Komt de pandemie terug? Elf vragen over vijf jaar Corona aan hoogleraar IC-geneeskunde Armand Girbes

Posted on 12 oktober 2024 by Redactie

Vijf jaar geleden, in de herfst van 2019, stak in de Chinese stad Wuhan een nieuw, zeer besmettelijk virus de kop op. Aanvankelijk trok het weinig aandacht, maar het Coronavirus zou in de volgende maanden en jaren wereldwijd toeslaan. Overal werden samenlevingen platgelegd, miljoenen mensen overleefden Corona niet.

Hoog tijd voor een terugblik. *Wynia's Week* stelde elf vragen over Corona toen, nu en in de toekomst aan Armand Girbes, intensivist-klinisch farmacoloog en hoogleraar IC-geneeskunde aan Amsterdam UMC en de Vrije Universiteit. Is en was Corona (Covid-19) zo erg als we toen dachten? Hoe pakte Nederland het aan? Hoe moeten we verder leven met Corona?

Vijf jaar geleden kwamen uit China de eerste berichten over een virus dat bekend zou komen te staan als Covid-19. Weten we nu eigenlijk waar het precies vandaan komt? Is het een blijvertje?

Girbes: ‘Coronavirussen zijn al lange tijd bekend als veroorzakers van verkoudheden. In de medische leerboeken stond vroeger dat deze virussen zelden ernstige gevolgen hadden voor mensen. Dit veranderde in 2002 toen SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) in China opdook. Dit virus, dat van vleermuizen afkomstig is, veroorzaakte ernstige longontstekingen en leidde tot de dood van enkele honderden mensen. Gelukkig was het niet heel besmettelijk en doofde de uitbraak vrij snel uit. In 2012 kwam er een nieuwe variant, MERS (Middle East Respiratory Syndrome), die ook voor ernstige longontstekingen zorgde, maar alleen via kamelen op mensen werd overgedragen. Hierdoor raakten slechts enkele honderden mensen besmet, waarvan ongeveer 850 stierven. Als je besmet raakte, was de kans op overlijden echter hoog, namelijk 35 procent.

‘In 2019 ontstond in Wuhan, China, een nieuwe variant: SARS-CoV-2, het virus dat Covid-19 veroorzaakt. Dit virus bleek veel besmettelijker dan de eerdere coronavirussen. Over de exacte bron van SARS-CoV-2 bestaat veel discussie. Sommigen denken dat het virus uit een laboratorium in Wuhan komt, waar onderzoek werd gedaan naar coronavirussen en hun mutaties. Hoewel er berichten waren over zieke laboratoriummedewerkers, is hier geen definitief bewijs voor gevonden. Amerikaanse inlichtingenrapporten hebben de laboratoriumtheorie onderzocht en eerste rapporten bevestigden dat de bron in het laboratorium lag. Maar latere Amerikaanse rapporten gaven aan dat er geen overeenstemming of sluitend bewijs voor deze oorsprong is.

‘Veel wetenschappers, vooral virologen, wijzen juist naar een natuurlijke overdracht van dier op mens. Zij baseren dit op genetisch onderzoek naar het virus en op omgevingsfactoren die een overdracht van dier naar mens waarschijnlijk maken. Omdat deze kwestie is omgeven door geopolitieke en diplomatieke belangen, is het onwaarschijnlijk dat we ooit met 100 procent zekerheid zullen weten waar het virus precies vandaan kwam. Voor geïnteresseerde lezers verwijs ik graag naar een recent evenwichtig artikel in de BMJ dat hier uitgebreider op ingaat.

‘Wat we wel zeker weten, is dat SARS-CoV-2, het virus dat Covid-19 veroorzaakt, waarschijnlijk nooit meer zal verdwijnen. Het virus zal blijven muteren en steeds nieuwe varianten blijven vormen.’

Er zijn nogal wat mensen die Covid niet als iets heel ernstigs zien, meer als de zoveelste griep. Klopt dat?

‘Voor de meerderheid van de mensen verloopt Covid-19 inderdaad als een

verkoudheid of lichte griep, en sommige mensen merken niet eens dat ze met het virus besmet zijn. Dat geldt vooral voor jongeren en kinderen die in grote meerderheid nauwelijks ziek worden door Covid-19. Het beloop van de ziekte loopt dus uiteen van asymptomatisch tot fataal.

‘In tegenstelling tot de Spaanse griep aan het begin van de twintigste eeuw, waarbij vooral jonge mensen een hoog risico hadden op overlijden, geeft Covid-19 vooral problemen bij oudere mensen. De kans op een ernstig beloop met ziekenhuisopname neemt toe wanneer mensen ook andere aandoeningen hebben, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, kanker, COPD, verminderde afweer, nierziekten, en obesitas.

‘De kans op overlijden door Covid-19 druk je uit in het aantal overledenen (de teller) gedeeld door het aantal besmette mensen (de noemer). Met deze berekening wordt de IFR (Infection Fatality Rate) weergegeven. In het begin van de pandemie werd het risico op overlijden veel te hoog aangegeven omdat de noemer, het werkelijke aantal besmettingen, niet goed bekend was en daardoor te laag werd ingeschat.

‘Het is belangrijk om de IFR niet te verwarren met de CFR (Case Fatality Rate). Helaas worden deze twee begrippen vaak door elkaar gebruikt. De CFR geeft het sterfterisico aan onder mensen met ziektesymptomen, terwijl de IFR ook de besmette mensen zonder symptomen meeneemt. De IFR wordt momenteel geschat op 0,2 tot 0,5 procent voor de gehele bevolking, maar is aanzienlijk lager voor kinderen en jongvolwassenen (minder dan 0,01 procent) en veel hoger voor 80-plussers met meerdere aandoeningen: geschat op meer dan 15 procent.

‘De IFR en CFR voor influenza zijn doorgaans lager dan die van Covid-19, respectievelijk minder dan 0,1 procent en 0,1 tot 0,2 procent. Het is belangrijk om te bedenken dat deze cijfers per land kunnen variëren, afhankelijk van factoren zoals de kwaliteit van de gezondheidszorg en de leeftijdsverdeling. In India, bijvoorbeeld, waar de gemiddelde leeftijd 29 jaar is, zullen de sterftecijfers voor Covid-19 lager zijn dan in landen met een oudere bevolking.

‘Mortaliteit is echter slechts één aspect van de impact van ziekte. Het is daarom ook goed om te weten dat bijvoorbeeld de uitkomsten van Covid-19-patiënten op de IC zorgwekkend zijn. Ongeveer 60 procent overleeft de IC-opname, maar van die overlevenden heeft na één jaar nog steeds een groot deel aanzienlijke fysieke (76 procent) en mentale (32 procent) problemen. Ook is Long-Covid (het Engelse “long” betekent hier langdurig) een belangrijk probleem dat we nog niet goed kunnen

definiëren of inschatten, laat staan effectief behandelen.'

Hoeveel (extra) sterfte heeft Covid veroorzaakt wereldwijd, en in Nederland?

'Ofschoon je in de officiële stukken van bijvoorbeeld de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en voor Nederland het RIVM wel getallen kunt vinden, is het goed om overlijden door Covid-19 eerst eens als arts te beschouwen. Wanneer iemand helemaal gezond was, plotseling Covid-19 krijgt, ernstig ziek wordt en overlijdt, meestal op de IC, dan is het duidelijk dat deze persoon aan Covid-19 is overleden. Maar wanneer iemand al een zwakke gezondheid heeft met aandoeningen zoals diabetes, hartfalen en COPD, dan moet er altijd ook een klein duwtje zijn om te overlijden. Dat duwtje kan bijvoorbeeld een val zijn met een gebroken heup of drie gebroken ribben. Maar dat kan ook "griep" zijn, zoals influenza of para-influenza, of ernstige diarree door een virus. Covid-19 is ook zo'n ziekte die net dat duwtje kan geven. De vraag is dan: is de patiënt nu overleden door al die ziektes die hij al had, met een slecht werkend hart met heel weinig reserve, of is het Covid-19?

'De registraties zijn daarom lang niet zo eenduidig als men ons soms wil laten geloven. Vaak vragen jonge artsen aan me: wat moet ik nou als primaire doodsoorzaak invullen? De registratie van overlijdensoorzaken hangt vaak af van interpretatie: is iemand overleden *door* Covid-19 of overleden *met* Covid-19 als bijkomende factor? Dit blijft een lastig vraagstuk, vooral bij mensen met meerdere onderliggende gezondheidsproblemen.

'Dat gezegd hebbende, de WHO vermeldt dat wereldwijd 7 miljoen mensen zijn overleden aan Covid-19. Dit cijfer is gebaseerd op officiële rapportages, maar er wordt algemeen aangenomen dat er sprake is van onderrapportage in veel landen, vooral in laag- en middeninkomenslanden. Sommige schattingen van de oversterfte (*excess mortality*) suggereren dat het werkelijke aantal sterfgevallen mogelijk hoger ligt. Voor Nederland ligt het aantal overlijdens door Covid-19 rond de 23.000.

'Om dit nog even in perspectief te plaatsen: in Nederland overlijden elk jaar ongeveer 170.000 tot 175.000 mensen, en jaarlijks sterven 20.000 mensen als gevolg van roken. Hoewel Covid-19 veel aandacht heeft gekregen, is het belangrijk te realiseren dat andere oorzaken van sterfte, zoals roken, ook een grote impact hebben op de volksgezondheid.'

In Nederland heette het beleid gericht te zijn op het beschermen van de meest kwetsbaren. Is dat gelukt?

‘Het beleid van Nederland was inderdaad erop gericht om de meest kwetsbaren te beschermen. Dat klinkt natuurlijk barmhartig en medemenselijk, maar de vraag is wat het precies betekent. Zijn het sluiten van verzorgingstehuizen, tehuizen voor demente bejaarden, het verbieden van bezoek, familie die niet meer op bezoek mag bij hun stervende ouder, en verboden om met meerdere mensen op bezoek te gaan, maatregelen die de meest kwetsbare beschermen? De focus die er was – we moeten alles doen om doden door Covid-19 te voorkomen – had als nadeel dat naar alle andere aspecten en andere patiëntencategorieën nauwelijks werd gekeken. Deze focus vond ik in het begin heel begrijpelijk en terecht, maar na korte tijd voelde ik me als een roepende in de woestijn wanneer ik pleitte voor een bredere kijk op alle mensen en patiënten.

‘In de groep van non-Covid-patiënten werden de meest kwetsbaren zeker niet optimaal beschermd. Zij hadden vaak moeite om toegang te krijgen tot het ziekenhuis voor de behandeling van hun hartproblemen of andere aandoeningen. Veel reguliere zorg werd uitgesteld of afgezegd, waardoor patiënten met chronische ziekten en andere aandoeningen niet de nodige zorg kregen. Dit leidde tot uitgestelde diagnoses en behandelingen, wat negatieve gevolgen had voor hun gezondheid.

‘Wanneer we de vraag beperken tot de bescherming van de meest kwetsbaren tegen Covid-19, is het antwoord dat dit slechts matig is gelukt. In de vroege fase van de pandemie was er een tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals mondmaskers, in de verzorgings- en verpleeghuizen. Hierdoor konden medewerkers en bewoners zich niet goed beschermen tegen het virus. Dit tekort was overigens een wereldwijd probleem, en Nederland werd hier ook door getroffen. Mede als gevolg hiervan was er een hoge sterfte in deze instellingen.

‘In de latere fase van de pandemie, toen de vaccinaties eenmaal op gang kwamen, nam de mortaliteit onder deze groep af. Dit kwam grotendeels door de vaccinatiecampagne, die prioritair werd uitgerold voor de meest kwetsbaren. Daarnaast kan het zijn dat de allerzwaksten al eerder in de pandemie waren overleden door de hoge besmettelijkheid van Covid-19, waardoor het aantal sterfgevallen in latere golven lager lag.

‘De braafpraterige cultuur in Nederland – waarbij sommige problemen niet openlijk

worden benoemd – hielp ook niet. Een voorbeeld hiervan is de aanvankelijk onderbelichte aanwezigheid van eerste generatie mensen met een niet-westerse achtergrond op de IC in de vroege fase van de pandemie. Zij waren oververtegenwoordigd, mede door socio-economische factoren en een hogere prevalentie van onderliggende gezondheidsproblemen, zoals diabetes en obesitas. Artsen en ziekenhuizen erkenden dit aanvankelijk niet, maar later werd dit door onderzoek bevestigd. Onderzoek toonde aan dat deze groep extra kwetsbaar was voor ernstige ziekte door Covid-19.'

Ik pak er een paar maatregelen uit. Ten eerste: het mondkapje, dat eerst niet nuttig heette te zijn en even later (in het OV, bijvoorbeeld) verplicht werd gesteld. Hoe kijk je daar tegenaan?

'De discussie over het mondkapje is niet alleen een mooi voorbeeld van hoe landen elkaar blindelings hebben gevolgd in het nemen van maatregelen uit angst om later als fout te worden beoordeeld, maar ook van een hoogoplopende discussie waarbij niet-deskundigen de boventoon voeren. Allereerst, bij juist gebruik, zoals met FFP2-maskers, bieden neus-mondkapjes goede bescherming voor mensen die in de buurt komen van een patiënt besmet met het virus. Daarom gebruiken we in het ziekenhuis om ons zelf te beschermen neus-mondkapjes wanneer we tegenover een hoestende zieke patiënt zitten, of de patiënt een beademingsbuisje moeten geven. We verhinderen zo dat druppeltjes met het virus uit de patiënt in onze neus, mond en longen komt. Een beschermende bril kan daarbovenop voorkomen dat de druppeltjes in onze ogen komen. Wat vaak niet wordt genoemd, is dat mondkapjes ook voorkomen dat mensen met hun vingers in hun neus zitten, wat de kans op directe besmetting verkleint.

'Maar steeds opnieuw komt de vraag op of mondkapjes verplicht moeten worden in het openbare leven. Ten onrechte wordt voorbijgegaan aan hoe en wanneer mondkapjes effectief kunnen zijn. Een mondkapje moet goed worden gebruikt: het moet correct aansluiten en zowel neus als mond bedekken, en het moet ook op de juiste manier worden afgedaan. Mondkapjes herinneren ons er wel aan dat er iets gaande is, wat nuttig zou kunnen zijn om bewustzijn te vergroten.

'De belangrijkste vraag die men zou moeten stellen, is: helpen mondkapjes om de verspreiding van het virus in de samenleving tegen te gaan wanneer iedereen ze draagt? Het antwoord is helaas nee. De meeste mensen dragen het masker niet correct en doen het ook niet goed of tijdig af. Dit is duidelijk in het dagelijks leven te zien, bijvoorbeeld in de supermarkt of het openbaar vervoer. Het verplichten van

mondkapjes op zichzelf zal daarom niet effectief zijn in het voorkomen van virusverspreiding op grote schaal.

‘Kwetsbare mensen zouden wel een goed gedragen masker moeten dragen in risicovolle situaties, maar het opleggen van mondkapjes voor iedereen is niet rationeel. De Cochrane Library heeft een uitgebreid overzicht gepresenteerd dat aantoont dat mondkapjes in openbare ruimtes de verspreiding van het virus niet effectief tegengaan. De kwaliteit van het onderzoek is matig, maar het zal in onze samenleving waarschijnlijk niet veel beter kunnen worden onderzocht. Dit maakt het moeilijk voor regeringen om verdere beperkingen op te leggen die niet gebaseerd zijn op bewijs of logica.

Ten tweede: het sluiten van de scholen. Was dat effectief en proportioneel of was het middel erger dan de kwaal?

‘Aangezien kinderen nauwelijks risico liepen op een ernstig verloop van Covid-19 was het voor die groep zelf een overbodige maatregel en dit was ook al vrij vroeg duidelijk tijdens de pandemie. Hoewel er enkele zorgen waren over zeldzame complicaties, zoals het multisysteem inflammatoir syndroom bij kinderen (MIS-C), bleef dit een zeer zeldzaam fenomeen. Zonder daar uitgebreid op in te gaan, de nadelen van schoolsluitingen waren enorm. Kinderen hebben veel educatieve achterstanden opgelopen, en er waren grote gevolgen voor hun geestelijke en sociale gezondheid, vooral voor kwetsbare kinderen en kinderen uit lagere socio-economische groepen. Alternatieve maatregelen, zoals het beter beschermen van leraren en de focus op het beschermen van kwetsbare mensen en goede ventilatie, kregen naar mijn mening onvoldoende aandacht.

‘Voor het sluiten van scholen in de vroege beginfase, toen nog heel veel onbekend was, kan ik wel begrip opbrengen. In het begin was er veel onzekerheid over de rol van kinderen in de verspreiding van het virus, en hoewel kinderen zelf minder ziek werden, was er angst dat ze het virus zouden overdragen op volwassenen en kwetsbaren.

‘Wellicht heeft de maatregel enigszins geholpen om een snellere verspreiding van Covid-19 te voorkomen. Maar in de fase daarna was de maatregel disproportioneel en hebben de schoolsluitingen ernstige nadelen opgeleverd voor kinderen. Vooral op het gebied van onderwijs, mentale gezondheid en sociale ontwikkeling was de impact groot. Andere landen, zoals Zweden, besloten ook niet om scholen voor jonge kinderen te sluiten, en dit gebeurde op rationele gronden. Epidemiologische

studies hebben aangetoond dat Zweden, ondanks openblijvende scholen, geen significant hogere infectiecijfers had in vergelijking met landen die scholen wel sloten, hoewel de aanpak van Zweden ook niet zonder kritiek was voor andere aspecten van hun pandemiebeleid. Het laat echter zien dat er op dat moment al andere benaderingen mogelijk waren, ook met de kennis die toen beschikbaar was.'

Ten derde de avondklok, in de eerste maanden van 2021. Was dat effectief en proportioneel met de kennis van toen of overmatig vrijheidsbenemend en slecht voor de geestelijke volksgezondheid? En met de kennis van nu?

'Op zijn gunstigst had de avondklok een miniem effect op de reductie van de overdracht van het virus. Mede gezien de enorme weerstand die het begrijpelijkerwijze opriep is de proportionaliteit van de maatregel twijfelachtig. Het is moeilijk, ook achteraf, om het precies en geïsoleerd te evalueren. Er spreekt in ieder geval weinig voor proportionele effectiviteit van de maatregel.'

Als ik mij goed herinner was het beleid behalve op het beschermen van de meeste kwetsbaren gericht op het voorkomen dat via triage mensen als het ware voor wel/niet behandeling werden geselecteerd. Daarbij was de capaciteit van de IC's essentieel. Ook was er kritiek op de geringe Nederlandse capaciteit van de IC's in vergelijking met omringende landen. Hoe kijk je daar nu tegenaan? Kunnen we lessen trekken?

'Het is niet voor niets dat in veel talen grapjes worden gemaakt over de Nederlandse zuinigheid. Dit vertaalt zich in het feit dat Nederland met zeven IC-bedden per 100.000 inwoners aan de lage kant zit. Het systeem is berekend op precies genoeg en er zit dus weinig vlees op het bot. Om een idee te geven: volgens officiële gegevens zijn er in Frankrijk 11,6 bedden, in Duitsland 29,2 bedden en in de USA 34,7 bedden per 100.000 inwoners.

'Nu is er wel wat te zeggen over wat precies de definitie is van een IC-bed, omdat het per land verschilt. In sommige landen, zoals Duitsland, worden ook bedden in *high-dependency units* of *medium care*-afdelingen meegerekend, wat de cijfers hoger maakt. Toch moge het duidelijk zijn dat Nederland aan de krappe kant zat bij het begin van de Covid-19-pandemie. Dat gaf een achterstand vanaf het begin.

'Een begin dat zch aankondigde met alarmerende berichten uit Noord-Italië, waar ik net vandaan kwam na een symposium over *data science* en *intensive care*. De IC-artsen die ik daar kende, uitten ernstige bezorgdheid en waarschuwden voor een

snel escalerende situatie. Ook op de Nederlandse televisie zagen we beelden van IC-verpleegkundigen die voor het eerst in hun carrière gedwongen waren keuzes te maken over leven en dood, wat betekende dat ze patiënten moesten weigeren voor IC-opname.

‘Wat velen niet wisten, was dat het IC-opnamebeleid in Italië sterk verschilt van dat in Nederland. In Nederland wordt vooraf nauwkeurig beoordeeld of een patiënt baat heeft bij IC-opname, vaak al thuis of in verpleeghuizen. In Italië worden daarentegen vaker ook terminale patiënten zonder overlevingskans op de IC opgenomen, wat vaak resulteert in overlijden op de IC. In Nederland is zo’n aanpak zeldzaam. Dit verschil in opnamebeleid zorgde ervoor dat de IC’s in Italië sneller overbelast raakten, terwijl Nederland deze keuzes al eerder in het traject maakt om onnodige opnames te voorkomen.

‘De pandemie legde echter bestaande problemen in het Nederlandse zorgsysteem bloot, zoals capaciteitsgebrek, bureaucratie en een tekort aan expertise op beleidsniveau. Het toonde hoe kwetsbaar en inflexibel het zorgstelsel is onder extra druk, mede door jarenlang beleid gericht op bezuinigingen en kostenbeheersing. Door te focussen op efficiëntie was er weinig ruimte voor overcapaciteit, waardoor het systeem tijdens de pandemie snel zijn grenzen bereikte en praktische problemen ontstonden bij opschaling. In Duitsland, bijvoorbeeld, is er bewust gekozen om meer overcapaciteit aan te houden, zodat er bij een crisis direct voldoende (fysieke) IC-bedden beschikbaar zijn. In Nederland was er weinig ruimte voor dergelijke reserves, wat de situatie tijdens de pandemie extra ingewikkeld maakte.’

Hoe ging het met de vaccinering, en dan met name in Nederland?

‘Over de vaccinatie kan eenvoudigweg gezegd worden dat het laat en initieel traag begon. Dit kwam door logistieke problemen, die werden veroorzaakt door politieke keuzes met een strikte volgorde en prioritering, matig werkende IT-systemen, risicomijding en een beperkte vaccinvoorraad, mede door afhankelijkheid van EU-leveringen. Daarnaast speelde de keuze om de vaccinatiecampagne te centraliseren bij traditionele zorginstellingen, zoals de GGD, een rol. Het leger, dat over aanzienlijke logistieke vaardigheden en competenties beschikt, werd in de beginfase niet ingezet, ondanks het potentieel om de uitrol sneller en efficiënter te maken. De trage start had ook te maken met problemen rond de levering van vaccins, aangezien Nederland afhankelijk was van EU-brede afspraken met leveranciers zoals Pfizer en AstraZeneca. Vertragingen in de productie en levering

door deze farmaceutische bedrijven zorgden ervoor dat er in het begin minder vaccins beschikbaar waren dan gepland.

‘Hoewel de campagne traag van start ging, kwam er later meer snelheid in de uitrol. Tegen de zomer van 2021 had Nederland een hoog vaccinatiepercentage bereikt, en de logistieke problemen werden geleidelijk opgelost. Ondanks de aanvankelijke problemen heeft Nederland uiteindelijk veel mensen gevaccineerd in een relatief korte tijd.’

Covid steekt voortdurend weer de kop op. Blijft dat zo? Gaan er nog steeds mensen aan dood? Is het huidige vaccinbeleid in orde?

‘Covid-19 gaat nooit meer weg. Maar de kans is heel erg klein dat het weer proporties gaat aannemen als in 2020. Dit komt door de opgebouwde immuniteit via vaccinaties en eerdere infecties, en de beschikbaarheid van betere behandelingen. Hoewel er altijd een kans bestaat op lokale uitbraken door nieuwe varianten, is een wereldwijde pandemie van dezelfde schaal onwaarschijnlijk.

‘Volgens de best mogelijke beschikbare informatie op dit moment hebben risicogroepen zeer waarschijnlijk baat bij het vaccin en boostervaccinaties, met name wanneer dat ook werkzaam is bij de actuele nieuwe varianten van het virus. Het is ook goed te weten dat de ernst van de ziekte door SARS-CoV-2 mede bepaald wordt door genetische factoren, je dna. Verschillende genetische factoren zijn inmiddels geïdentificeerd die een hoger risico betekenen op een ernstig beloop van Covid-19. Dat betekent zeer waarschijnlijk ook dat als je de afgelopen jaren geen ernstige ziekte door COVID-19 hebt gehad, het minder waarschijnlijk is dat je belangrijke genetische risicofactoren voor ernstige ziekte door Covid-19 hebt.

‘Daarnaast biedt je immuunsysteem waarschijnlijk een goede bescherming tegen ernstige gevolgen van toekomstige infecties met nieuwe varianten, na eerder doorgemaakte infecties en/of vaccinaties. Hoewel dit de kans kleiner maakt dat je in de toekomst een ernstige episode van COVID-19 zult krijgen, kunnen andere factoren zoals leeftijd, algemene gezondheid en de evolutie van het virus nog steeds een rol spelen bij het bepalen van je toekomstige risico op een ernstig beloop van de ziekte.’

Pas eind 2026 komt de parlementaire enquêtecommissie (volgens plan) met bevindingen. Is dat niet veel te laat? Waar zou het rapport zich op moeten concentreren?

‘Nederland is belachelijk laat met een diepgaand onderzoek naar de Covid-19 pandemie. Het rapport moet zich natuurlijk vooral richten op te leren lessen. Ik hoop niet dat het ontaardt in een hausse aan protocollen. De adviezen zouden vooral moeten gaan over hoe we tijdens een crisis de juiste mensen kunnen inzetten, toegerust op crisissituaties en met voldoende inhoudelijke kennis. Daarnaast moet er aandacht zijn voor hoe we *groupthink* kunnen voorkomen. Dat betekent bijvoorbeeld dat bij een belangrijk adviesorgaan zoals het OMT, voldoende diversiteit in expertise moet worden gewaarborgd en dat de samenstelling regelmatig gewijzigd moet worden om te voorkomen dat er te veel eenzijdige adviezen komen. Daarnaast moet een dergelijk onderzoek zich niet alleen richten op de gezondheidsmaatregelen, maar ook op de bredere maatschappelijke impact van het gevoerde beleid. Denk aan de sluiting van scholen, de economische maatregelen, de psychologische gevolgen en de ongelijkheden in hoe Covid-19 verschillende bevolkingsgroepen heeft getroffen. Het is van essentieel belang dat het onderzoek breed wordt opgezet, zodat we werkelijk alle lessen van de pandemie kunnen trekken en beter voorbereid zijn op toekomstige crises.

‘De focus moet liggen op adviezen die praktisch toepasbaar zijn en die zorgen voor een flexibele crisisstructuur, waarbij experts met zowel theoretische als praktische crisiservaring betrokken zijn. Dit voorkomt dat er alleen protocollen worden geschreven die in de praktijk niet werken. Het gaat erom dat we een systeem creëren dat niet alleen reactief is, maar ook proactief kan inspelen op nieuwe problemen.’

Armand Girbes *(Groningen, 1959) is intensivist-klinisch farmacoloog en was tot 1 april 2023 hoofd van de IC-afdeling van het VU Medisch Centrum in Amsterdam, daarnaast is hij hoogleraar Intensive Care-geneeskunde en als zodanig nog steeds verbonden aan Amsterdam UMC, locatie VUmc. Vanaf 1 mei 2023 is hij de vertegenwoordiger van de Federatie van Medisch Specialisten bij de UEMS, de Europese Specialisten Unie.*

De digitale internetkrant ***Wynia’s Week*** *verschijnt op* ***dinsdag, donderdag en zaterdag*** *en is volledig gratis. U kunt zich hier aanmelden*

Wynia’s Week wordt mogelijk gemaakt ***door de donateurs****. Doet u al mee? Doneren kan op verschillende manieren, kijk HIER*