

Weekboek Corona: When the going gets tough

Posted on 4 april 2020 by Paul Hekkens

Paul Hekkens zet zijn kroniek van Nederland Coronaland voort. Deze week de derde aflevering. Waarin het aan de genezende patiënt wordt overgelaten om te bepalen of hij al dan niet besmettelijk is. Hoe niet-testen geruststellende cijfers produceert. En hoe 'progressieven' in tijden van corona toch maar voor zichzelf kiezen.

Hoe het na enkele weken corona al heel gewoon wordt om te zeggen dat er bij nader inzien wel heel veel bejaarden zijn. Waarom er plotseling veel meer IC's nodig zijn, die even plotseling ook tevoorschijn worden getoverd. Hoe anderhalve meter wel wat weinig blijkt. En waarom Paul dit voorjaar toch maar op dieet blijft.

Waar was ik ook alweer gebleven? Uit een documentaire van Pano had ik begrepen dat corona-geïnfecteerden nog enkele weken besmettelijk blijven nadat ze het ziekenhuis hebben verlaten. Ik maakte me zorgen over de buurvouw van mijn vriendin die na een corona-infectie het ziekenhuis verlaat. Inmiddels is die buurvrouw weer thuis. Ik heb het RIVM gebeld, en het academisch ziekenhuis van Maastricht. Beiden verzekerden mij dat als een genezende coronapatiënt 24 uur

geen symptomen meer vertoont, dat deze dan ook niet meer besmettelijk is. Dat klinkt geruststellend.

Bij De zevende dag van zondag 29 maart hoor ik microbioloog Herman Goossens echter waarschuwen dat we over immuniteit nog maar heel weinig weten: 'Het is veel te vroeg om daar uitspraken over te doen, daar moeten we nog veel onderzoek naar voeren. Wat betekent een besmetting voor de concentratie aan antistoffen die je hebt, biedt die enige bescherming? We weten dat absoluut niet. We moeten hier dus heel voorzichtig mee omspringen.'

Viroloog Marc van Ranst stelt dat de besmettelijkheid afneemt naarmate er meer antistoffen worden gemaakt. Om echter te kunnen zeggen dat een patiënt niet meer besmettelijk is, dient deze volledig genezen te zijn. Dat wil zeggen dat deze geen enkel, maar dan ook geen enkel symptoom meer vertoont. Vervolgens wacht je nog drie dagen. Dan pas kun je zeggen dat de patiënt niet meer besmettelijk is.

De buurvrouw van mijn vriendin blijkt nog steeds te kuchen. Ik adviseer mijn vriendin voorlopig maar niet in contact te treden met haar buurvrouw. Maar hoe denkt het RIVM hierover? Auro Timen van het RIVM zegt in Nieuwsuur van 19 maart: 'We vragen mensen om thuis te blijven en uit te zieken. Als ze beter zijn – dat betekent dus helemaal klachtenvrij, niet neusverkouden meer, geen koorts, niet hoesten – dan moet je nog één dag thuisblijven. Pas daarna mag je naar buiten.' Als ik dat goed lees, dan betekent dit, ondanks de geruststellende toonzetting, dat mensen die uit het ziekenhuis ontslagen worden nog besmettelijk kunnen zijn, en dat het aan de genezende patiënt wordt overgelaten om al dan niet contact met de omgeving te zoeken of te mijden.

Daarbij komt dat in geval van contact vooral de bezoeker van de ex-patiënt risico loopt. Het wordt dus aan de ex-patiënt overgelaten om te bepalen of deze nog een gevaar vormt voor de ander, zonder zelf veel risico te lopen. Ik vind deze gang van zaken ongewenst. Zo is me dat ook niet verteld toen ik het RIVM en het ziekenhuis belde. Daar werd mij verteld dat mensen die het ziekenhuis verlaten niet meer besmettelijk zijn.

In Nieuwsuur leeft men vooral mee met de ex-patiënt. Gesuggereerd wordt dat het tijdelijk mijden van uit het ziekenhuis ontslagen patiënten onterecht is. De voice-over zegt: 'Ook Van den Hoven voelt zich inmiddels een stuk beter. Toch is hij voorlopig nog nergens welkom.' Dan komt een mondige Rob van den Hoven zelf aan het woord: 'Iedereen is toch doodsbenauwd voor je. Ik zou na een verjaardag

gaan. Dan zeggen ze: Liever niet. Doe toch maar liever niet, want dan is het niet zo gezellig.'

Dan krijgt de kijker de reactie van Timen voorgeschoteld: 'Ik kan me voorstellen dat er huiver is. Er is ook heel veel te doen over dat virus. Wat wij tot nu toe weten, is dat mensen veilig weer hun sociale contacten kunnen aangaan als ze zich beter voelen.' 'Zich beter voelen' is dus het criterium waarop een ex-patiënt zelf mag bepalen of hij of zij nog besmettelijk is.

De zieke moet schipperen

Thuisquarantaine geldt niet alleen voor ex-coronapatiënten. Het geldt voor iedereen met griepverschijnselen, want die zouden op corona kunnen duiden. 'Als je symptomen hebt, moet je thuis zitten en wacht je tot het over is', vat staatssecretaris Tamara van Ark samen.

'Als je ernstigere klachten hebt, zoals koorts, hoesten of benauwd, dan moet het hele gezin / alle huisgenoten uit voorzorg thuisblijven', meldt de website van het RIVM. Maar hoe werkt dat in de praktijk?

Ik heb begrepen dat je met griepsymptomen niet naar je huisarts moet gaan, maar deze moet opbellen. Dan volgt, neem ik aan, een telefonisch consult. Ik zou dan denken dat vervolgens bij symptomen een hele machinerie in werking treedt van monitoring en begeleiding, waarbij gekeken wordt hoe voedsel en medicijnen in huis te krijgen. Maar dat wordt nergens bevestigd.

Eigenlijk zijn de richtlijnen voor mensen met symptomen en hun gezin nauwelijks anders dan voor mensen die zich kiplekker voelen. Toch is er een verhoogd risico dat je corona onder de leden hebt. Ongeveer een op de tien mensen met griep blijkt corona te hebben, zegt Ab Osterhaus. Dan is het toch zaak dat die mensen thuis blijven.

Het advies is inderdaad dat mensen met klachten en hun huisgenoten niet naar de winkel gaan, en geen ommetje maken voor een frisse neus. Meer dan een vrijblijvend advies is het echter niet. Woon je bijvoorbeeld alleen, of heb je niemand van buiten het gezin die voor jou de boodschappen doet dan ben je toch genoodzaakt zelf naar de winkel te gaan. En ook een frisse neus halen, blijft tot de mogelijkheden horen.

Op basis van gezond verstand dient de zieke, en eventueel diens gezin met een zieke zien te schipperen tussen doen wat noodzakelijk is op een manier dat niemand anders besmet wordt.

Zo bezien is de intelligente lockdown waar onze premier het over heeft, niet veel meer dan een wassen neus. De eerlijkheid gebiedt dat de adviezen vanaf de persconferentie van dinsdag 31 maart enigszins zijn aangescherpt. Nu wordt gezegd dat je met symptomen niet de deur uit mag. Huisgenoten van een patiënt met ernstige symptomen, kun je volgens de nieuwste richtlijnen nog wel in de supermarkt tegen het lijf lopen.

'Zo blijven de cijfers wel laag'

Er mensen zijn die thuis overlijden, waarvan de huisarts heel sterke vermoedens heeft dat deze aan het coronavirus zijn overleden. Die mensen worden niet meegenomen in de dagelijkse sterftecijfers over corona, als ze nooit getest zijn op corona.

Huisarts Ellen Oonincx zegt: 'Eergisteren hadden we in deze praktijk drie patiënten die thuis zijn overleden. Ze hadden alle drie de symptomen van corona, maar slechts één van de drie is daadwerkelijk getest. Alleen die ene telt dus mee in de statistiek over corona sterftecijfers, de twee andere niet. Zo blijven de cijfers wel laag, natuurlijk.'

Wanneer er een ernstig vermoeden is dat het om corona gaat, kunnen huisartsen dat nergens melden. Het werkelijk aantal sterfgevallen ligt waarschijnlijk hoger dan de cijfers van het RIVM. Beleidsbeslissingen worden daardoor gemaakt op basis van een te gunstige voorstelling van zaken. Bovendien krijgt men zo onvoldoende zicht op hoe de thuisquarantaine in de praktijk uitpakt. Thuisquarantaine lijkt zodoende de blinde vlek van het beleid van de RIVM.

Omdat mensen ook na overlijden niet getest worden, is oversterfte de enige indicator waar het RIVM over beschikt om na te gaan hoeveel niet geteste mensen aan corona zijn overleden. Oversterfte is het aantal mensen dat meer overlijdt dan normaal door toedoen van een epidemie. Die cijfers lopen echter weken achter. Het is dus onmogelijk om er beleid snel op bij te sturen.

Bovendien is oversterfte een onprecieze indicator. Behalve dat het uitgaat van een statistisch gemiddelde (de normale sterfte) kan er ook geen onderscheid gemaakt

worden tussen de verschillende epidemieën die tegelijkertijd spelen. Je kunt dus niet zeggen welk percentage van de oversterfte is toe te schrijven aan corona, en welk percentage aan influenza.

Een mogelijke oplossing, die de huisartsen ook opperen, is dat je naast de geteste coronadoden, ook die niet geteste coronadoden telt. Bij die telling ga je uit van het oordeel van huisartsen met betrekking tot de symptomen. Dan kun je per onderzoek bepalen welke cijfers het meest geschikt zijn.

Merkwaardig is dat het RIVM na een week nog steeds niet geantwoord heeft op deze prangende kwestie, aangedragen door huisartsen die met hun poten in de coronaklei staan. Als hem er tijdens de hoorzitting naar wordt gevraagd, verwijst Van Dissel ernaar dat die cijfers uiteindelijk via oversterfte toch geschat kunnen worden.

Dieet-dilemma's

Er blijkt een sterk verband te bestaan tussen overgewicht en corona. Twee derde tot vier vijfde van de patiënten die met corona op de *intensive care* liggen hebben overgewicht. Dat blijkt ook in andere landen zo te zijn. Nu had ik tot voor kort een BMI van dertig komma zoveel, en gold daarmee officieel als obees. Inmiddels is mijn BMI gedaald naar 28,5. Daarmee heb ik nog steeds overgewicht. In geval van corona heb ik dus nog steeds een verhoogde kans op complicaties.

Internist Liesbeth van Rossum, wier boek *Vet belangrijk* mij een aanknopingspunt bood om dit voorjaar te gaan afvallen, meent dat het onverstandig is om in deze coronatijden obesitas versneld op te lossen door direct op een streng dieet te gaan. Daardoor kan een tekort aan essentiële voedingsstoffen ontstaan die het immuunsysteem verder aantasten.

Nu ben ik niet op dieet gegaan vanwege corona. Ook is mijn dieet niet streng te noemen. Ik eet lekker, gezond, en heb weinig last van honger. Bovendien voel ik me al een stuk gezonder, nu ik inmiddels zo'n 6 à 7 kilogram ben kwijtgespeeld. Ik denk dat ik dus maar doorhobbel op de reeds ingeslagen weg. Het enige probleem is, dat sedert een week mijn multivitaminentabletten op zijn, en ik nog geen nieuwe gekocht heb. Toch maar eens een bestelling plaatsen.

‘Het verlost ons van een zwakke bevolking’

Opvallend is hoe *rücksichtslos* tegenwoordig wordt gesproken over al dan niet recht op een plek op de *intensive care*, juist door mensen die zichzelf als ‘progressief’ zien. Bert Wagendorp verwoordt zijn omzwaai als volgt: ‘Ik vind (in principe) dat iedereen over zijn eigen lichaam gaat. Roken, drinken, schransen, *be my guest*. Althans, tot een van mijn geliefden dringend een ic-bed nodig heeft en die allemaal bezet zijn door zwaarlijvige coronapatiënten. Dat zal zeker ten koste gaan van mijn liberale opvattingen en solidariteit.’

Psychiater en filosoof Damiaan Denys vind de sociaal-darwinist in zichzelf als hij zegt: “Dit virus is vooral gevaarlijk voor mensen die oud en zwak zijn. Dat is dus een goede zaak. Het verlost ons van een zwakke bevolking die ziek is en zwaar op de maatschappij weegt. (….) Maar het is politiek onbespreekbaar om te zeggen: Luister eens, een gewone griep kost 4.000 mensen per jaar, die offeren we op om onze economie te sparen en onze jonge generatie de kans te geven zich verder te ontwikkelen.’

Denys gaat helemaal in de overdrive als hij naar eigen zeggen een perspectief op globaal niveau presenteert. ‘Welnu hier is het; dit virus zal 70 tot 80 procent van de bevolking ooit besmetten. Elke maatregel die je neemt om dat op de lange termijn in te dammen, zal falen. Van alle mensen die besmet raken, is bij 80 procent de symptomen mild. Twintig procent wordt echt ziek, 5 procent belandt op intensieve zorg en 1,4 procent zal overlijden. Die kleine kans op overlijden wordt door de media uitvergroot tot een maatschappelijke obsessie, en die voedt onze angst.’

Even rekenen: 1, 4 procent van 70 à 80 procent van 7,5 miljard mensen, dat is tussen de 73,5 en 84 miljoen doden. Denys ziet onze bezorgdheid over de zoveel doden als niet meer dan een mediahype. Overigens is de veronderstelling dat elke maatregel op de lange termijn zal falen onjuist. Te verwachten is dat er volgend jaar al een vaccin is.

Ook beroepspostmodernist Marli Huijer doet een duit in het zakje. Ze blijkt opeens heel economisch te kunnen denken. Van de corona-maatregelen zegt ze: ‘Je wilt dat probleem de wereld uit hebben en je wilt het gevoel hebben dat je het goede hebt gedaan. Maar het lastige is: dat kost geld. Als je het geld daaraan uitgeeft en je geeft het niet uit aan iets anders, bijvoorbeeld het klimaat, dan heeft dat ook enorme invloed op de kwaliteit van leven.’

Ze vindt 'dat we als burger ons steeds moeten afvragen: wat leveren we in en wat winnen we erbij?' Over de mensen op de *intensive care* zegt ze: 'Die mensen kun je, als er een pandemie is, een aantal extra levensjaren geven door hen weg te slepen voor de dood. Dat betekent dat mensen niet 80 maar misschien 85 worden. Daarmee heb je vijf gewonnen levensjaren.' Dat vindt ze teveel gevraagd: 'We zijn nooit tevreden, het moet altijd meer zijn. En dan is de vraag: hoeveel is het je waard als samenleving om die groep ouderen, die steeds groter zal worden, steeds langer te laten leven.'

In De Tijd slaat gezondheidseconoom Lieven Annemans aan het rekenen op basis van de situatie in België. 'Misschien zullen door alle maatregelen 'maar' 1.000 doden zijn. 60 miljard uitgeven om 4.000 doden te voorkomen. Dat is 15 miljoen om één leven te redden.'

In het tv-programma De Afspraak voegt Annemans daaraan toe dat in de gezondheidseconomie als vuistregel geldt dat één gewonnen levensjaar 40.000 euro mag kosten. Mocht je per geredde coronapatiënt 25 levensjaren winnen, wat me een hoge schatting lijkt, dan mag dat niet meer dan 1 miljoen euro kosten. Probleem bij deze benadering is dat economische en geneeskundige kosten met elkaar worden vermengd. Die 60 miljard euro betreft vooral economische maatregelen. Onbekend is wat de economische kosten zijn als je geen medische maatregelen neemt. Misschien zijn die kosten wel hoger dan 60 miljard euro.

Voorlopig althans lijken de beurzen op te veren van de draconische maatregelen die overheden nemen. De economische lasten, hebben dus ook economische baten. Groter probleem is wellicht bij wie die baten en bij wie lasten terechtkomen.

Zonder al teveel schroom wordt erover gesproken dat voor mensen die boven de 80 geen plek is op de *intensive care*. Vaak wordt dan gezegd dat intensive care topsport is en dat oude mensen dat toch niet zouden overleven. Feit is dat het onder normale omstandigheden oude mensen wél op de intensive care terecht kunnen, ook al is de kans op genezing beperkt. Ook hoor ik zeggen dat opname op de *intensive care* voor oude mensen teveel risico's met zich meebrengt. Alsof doodgaan zonder opname op de *intensive care* minder risico betekent.

Nu heb ik er best begrip voor dat mensen tegen het eind van hun leven afzien van ingrijpende behandelingen, en liever rustig, in hun vertrouwde omgeving, omringt door hun dierbaren sterven. Ik vind ook niet dat de medische sector verplicht is altijd helemaal tot het gaatje te gaan, zeker niet als een aanzienlijk verlies aan

levenskwaliteit te voorzien is. Wat nu in het kader van de coronacrisis echter gebeurt, is dat men nee verkoopt, en dat zo verpakt alsof het om bestwil is.

Enkele jaren geleden had een vriend van mij een hersenbloeding. Indertijd was een langdurig verblijf op de *intensive care* nodig om hem te laten overleven. Onder de huidige omstandigheden zou hem waarschijnlijk toegang tot de intensive care zijn ontzegd of 'ontraden'. En als dat nu niet het geval is, dan gebeurt dat wel als binnenkort fase drie van draaiboek pandemie ingaat. Dat is als nergens in Nederland meer een IC-bed vrij is. Die situatie is nu aanstaande.

Medeauteur van het draaiboek Lennie Derde zegt: 'Op dat moment moet je bepalen wat het beste is voor de maatschappij in plaats van wat het beste is voor het individu. (…) Het komt uiteindelijk in die situatie neer op de vraag: welke patiënten moeten we opnemen op de IC om zoveel mogelijk levens en levensjaren te redden.'

Tot de criteria om niet opgenomen te worden horen dan onder meer: ernstige en onherstelbare hersenaandoeningen, en mensen die compleet hulpbehoevend zijn voor hun dagelijkse verzorging. Welnu, hoewel mijn vriend nog goed bij verstand is, is er wel sprake van ernstige en onherstelbare hersenschade. Ook is hij compleet hulpbehoevend voor zijn dagelijkse verzorging.

2400 bedden

Diederik Gommers luidt maandagavond 30 maart bij Nieuwsuur de noodklok. Woensdag 25 maart was de voorspelling nog dat de piek met betrekking tot de IC-bezetting pas eind mei te verwachten is. Dan zouden er 1700 bedden voor coronapatiënten en 500 bedden voor overige patiënten nodig zijn.

Nu echter is de voorspelling dat begin volgende week al de grens van 2400 bedden gepasseerd wordt. Als je ervan uitgaat dat er elke dag netto 100 beden extra nodig zijn, en dat er op maandag 30 maart al 1600 bedden bezet zijn, dan passeer je dus al begin volgende week, laten we zeggen op dinsdag 5 april, de 2400 bedden. De opschaling naar 2400 bedden wordt eind deze week al gerealiseerd.

Maar daarbovenop is zo gek veel meer opschaling niet mogelijk. Om van 1100 naar 2400 bedden op te schalen, betekent al allerlei aanpassingen die tot kwaliteitsverlies leiden. IC-verpleegkundigen krijgen dan meer patiënten onder hun hoede, en moeten meer samenwerken met niet-IC-verpleegkundigen. Dat kan tot stress, maar ook tot fouten leiden. Boven de 2400 IC-bedden kom je echt in een

noodscenario.

Op de persconferentie van dinsdag 31 maart doet Minister Hugo de Jonge het voorkomen dat opschalen boven de 2400 bedden een kwestie van nóg een extra inspanning is. De kans is echter groot dat de situatie onbeheersbaar wordt. Dan moet er steeds meer geïmproviseerd worden, en gaan ook steeds meer zaken mis. Vergeet niet dat *intensive care* in wezen een kwestie van methodisch handelen is. Als je daarbij betrekt, dat het gebrek aan elementaire zaken als mondmaskers en beschermende kleding nog altijd niet is opgelost, dat er nu allerlei beademingsapparatuur staat met ieder zijn eigen gebruiksaanwijzing, dat veel personeel niet gewend is om op intensive care te werken en dus eigenlijk nog in de inwerkfase zit, en dat besmettingsgevaar overal op de loer licht, dan is het bijna niet voor te stellen dat dit niet tot problemen leidt.

Waarom de behoefte aan IC-capaciteit nu versneld toeneemt, blijft onduidelijk. Wel is duidelijk dat Gommers niet meer vertrouwt op de voorspellingen van het RIVM. Hij is echter taakbewust genoeg om nu niet met de vinger richting RIVM te wijzen. Hij beperkt zich ertoe om zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen.

Met betrekking tot de dagelijkse stijging van de IC-bezetting constateert Van Dissel de laatste dagen een lichte daling. Zo meldt hij op de hoorzitting van woensdag 1 april. Ook Gommers constateert die daling. Als verklaring geeft Gommers het aantal mensen dat de IC verlaat, omdat ze overleden zijn, dan wel herstellende zijn. Wat wellicht ook een rol speelt, is dat in deze fase van opschaling strengere eisen gesteld worden om nog op de IC terecht te komen.

Hoopvolle RIVM-grafieken

Opvallend is dat veel grafieken die Van Dissel presenteert eindigen met een daling. Onduidelijk is of deze daling dan een trend weergeeft, of dat de gegevens over de laatste dagen nog niet verwerkt zijn. Het creëert in ieder geval een hoopvol beeld. Het goede nieuws is dat het erop lijkt dat het reproductiegetal omlaag gaat tot onder de één. Van Dissel noemt zelfs de waarde van een half. Dat betekent dat het aantal nieuwe besmettingen afneemt. Volhouden is nu het devies, anders kan het reproductiegetal zo weer omhoog schieten.

Waaraan die verlaging van de effectieve reproductie te danken is? De maatregelen ten aanzien van *social distancing* zijn ongetwijfeld een belangrijke factor. Maar ik vermoed dat ook de droge lucht van afgelopen anderhalve week meespeelt.

Nu hoeft het niet zo te zijn dat het coronavirus hetzelfde reageert op weersomstandigheden als influenzavirussen. Omdat het coronavirus echter wordt overgedragen via vocht, is het toch wel aannemelijk dat droge lucht de verspreiding belemmerd. Wat de temperatuur betreft, heb ik me een laten vertellen dat influenza-epidemieën vooral in de winter voorkomen, niet omdat de virussen beter gedijen bij lage temperaturen, maar omdat bij koud weer mensen zich verzamelen op warme plekken, waardoor er meer kans op overdracht van het virus is. Als dat zo is, dan geldt dat ook voor het coronavirus.

Is anderhalve meter wel genoeg?

Over overdracht van het coronavirus is onlangs een studie verschenen van het MIT (Massachusetts Institute of Technology) dat zegt dat het coronavirus zich verder verspreidt dan anderhalve meter. Het virus is nog gemeten op 6 tot 8 meter van een hoestende drager van het virus. De vraag is tot op welke afstand het virus in hoeveelheden aanwezig is, die nog besmettelijk zijn.

De 1,5 meter afstand is eigenlijk niet meer dan een algemene vuistregel die virologen gebruiken om de overdracht van virussen te belemmeren. De gedachte is dat de druppels binnen die afstand naar beneden vallen. Als ik echter na het douchen in de richting van het licht kijk, dan zie ik talloze minuscule druppeltjes zweven. Die hebben niet de neiging om onmiddellijk naar beneden te vallen. Ook bij motregen vallen de druppels minder acuut naar beneden.

Uiteraard kun je je afvragen of 2 meter of 2,5 meter niet beter zou zijn. Viroloog Marc van Ranst zegt dat die 1,5 meter een soort compromis tussen effectiviteit en haalbaarheid is. Vooralsnog zien virologen geen aanleiding deze norm aan te passen. Zelf neem ik, indien mogelijk, wat meer dan 1, 5 meter afstand. De norm is niet voor niks: *minimaal* 1,5 meter afstand houden.

Schaarse maskers

Het gebrek aan beschermingsmaterialen, waaronder mondmaskers is nog steeds niet opgelost. Hoe moeilijk het is om aan goede, betrouwbare mondmaskers te komen, blijkt uit het feit dat onlangs geleverd partijen niet aan de normen voldoen. Het probleem is dat in Europa niet of nauwelijks nog fabrikanten van mondmaskers bestaan. Door de schaarste is men afhankelijk is van vaak malafide handelaren op de wereldmarkt.

Omdat nog niet voorzien is in voldoende mondmaskers voor ziekenhuizen en voor de overige zorg, is de discussie over nut en noodzaak van het dragen van mondmaskers door burgers moeilijk te voeren. Gebleken is inmiddels dat de gedachte achter het dragen van mondmaskers in China niet zozeer besmetting te ontlopen, maar om geen besmetting te veroorzaken.

Het dragen van een mondmasker is zogezegd een beleefdheidsmaatregel. Wie hoest met een mondmasker op verspreidt minder virus. Evident lijkt mij daarom dat het nuttig is om mensen met symptomen van een mogelijke corona-infectie en hun huisgenoten van mondmaskers te voorzien. Maar, waren er genoeg mondmaskers, dan valt er ook aan te denken mondmaskers te dragen in situaties waar men geen afstand kan houden. Te denken valt aan het openbaar vervoer.

Maar wellicht is het met mondmaskers ook mogelijk bepaalde delen van de economie weer op te starten. Zelf heb ik ergens een pakketje liggen met een tiental mondmaskers zoals die ook door tandartsen gebruikt worden. Ik heb het pakketje al een paar weken in huis, maar nog niet geopend. Vooralsnog heb ik geen plannen om mondmaskers te gaan dragen.

Liever mijd ik winkels en andere plaatsen waar ik andere mensen ontmoet. Spullen die ik nodig heb, laat ik aan huis bezorgen. Als ik ga wandelen, vertrouw ik erop dat ik voldoende afstand kan houden. Wandelen met een mondmasker lijkt me ook niet aangenaam. Ik wil wel vrij kunnen ademen.

‘Beperkte opname oudere en kwetsbare patiënten’

Het is vrijdagochtend 3 april. Op Teletekst lees ik: ‘VS komt met advies: mond bedekken.’ In datzelfde bericht staat dat ook de Duitse gezondheidsdienst is veranderd, en nu zegt dat een mondkapje mogelijk toch besmetting kan voorkomen.

Donderdagavond 2 april opende het NOS Journaal met het nieuws dat IC-verpleegkundigen alarm slaan. Meer dan 2400 IC-bedden is niet mogelijk. Daarmee is het aantal bedden al meer dan verdubbeld.

Pieter Lakeman heeft onderzocht dat de IC-capaciteit voordat Mark Rutte premier werd 1900 was, en in 2017 is gedaald tot 1200. Voorafgaand aan de corona-

epidemie is de capaciteit nog maar 1150. In Nederland zijn onder normale omstandigheden 6,4 IC-bedden per 100.000 inwoners beschikbaar. In België zijn dat er 16, en in Duitsland zelfs 34 bedden. De cijfers spreken voor zich. De vraag dringt zich op: waarom heeft Nederland eigenlijk zo weinig IC-capaciteit. Marianne Brackel van patiëntorganisatie IC-Connect zegt: 'De beperkte IC-capaciteit heeft vooral te maken met de beperkte opname van oudere of kwetsbare patiënten.'