

EXITSTRATEGIE VOOR COVID-19 MOET MIKKEN OP ZEKERHEDEN

Waar is de uitgang?



Of het einde van de coronamaatregelen snel in zicht is of nog ver weg, hangt af van een aantal aannames en omstandigheden. Maar zeker is dat regels over gezondheid en hygiëne werken. Die moeten dus als basis dienen voor beleid.

Nederland en Europa hebben gekozen voor een lockdown in reactie op de pandemische ziektegolf van covid-19. Eenmaal op dat pad moet je leven met de consequenties van die keuze, zoals de sociale, culturele, maatschappelijke en economische gevolgen. Op zoek naar een exitstrategie, moeten we dus balanceren tussen herstel van het maatschappelijk leven enerzijds en risicobeheersing van nieuwe ziektegolven anderzijds. De strategieën van andere landen, voorlopers, kunnen daarbij slechts ten dele tot voorbeeld strekken, want het verloop van de ziektegolf verschilt per

land, en de maatregelen moeten passen bij cultuur en leefpatroon. Een exitstrategie is maatwerk. Maar vooral speelt het gebrek aan kennis over dit nieuwe virus een rol, hetgeen een onderbouwde modellering bemoeilijkt en een stapsgewijze exitstrategie vergt. Vier basisvragen liggen aan die strategie ten grondslag: **1.** Dooft de ziektegolf vanzelf snel uit of wordt het wachten op groepsimmunitet? **2.** Komt er een effectief vaccin, en heeft dat tegen die tijd nog zin? **3.** Hoe snel zijn antivirale middelen te verwachten en hoe goed zijn die dan? **4.** Wat voor maatregelen helpen in de tussentijd tegen welke maatschappelijke kosten?

Kinderschoenen

Er zijn twee denkscholen over het natuurlijk verloop van de ziektegolf: de ene gaat ervan uit dat deze voorlopig een reële dreiging blijft, de andere dat ze snel vanzelf uitdooft. En parallel wordt ook heel verschillend gedacht over nut en noodzaak van een vaccin.

Beide groepen baseren zich vooral op viruseigenschappen of epidemiologische curves.

Deskundigen verwachten dat 60 à 70 procent van de bevolking (bandbreedte: 55-82%) besmet moet raken alvorens er groepsimmunitet ontstaat. Maar of dat ook gebeurt is nog ongewis. Wel is duidelijk dat het virus in geval van groepsimmunitet ‘onschuldig’ is en er in dat geval geen vaccin meer nodig is. De griepandemie van 1890 was bijvoorbeeld mogelijk een coronapandemie. Dat virus circuleert waarschijnlijk nog steeds, maar geeft alleen nog verkoudheid en lichte luchtwegklachten. Ook zijn er berichten dat andere coronavirussen kruisimmunitet tegen het corona-SARS-2-virus zou geven en pakweg de helft van de bevolking al weerstand heeft. Indien er echter geen goede en langdurige opbouw van immunitet ontstaat, dan is een vaccin juist de enige duurzame oplossing. Dat beeld past bij de berichten uit de kliniek dat de mate van weerstand is gekoppeld aan de ernst van het ziektebeloop. Het onderzoek naar afweerstoffen in het bloed tegen dit virus staat echter nog in de kinderschoenen. Ook is er onzekerheid of men de benodigde dekking voor groepsimmunitet wel haalt, omdat een aantal groepen niet in aanmerking komt voor vaccinatie en de weerstand tegen vaccinatie flink wordt aangewakkerd.

Anderen kijken vooral op populatieniveau naar de epidemiologische curves. Die bewijzen volgens de één dat de lockdown goed werkt en volgens de ander juist niet. Maatregelen sorteren pas na één à twee weken effect vanwege de doorlooptijd van besmetting, ziekte en ziekenhuisopname. Eerdere afvlakkingen van de curve komen van het natuurlijk verloop van de ziektegolf en/of van aangepast risicogedrag van de bevolking. De lockdown heeft in dat laatste geval alleen maar schade veroorzaakt, en een vaccin is dan eveneens zinloos.

Lange weg

De noodzaak en haalbaarheid van vaccins zijn onzeker, maar er is weinig keus, want ‘niet geschoten is altijd mis’. Er worden vele vaccins met veel verschillende werkingsmechanismen ontwikkeld. Logisch, want er zijn nog geen vaccins tegen coronavirussen op de markt, ondanks goed voorwerk tijdens de SARS-epidemie (2003). De eerste voorzichtige resultaten van kleine (fase I-) *clinical trials* beginnen te komen, en mogelijk is er in het najaar wat meer duidelijkheid over de effectiviteit van één of enkele vaccins. Dan volgt echter nog een lange weg van goedkeuring, productie en verspreiding, en het aantal spelers dat dit proces kan doorlopen is beperkt. In sommige gevallen is de productie van een mogelijk vaccin al begonnen om zo tijdswinst te boeken. Zoals een onderzoeker opmerkte: ‘Een publicatie is nog geen vaccin.’

De WHO probeert tijd te winnen door het beoordelingsproces te stroomlijnen en een aantal farmaceutische bedrijven werkt samen met de Amerikaanse en Europese ‘waakhonden’ voor geneesmiddelen, om over de hele linie tijdswinst te boeken. Maar vaststaat dat een vaccin op zijn vroegst in de eerste helft van 2021 op de markt komt. En dan blijft het nog de vraag voor wie, want of de solidariteitsafspraken in WHO-

Een effectieve combinatie-therapie komt mogelijk pas in 2021

verband worden nagekomen is zeer de vraag: ‘Eigen bevolking eerst’ valt te verwachten. Zo heeft Nederland al vaccins ingekocht in een consortium met enkele Europese landen. Inmiddels heeft deze kopgroep zich aangesloten bij het vaccinprogramma van de Europese Commissie. Dus diverse landen mikken mede op ‘ieder een eigen vaccin’.

Samenvattend hangt het van de ‘waakhonden’ en de overheden af of men – zo nodig – vroeg of laat in 2021 een vaccinatiecampagne wil starten, en daarbij meer risico’s van het vaccin of meer risico’s van het virus voor lief neemt.

Antivirale middelen

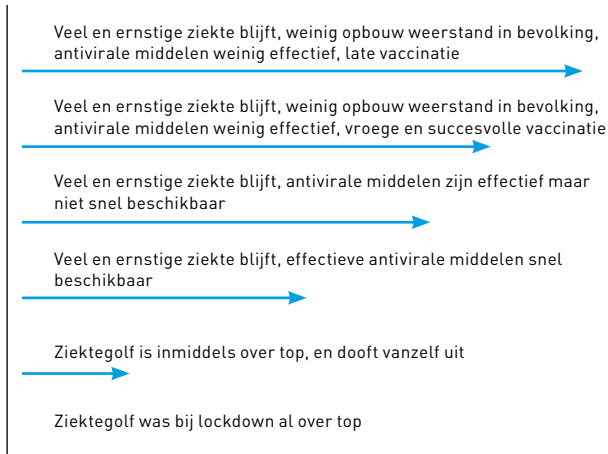
De zoektocht naar antivirale middelen is volop in gang. Deze middelen vormen de beste optie voor de kortere termijn, maar de vooruitgang tot op heden is bescheiden. Voorlopig probeert men vooral bestaande middelen uit, want die zijn al door het lange traject van veiligheidstests, goedkeuring en productie heen. Daar zitten echter geen wondermiddelen tussen. In plaats daarvan mikt men op een combinatie van middelen met verschillende aangrijpingspunten: binnendringen van de cel, virusvermenigvuldiging in de cel en weefselschade. Het kan nog wel even duren voor zo’n combinatie beschikbaar is. Bovendien zijn de meeste *clinical trials* te beperkt van omvang om veel zekerheid te geven, en met het afnemen van de ziektegolf wordt dit er niet beter op.

Er valt dit jaar dus wel enige gezondheidswinst te verwachten, maar een effectieve combinatie-therapie komt mogelijk pas in 2021.

Stapsgewijs

Er zijn al met al dus meer vragen dan antwoorden over de exitstrategie. Een stapsgewijze aanpak is dan ook de enige reële optie. Het devies is dan ook: gecontroleerd loslaten en sturen op zekerheden (zie *schema* op blz. 20). ‘Gecontroleerd’ betekent ook: strakke GGD-regie. Instellingen (cure & care) moeten snel nieuwe cases kunnen signaleren. Er is een onderling samenhangend systeem van syndroomsurveillance nodig. GGD’s moeten voldoende capaciteit hebben om covidpockets, *superspread*-gebeurtenissen en regionale ziektegolven te ‘neutraliseren’ met behulp van bron- en contactonderzoek, diagnostische tests en toezicht op quarantaine en thuisisolatie. Groepen en individuen met verhoogd risico op complicaties kunnen zich gedurende de experimenteerfase maar beter sociaal terughoudend opstellen en gevrijwaard worden van risicovol werk of risicovolle visite.

Exitstrategie: sturen op zekerheden



duur noodzaak exitstrategie

Duur (bij benadering) van noodzaak tot exitstrategie afhankelijk van de aannames over een aantal basisvragen.

‘Loslaten’ heeft alleen zin voor maatschappelijke maatregelen (NPI’s: *non-pharmaceutical interventions*) met onzekere gezondheidswinst en zekere nadelige maatschappelijke neveneffecten.

De meningen zijn verdeeld en een blik op de meest recente NPI-richtlijn voor grippandemie werkt ontzuenderend. Bewijzen voor effectiviteit van maatregelen zijn er nauwelijks, dus valt men terug op overwegingen van plausibiliteit van de werking en op maatschappelijke kosten. De afweging voor de covidpandemie is op onderdelen anders, omdat de verspreiding van het virus anders dan bij griep gedomineerd wordt door *superspreaders*. Dat legt meer accent op reisbeperkingen en social distancing, maar dat zijn tevens de maatregelen met de hoogste maatschappelijke kosten. Logischerwijs komen de verschillende bedrijfssectoren zelf met voorstellen voor ‘loslaten’ en ‘controle’, maar zijn tevens sancties nodig voor freeriders, ondersteuning van sectoren met lage organisatiegraad en afspraken over overheidsingrijpen.

Nu of nooit

Maatregelen met gezondheidswinst en zonder (veel) maatschappelijke kosten moet je uiteraard niet loslaten maar juist versterken, zoals 1. intensivering van hand-/hoesthygiëne en schoonmaak, 2. thuisisolatie van zieken en quarantaine van verwanten en andere contacten, 3. hygiëne in de brede zin van algemene weerstand door gezonde voeding en voldoende beweging, slaap en ontspanning.

De mens heeft deze drie pijlers zelf in de hand, maar het gaat om gedragsveranderingen, bekend om hun weerbarstigheid.

Het zijn open deuren, en als gevolg lastig in te trappen. Er is een actieve beleidsinzet nodig om die gezondheidswinst ook praktisch te kunnen incasseren.

Naast zekere gezondheidswinsten zijn er ook zekere verliezen of verliezers die aandacht behoeven. Covid-19 versterkt de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV’s), bestaand en nieuw. Hier is al aandacht voor, maar merendeels in algemene termen. Opgave voor de komende tijd is concrete stappen te zetten voor concrete groepen.

Artsen M&G, verenigd in een Denkgroep Publieke Gezondheid (LinkedIn) zijn het eens over de gezondheidskundige principes voor de exitstrategie, te weten:

1. GGD’s zijn aan zet om de versoepeling van publieke maatregelen te begeleiden en bij te sturen, en moeten hun regierol richting cure & care nu daadwerkelijk oppakken.
2. Neem het zekere voor het onzekere en bereid je als maatschappelijke gezondheidszorg voor op een – bij voorkeur veilige – vaccinatie- plus communicatiecampagne, om de aanwas van de antivaccinatiebeweging te stuiten en het tij te keren.
3. Laat je niet afleiden door onzekere zaken van hier en nu, maar richt je vooral op de benodigde gedragsveranderingen en maak de internalisering van thuisisolatie/quarantaine,

hand-/hoesthygiëne, schoonmaak en gezonde voeding tot beleidsspeerpunt. Want die leveren zeker gezondheidswinst op. Dat is een ‘nu of nooit’-kans, want de bevolking staat er nú voor open zich aan te passen om zich te wapenen tegen de covid-19-dreiging. Artsen M&G bij een GGD, arbodienst, verzekeringsinstantie of kennisinstituut zijn allemaal elk op eigen gebied betrokken.

Bewijzen voor effectiviteit van maatregelen zijn er nauwelijks

Al hun organisaties hebben bovendien een rol in de communicatie, bij de voorbereiding en in de uitvoering, maar ook persoonlijk, want juist de persoonlijke inbreng van zorgverleners is en blijft een krachtig overtuigingsmiddel. Artsen M&G kunnen het scenario ‘Gecontroleerd loslaten en sturen op zekerheden’ uitdragen via de media, maar ook in de spreekkamer en bij de organisatie van duidelijke campagnes. ■

contact

pvdhazel@upcmail.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.