheid van alle relevante disciplines en maatschappelijke groeperingen, en bouw structurele tegenspraak in. Wees bij een nieuwe crisis duidelijk over taken, rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en het afleggen van verantwoording: landelijk, regionaal, lokaal.
6. Zorg voor een adequaat surveillancesysteem ter bepaling van het virus en om ontwikkeling van nieuwe varianten snel te kunnen detecteren.
7. Stel de uitvoeringsorganisaties in personele, materiële en financiële zin in staat om vanuit een basisformatie met alle benodigde competenties zeer snel te kunnen opschalen voor testen (uitvoering, laboratoria), bron- en contactonderzoek en vaccineren. Zorg ook voor voldoende materiële middelen om vanaf het begin optimaal de pandemie te kunnen bestrijden: laboratoria, testmaterialen, personele beschermingsmaterialen, mondneusmaskers, enzovoort.
8. Stel de zorg in staat om ook bij een pandemie voldoende capaciteit te hebben zonder dat de reguliere zorg hierdoor langdurig wordt verdrongen.
9. Stel vast hoe de communicatie naar de burger moet verlopen en aan welke eisen moet worden voldaan om het vertrouwen van de burgers te behouden, inclusief voldoende draagvlak voor noodzakelijke, maar ongewenste maatregelen.
10. En natuurlijk een boosterstrategie met vaccins die jaarlijks worden aangepast, vergelijkbaar met influenza. Dit onderschat echter de complexiteit van de huidige situatie. De langetermijnstrategie zal aanzienlijke inspanningen vergen voor de ontwikkeling van zowel vaccins van de volgende generatie die nadelig werken op virale mutaties, als vaccinplatforms die duurzame, lokale bescherming bieden in het neusslijmvlies, waardoor virale overdracht wordt geblokkeerd.

**Het basisprincipe bij elke epi/pandemie blijft:  
'Houd het aantal besmettingen laag.'**

Met dank aan dr. Bert Mulder, microbioloog, voor zijn adviezen.

## Zwitserse kaasmodel:

The Swiss Cheese Respiratory Pandemic Defense recognizes that no single intervention is perfect at preventing the spread of the coronavirus. Each intervention (layer) has holes.



Source: Adapted from Ian M. Mackay ([virologydownunder.com](http://virologydownunder.com)) and James T. Reason, illustration by Rose Wong