Nederland, Coronaland. Hoe deden we het eigenlijk, de eerste maanden?

Posted on 8 juni 2020 by Syp Wynia

Er overlijden in Nederland volgens de officiële cijfers nog enkele mensen per dag aan het Coronavirus. De top van de Coronacrisis ligt al weer twee maanden achter ons. Hoe deed Nederland het eigenlijk, in vergelijking met andere landen? Niet goed, niet slecht, maar gemiddeld, zegt viroloog Ab Osterhaus. Daar valt wel wat op af te dingen.

Terwijl ik dit schrijf zijn er volgens internationale cijfers op de website van de RIVM in Nederland 6009 mensen overleden aan het Coronavirus. Dat zijn er minder dan in België (9548) maar meer dan in China (4638). Het zijn er ook minder dan in Duitsland (8635), maar verhoudingsgewijs natuurlijk veel meer.

Veel zeggen die cijfers natuurlijk niet, want – en in Nederland staat dat zeker als een paal boven water – lang niet iedereen die aan Corona sterft wordt als zodanig geregistreerd. Aanvankelijk konden Nederlandse huisartsen de gegevens van hun (waarschijnlijke) Corona-patiënten niet eens laten registreren.

Oversterfte zegt meer dan Corona-statistiek

Veel betrouwbaarder zijn de vergelijkende statistieken van de oversterfte: overleden er de afgelopen maanden meer mensen dan normaal? Dat is zo, in het geval van Nederland. Er overleden dit jaar tot dusver 9000 mensen meer dan normaal en dat zou kunnen betekenen dat ongeveer een derde van de Corona-doden aan de registratie van het RIVM is ontsnapt.

Volgens vergelijkende cijfers van de New York Times was de oversterfte in Nederland in de periode van half maart tot begin mei 47 procent. De oversterfte was hoger in het Verenigd Koninkrijk (67 procent) en in België (63 procent). Maar in Duitsland was er tot eind mei nauwelijks oversterfte (6 procent).

Er valt iets voor te zeggen, dat landen met veel Coronadoden pech hebben gehad. Maar dat er in Duitsland verhoudingsgewijs veel minder Corona-slachtoffers zijn dan in Nederland moet ook haast wel iets te maken hebben met snel ingrijpen, plus testen, opsporen en isoleren. Wat dat betreft muntte Nederland niet uit.

RIVM: sussen

In Nederland was het optreden van het RIVM lange tijd vooral sussend, zoals deze ontluisterende tijdreeks laat zien. Het virus zou niet zo besmettelijk zijn en er was weinig kans dat het Nederland zou bereiken. En toen op 27 februari toch de eerste Nederlandse besmetting werd vastgesteld, ging het RIVM door met sussende taal: het bezoeken van evenementen was geen probleem en scholen hoefden niet dicht.

Toch was op 25 januari op initiatief van het RIVM al voor het eerst een Outbreak Management Team bijeengekomen. Op 28 januari waarschuwt dat OMT het kabinet ook al voor mogelijke tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen. De eerste week van februari waarschuwt ook de VN-gezondheidsorganisatie WTO voor een wereldwijd tekort aan mondkapjes en andere beschermingsmiddelen.

Chinees mondkapjesvliegtuig

Maar als op 7 februari de Chinese ambassadeur in Den Haag toestemming vraagt om een vrachtvliegtuig vol beschermingsmiddelen vanuit Nederland naar de stad Wuhan te laten vliegen krijgt hij die toestemming. Het gaat doorgaans om materiaal dat in de voorgaande maanden juist uit China in Nederland was geïmporteerd. Als

de Chinese mondkapjesvlucht begin april uitlekt wuift premier Mark Rutte de kritiek weg met de suggestie dat je een humanitair verzoek niet kunt afwijzen.

Beleidsmatig is de Nederlandse Coronacrisis al gauw een schaarstecrisis. Daags nadat op 27 februari de eerste Nederlandse besmetting is vastgesteld waarschuwt RIVM-virologiedirecteur Jaap van Dissel – het lekte later uit via De Volkskrant – het ministerie van Volksgezondheid voor 'een wereldwijde schaarste van beschermingsmiddelen, vooral van mondkapjes. Van Dissel: 'In de media moet aandacht komen voor het belang van goed gebruik van de schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen. Onnodig gebruik moet worden teruggedrongen.'

Ziekenhuizen gaan voor

Dat laatste verklaart veel van het regeringsbeleid van de volgende weken. Beschermingsmateriaal is er in Nederland vooral, zo niet uitsluitend, voor de ziekenhuizen, met name voor de afdelingen Intensive Care. En als mondkapjes veel later – per 1 juni – toch nog verplicht worden gesteld in het openbaar vervoer, mogen het alleen min of meer ondeugdelijke mondkapjes zijn: van het slag dat van onvoldoende kwaliteit is om in zorg te worden gebruikt.

De schaarste – overal, maar toch in het bijzonder in Nederland – betreft eigenlijk alles. Er zijn te weinig IC-bedden, want in voorgaande jaren zijn die blijkbaar in aantal teruggeschroefd. In de buurlanden is er overigens geen IC-schaarste. Er is in Nederland dus ook een tekort aan beademingsapparatuur: een eerste vereiste voor wie op de IC aan de beademing wordt gelegd. Er is uiteraard een tekort aan IC-personeel, waardoor personeel van andere ziekenhuisafdelingen wordt ingezet op de IC's en die andere afdelingen hun patiënten op de wachtlijst moeten zetten.

Er wordt weinig getest

Er is een tekort aan testen. Er wordt heel weinig getest, wat mede het verschil in officiële Corona-doden in een land als België en in Nederland verklaart. Wie niet getest wordt, is immers officieel niet besmet.

Dat er bij iedere besmetting een contactonderzoek nodig is, wordt eind februari wel erkend door het RIVM, maar ook binnen de kortste keren weer opgegeven. Anders dan in Duitsland en België wordt er niet meteen massaal GGD-personeel voor bron-

en contactonderzoek geworven.

In mei 2020 blijkt uit onderzoek van RTL dat er in Duitsland per 1000 inwoners 20 Corona-contactonderzoeken zijn gedaan en in België 13,9. In Nederland zijn er slechts 4,4 onderzoeken.

Nederland heeft dus geen beschermingsmateriaal, Nederland heeft een tekort aan IC's, Nederland test niet en Nederland doet geen contactonderzoek. Nederland isoleert trouwens ook niet erg en Nederland laat het aan ex-Coronapatiënten zelf over of ze al dan niet besmettelijk zijn voor de omgeving.

En de 'groepsimmuniteit'?

Op 16 maart zegt premier Mark Rutte in een hoogst zeldzame tv-toespraak tot de natie dat een groot deel van de Nederlanders de komende tijd met het virus besmet zal raken en dat het kabinet gekozen heeft voor een beheerste verspreiding, vooral onder groepen die het minste risico lopen. In afwachting van een vaccin of medicijn moet de verspreiding van het virus worden afgeremd en tegelijkertijd 'groepsimmuniteit' worden opgebouwd. Hoe groter de immuniteit, hoe minder risico voor de kwetsbaren. Dat klinkt als een morbide experiment met Nederland en wordt de volgende dagen dan ook ingeslikt. Wat niet wil zeggen dat het streven naar 'groepsimmuniteit' daarmee ook in de achterkamers van de RIVM van tafel is. Het is vanaf half maart alleen niet meer iets om al te opzichtig mee te koop te lopen.

De IC-capaciteit is richtsnoer

Officieel resteert daarna alleen nog de dubbele doelstelling, steevast herhaald door premier Rutte en Hugo de Jonge, de CDA-minister van Volksgezondheid. De officieel beleden kabinetsdoelstelling voor het Coronabeleid was de eerste twee maanden dus: niet over de beschikbare IC-capaciteit heen gaan en de kwetsbaren ontzien (het testen en controleren dook pas half april weer op).

Die eerste doelstelling maakte vanaf het begin een gekunstelde indruk. Was het werkelijk de kern van het Coronaprobleem in Nederland dat de IC's overbelast zouden kunnen raken? Of was wellicht de kern van het probleem dat er in dat geval keuzes gemaakt moesten worden: wie wel en wie niet? Het maakte in ieder geval een technocratische indruk. Uiteindelijk zou het IC-probleem oplosbaar blijken: met hangen en wurgen kon de capaciteit uitgebreid worden. Vervolgens hielp de

onverwacht snelle vermindering van de toestroom.

Sterfte in de verpleeghuizen

Waar ondertussen wel een groot probleem groeide, was in de bejaardenhuizen. Als er ergens in Nederland kwetsbaren te vinden zijn, dan is het wel bij de bejaarde clientèle van de thuiszorg en de verpleeghuizen, maar uit weinig bleek dat de officiële hoofdlijn van het kabinetsbeleid om de kwetsbaren te beschermen ook betrekking had op deze categorie. Aanvankelijk werd er zelfs beschermingsmateriaal onttrokken aan zorginstellingen die zich geen ziekenhuis mogen noemen.

Het Nederlandse Coronabeleid beweerde de kwetsbaren beschermen, maar had in de praktijk alleen oog voor de kwetsbaren die het ziekenhuis haalden. Anderen stierven thuis, of in eenzaamheid in verpleeghuizen waar lange tijd geen (goed) beschermingsmateriaal voorhanden was en personeel in en uit kon, de wilde Coronawereld in. Een groot deel van de Nederlandse Coronadoden overleed in instellingen.

Hoe kijken we terug?

Het is nu 6 juni 2020 en de eerste en hopelijk enige Corona-golf is aan het wegebben. Het kabinet-Rutte prijst Nederland (en daarmee zichzelf) omdat het land over het algemeen gedisciplineerd meeging in wat premier Rutte een 'intelligente lockdown' is gaan noemen. Het kabinet beloont die discipline door bij stukje en beetje de lockdown weer los te laten: scholen mogen weer open, vakanties kunnen weer gepland – maar wel vaak volgens wat als *Het Nieuwe Normaal* is betiteld, dus met allerlei beperkende omgangsregels.

Dat is een goed moment voor een eerste evaluatie. En dan komt het beleid van RutteDrie er niet ongeschonden van af. De overheid en de instellingen waar het kabinet op leunt (het RIVM, de GGD's) zagen de ernst van de situatie pas laat onder ogen. Er was een tekort aan alles, dat deels werd afgedekt door het nut (van bepaalde beschermingsmiddelen, van testen) in twijfel te trekken.

Hoezo testen, isoleren, contactonderzoek?

Half maart luidde de richtlijn van de WHO: testen, testen, testen, isoleren, en bron- en contactonderzoek. In Nederland werd er nauwelijks getest, het isoleren werd goeddeels aan de betrokkenen overgelaten (behalve in de instellingen, waar het regime voor de inwoners wel rigide werd), en het bron- en contactonderzoek was nagenoeg afwezig. Waarom er zo weinig getest werd, met name onder kwetsbaren, is ook voor ingewijden een raadsel.

Er werd door het kabinet-Rutte op gezag van het RIVM aanvankelijk in maart hoog ingezet op het open houden van scholen, maar die lijn werd binnen enkele dagen weer opgegeven. Er werd opvallend gestuurd op 'groepsimmuniteit' waardoor niet-kwetsbaren het virus zouden kunnen verspreiden en kwetsbaren buiten schot zouden blijven.

Al binnen enkele dagen werd het bereik van groepsimmuniteit van officieel hoofddoel gedegradeerd tot neveneffect. Na drie maanden moet worden vastgesteld dat de groepsimmuniteit met ongeveer 5,5 procent (van de bloeddonoren dat antistoffen heeft) ook ver uit het zicht is.

De kwetsbaren zijn onvoldoende beschermd

Het doel om de kwetsbaren te ontzien is ronduit mislukt: terwijl alle aandacht gericht was op de IC's in de ziekenhuizen, overleden er talrijke anderen in verpleeghuizen. Nederland is daar niet uniek in – in Spanje was de sterfte in verpleeghuizen bijvoorbeeld dramatisch – maar het werpt een bijzonder licht op de hoofddoelstelling van beleid: de kwetsbaren ontzien.

Jaap van Dissel van het RIVN, de rechterhand van het kabinet, erkende het overigens ook (in het AD): 'We concentreerden ons in het begin heel erg op het in stand houden van de ziekenzorg en de IC-capaciteit, en dan zie je nu dat die kwetsbare groep erg getroffen wordt.' De verpleeghuizen staan overigens niet op zichzelf. De Coronacrisis zette later, in mei, ook de slachthuizen in de spotlights. Veel personeelsleden – doorgaans Oost-Europeanen – liepen zowel in de huisvesting, bij het transport als op de werkplek grote risico's en menigeen bleek ook daadwerkelijk besmet. Hoe intelligent de lockdown ook geweest moge zijn, het leidde niet tot bescherming in delen van de samenleving die doorgaans toch al wat minder in het licht staan.