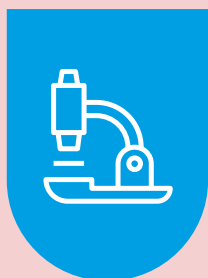
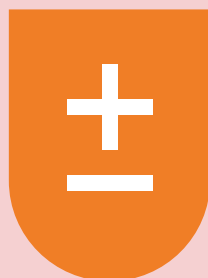


PANDEMISCHE **PARAATHEID**

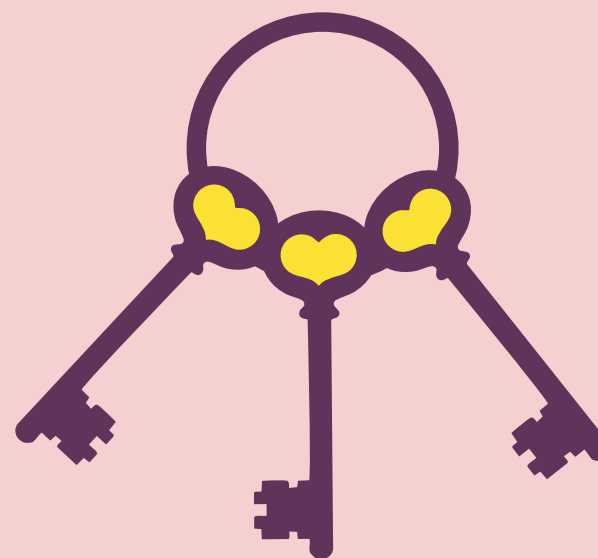
Lessen uit de **Coronacrisis** voor een
veerkrachtige toekomst





PANDEMISCHE PARAATHEID

Lessen uit de Coronacrisis voor een
veerkrachtige toekomst



Opedragen aan Robin Fransman

COLOFON



Het copyright van de hoofdstukken ligt bij de auteurs ervan maar elk hergebruik van delen van deze uitgave is toegestaan mits met bronvermelding.

ISBN: 978-90-90-39553-1

NUR: 870

Redactie: Ira Helsloot en Erik-Jan Vlieger

Auteurs: Eline van den Broek, Armand Girbes, Roel Pieterman,
René ten Bos, Rudi Westendorp en Marnix Eysink Smeets

Grafisch ontwerp en opmaak: Mooi Creatie

INHOUD

Inleiding:
Een kritische blik op het Nederlandse coronabeleid. 6

1 Kosten van het coronabeleid in termen van indirecte medische schade door uitgestelde behandelingen voor niet acute medische zorg. 12

Dr. Eline van den Broek

2 Lessen uit de COVID-19 pandemie in Nederland: wat kan en moet beter. 34

Prof. dr. Armand Girbes

3 De coronapandemie in kritisch perspectief. 54

Dr. Roel Pieterman

4 Tenminste twee zielen in de borst. 90

Prof. dr. René ten Bos

5 Hebben we genoeg naar elkaar geluisterd? 102

Prof. dr. Rudi Westendorp

6 Een weerbare samenleving kan niet zonder een vertrouwenswaardige overheid. 116

Dr. Marnix Eysink Smeets



INLEIDING

Een kritische blik op het Nederlandse coronabeleid.

1 Terugblik op een ongekennde crisis

In het voorjaar van 2020 werd de wereld in een ongekennde gezondheids crisis gestort toen zich een nieuw coronavirus, SARS-CoV-2, razendsnel verspreidde. Ook Nederland bleef niet gespaard. Onder grote druk nam de Nederlandse overheid in korte tijd ingrijpende maatregelen die forse impact hadden op het dagelijks leven en het maatschappelijke verkeer. Scholen sloten, tal van bedrijven gingen (tijdelijk) dicht, en sociale contacten werden tot een minimum beperkt.

De maatregelen leidden tot veel discussie en controverse. Hoe effectief waren lockdowns, mondkapjes, testbeleid en andere interventies in werkelijkheid? Wat waren de bijwerkingen van al deze maatregelen op onder meer de reguliere zorg, de economie, de vrijheid van burgers en het vertrouwen in politiek en wetenschap? Hoe verhielden zich de beoogde voordelen van de maatregelen met de nadelen ervan? Precies die vragen vormen de kern van dit boek.

Het is onvermijdelijk dat deze terugblik gepaard gaat met het besef van de grote gevolgen en offers die de pandemie en de aanpak daarvan hebben gevraagd. Van extra sterfgevallen door het coronavirus en door uitgestelde operaties tot eenzaamheid onder ouderen; van psychische klachten bij jongeren tot zware financiële lasten. Daarom is de relevante vraag: welke lessen kunnen we hieruit trekken voor de toekomst?

2 Over dit boek en zijn totstandkoming

Dit boek bundelt de bijdragen van zes deskundigen die elk vanuit hun eigen vakgebied en perspectief op de Nederlandse coronacrisis reflecteren:

Dr. Eline van den Broek (gezondheidseconome) onderzoekt de maatschappelijke kosten van het coronabeleid in termen van uitgestelde zorg, financiële verliezen en de soms onderbelichte vraag: "Wanneer wegen baten op tegen de kosten?"

Prof. dr. Armand Girbes (intensivist-internist) belicht de tekorten in de IC-capaciteit, het uitstel van zorg en de heersende bureaucratie, en neemt de rol van zorgverzekeraars kritisch onder de loep.

Dr. Roel Pieterman (socioloog) zoekt in op de lockdowns en laat, vanuit een sociologisch en gezondheid-ethisch perspectief, zien dat deze maatregelen weliswaar op het oog 'reddend' konden lijken, maar mogelijk grote, niet-bedoelde nevenschade hebben veroorzaakt.

Prof. dr. René ten Bos (filosoof) stelt de verontrustende onderdrukking van scepsis aan de orde. Hij wijst erop dat juist in crises kritisch denken en twijfel cruciaal zijn voor een democratische besluitvorming.

Prof. dr. Rudi Westendorp (specialist ouderengeneeskunde) benadrukt de noodzaak van een meer luisterende en 'reablement'-geïnspireerde aanpak, waarin de autonomie van vooral ouderen niet uit het oog wordt verloren.

Dr. Marnix Eysink Smeets (veiligheidspsycholoog, gespecialiseerd in de relatie tussen overheidsoptreden en publiek vertrouwen) legt uit dat het een essentieel probleem is dat Nederlanders van 'hun' overheid steeds minder bescherming, meer dreiging en zelfs een ethisch tekort ervaren. Dat ligt niet aan die Nederlanders maar aan het feitelijk handelen van politici, bestuurders en ambtelijk apparaat.

Deze uiteenlopende invalshoeken passen bij de kerngedachte van **Herstel-NL**, een beweging die in 2020 de discussie over alternatieve strategieën voor het coronabeleid op gang probeerde te brengen op basis van een maatschappelijke kosten-batenanalyse. In de kern ging het Herstel-NL erom: "Kunnen we door een andere, meer gerichte aanpak de totale maatschappelijke schade beperken?" Hoewel de voorstellen van Herstel-NL lang niet altijd op warme ontvangst konden rekenen, is de centrale vraag naar brede maatschappelijke afwegingen – en daarmee de wetenschappelijke onderbouwing van de (overheids)maatregelen – actueler dan ooit.

3 Een boek ter nagedachtenis aan Robin Fransman

De keuze om dit boek te schrijven, is mede ingegeven door de oprichting van Herstel-NL in 2020. Initiatiefnemer en drijvende kracht achter die organisatie was **Robin Fransman**. Hij raakte ervan overtuigd dat het officiële beleid te veel focuste op één aspect (het voorkomen van ziekenhuisopnames) en onvoldoende oog had voor economische, sociale en psychologische effecten.

Robin zette zich onvermoeibaar in voor een publiek debat waarin ruimte zou zijn voor alternatieven. Met Herstel-NL lanceerde hij voorstellen voor een meer gedifferentieerde aanpak, de mogelijkheid tot 'veilige zones' en grotere vrijheid voor mensen met een laag risico. Hoewel hij fel bekritiseerd werd, bleef hij gericht op de dialoog: wetenschap en beleid moesten hand in hand gaan, maar wel met aandacht voor alle facetten van gezondheid, samenleving en economie.

Robin Fransman raakte ervan overtuigd dat het officiële beleid te veel focuste op één aspect (het voorkomen van ziekenhuisopnames) en onvoldoende oog had voor economische, sociale en psychologische effecten.

Tragisch genoeg is Robin Fransman tijdens de pandemie zelf overleden aan de gevolgen van COVID-19. Met zijn overlijden verloor Nederland niet alleen de oprichter van Herstel-NL, maar ook een bevlogen econoom en inspirator van velen. Daarom wordt dit boek opgedragen aan Robin Fransman. Zijn optimisme, kritisch vermogen en geloof in een opener en transparanter beleidsproces blijven een baken voor wie ook in de toekomst gedurfde en evenwichtige keuzes wil maken.

Dit boek markeert ook de opheffing van de stichting Herstel-NL. De resterende middelen zijn ingezet om dit boek mogelijk te maken.

4 Hoofdstuk 4 Hoofdthema's en rode draden

4.1. (In)effectiviteit van lockdowns

Een belangrijk thema in dit boek is de effectiviteit van de zogeheten niet-farmaceutische interventies, waaronder de lockdowns. Hoeveel levens zijn er werkelijk gered en tegen welke maatschappelijke prijs? Armand Girbes en Eline van den Broek beschrijven dat overvolle IC's, uitgestelde zorg en angst niet alleen een medisch, maar ook een economisch en psychologisch probleem vormen. René ten Bos wijst op de gevaren van een sfeer waarin tegengeluid en scepsis taboe leken, waardoor de effectiviteit van lockdowns en andere maatregelen onvoldoende werd betwijfeld.

4.2. Indirecte medische schade

Niet alleen COVID-patiënten verdienen zorg, ook mensen met hartklachten, kanker of andere urgente aandoeningen. Toch werden duizenden operaties uitgesteld en patiënten soms nauwelijks gehoord als zij alternatieve zorgarrangementen wensten. Hierdoor ontstond een 'zorgschaduw': een toestand waarin de gevolgen van uitstel en afstel van medische behandelingen pas later zichtbaar werden, met alle fatale gevolgen vandien.

4.3. Aandacht voor ethische dilemma's

De schrijvers in dit boek laten zien dat de coronamaatregelen de verhouding tussen individuele vrijheden en het belang van collectieve bescherming scherp op de proef hebben gesteld. Dwang en drang versus vrijwilligheid, jongeren versus ouderen, patiënten met corona versus niet-corona-patiënten: de maatschappelijke spanningen stapelden zich op. Wanneer is het acceptabel om mensen hun zelfbeschikking te ontnemen voor het 'algemeen belang'?

4.4. De verborgen rol van overheid en wetenschap

Zowel Armand Girbes als René ten Bos, Roel Pieterman, Marnix Esyink Smeets als Rudi Westendorp kaarten de complexiteit aan van politieke en bestuurlijke keuzes. In hun bijdragen zien we kritische noten over de (gebrekkige) transparantie van de overheid, het soms onheldere advies van het OMT, de rol van zorgverzekeraars en de beperkte inbreng van andere wetenschapsgebieden, zoals gedragseconomie of geesteswetenschappen.

4.5. Perspectieven voor de toekomst

Een centrale rode draad in alle hoofdstukken is de vraag: hoe voorkomen we herhaling van dezelfde fouten bij een nieuwe pandemie (of andere collectieve ramp)? Van het belang van scenario's en open databeschikking tot het belang van 'reablement-denken', waarbij meer geluisterd wordt naar de ouderen en kwetsbaren zelf. Ook pleiten verschillende auteurs voor **meer reflectie op sterfelijkheid**, voor eerlijkere criteria rond IC-opnames en voor een verdieping van het maatschappelijk debat over vrijheid, solidariteit en gedeelde verantwoordelijkheid.

Dit boek biedt geen definitief oordeel over goed of fout in het coronabeleid, maar wil vooral de kritische en pluriforme dialoog voeden.

5 De noodzaak van een open debat

Dit boek biedt geen definitief oordeel over goed of fout in het coronabeleid, maar wil vooral de kritische en pluriforme dialoog voeden. De coronaperiode is gekenmerkt door grote onzekerheid, politieke druk en snelle (ingrijpende) beslissingen. De individuele bijdragen in dit boek onderstrepen dat in zo'n context de kans op tunnelvisie en uitsluiting van alternatieve stemmen groot wordt.

Herstel-NL, als beweging én als aanjager, heeft laten zien dat het loont om andere beleidsstrategieën tenminste serieus te onderzoeken. Hoewel de beweging zeker op weerstand stuitte, groeide mede dankzij haar initiatief het besef dat verschillende expertises en belanghebbenden nodig zijn om tot een evenwichtiger oordeel te komen.

6 Dankwoord en opmaat

In de hoofdstukken die volgen, treft u **analyses, visies en aanbevelingen** die samen laten zien dat het corona debat geen simpele tweedeling "voor- of tegenmaatregelen" kent. Het gaat veeleer om genuanceerde, soms tegen-gestelde standpunten over hoe beleid, zorg, economie en samenleving zich tot elkaar verhouden.

Bovenal hopen wij dat dit boek inspireert tot een meer kritische, transparante en empathische houding bij toekomstige gezondheids crises. Juist door ruimte te scheppen voor tegengeluid, onbevangen reflectie en het waarderen van pluralisme in wetenschap en samenleving, kunnen we de volgende keer wellicht beter voorbereid, met minder schade en meer onderling vertrouwen, door een vergelijkbare crisis navigeren.

Wij wensen u veel leesplezier en vooral ook **voedende inzichten** bij het door-nemen van de bijdragen. Mogelijk denkt u na lezing anders over de pandemie dan daarvoor. Dat is precies het doel van deze bundel: **reflecteren, leren en vooruitkijken**.

Ira Helsloot

Erik-Jan Vlieger



1

KOSTEN VAN HET CORONA-
BELEID IN TERMEN VAN
INDIRECTE MEDISCHE SCHADE
DOOR UITGESTELDE
BEHANDELINGEN VOOR
NIET ACUTE MEDISCHE ZORG.

Eline van den Broek

Gezondheidseconome

Gedurende het grootste deel van 2020 en 2021, en een deel van 2022, hanteerde Nederland een meervoudige aanpak om Covid-19 te bestrijden en de sterfte en morbiditeit als gevolg van de ziekte te verminderen. Dit omvatte een reeks niet-medische interventies (NMI's), robuuste inzet van vaccins en evoluerende benaderingen voor de behandeling van Covid-19 in ziekenhuizen. NMI's waren waarschijnlijk de meest zichtbare en controversiële aanpak, met maatregelen zoals de thuisblijf maatregel, het sluiten van scholen, beperkingen op sociale bijeenkomsten, het sluiten van het openbaar vervoer, reisbeperkingen en het sluiten van 'niet-essentiële' bedrijven. Naast deze maatregelen om fysiek contact te beperken, werden ook niet-medische interventies gebruikt om de overdracht van het virus mogelijk te verminderen, zoals het dragen van een gezichtsmasker.

Elk van de verschillende benaderingen had zowel kosten als baten. Er is een voortdurende beleidsdiscussie en publiek debat over de netto-effecten van de NMI's die zijn ingevoerd om de verspreiding van Covid-19 tegen te gaan. De maatregelen zijn genomen om de pandemie onder controle te krijgen maar hebben mogelijk onverwachte negatieve gezondheidseffecten gehad, vooral tijdens de lockdowns.

Het onderliggende besluitvormingskader dat door beleidsmakers en adviseurs werd gebruikt, is grotendeels ondoorzichtig, maar het lijkt erop dat er relatief veel aandacht was voor het voorkomen van Covid-19-ziekenhuisopnames en -sterfgevallen en de bezetting van ziekenhuis- en IC-bedden, in combinatie met een impliciete "rule of rescue"-achtige denkwijze die de besluitvorming leidde. Het wegvallen van een nuchtere afweging van kosten en baten is een bekend probleem in de gezondheidszorg, samen te vatten in het principe van de rule of rescue – een acute dreiging heeft altijd prioriteit boven ingrepen waarvan het

effect pas op termijn zichtbaar wordt. Geconfronteerd met een patiënt in doodsnood heeft iedere arts de neiging om al het andere werk te laten vallen en die patiënt te redden. Dat is een prachtige beroepsethiek, maar dit leidt op macroniveau tot disproportionele en ongewenste neveneffecten ⁽¹⁾.

Toen de coronapandemie begon was de overmatige vraag naar ziekenhuisbedden, met name bedden op de intensive care (ICU), een van de belangrijkste zorgen. Het is onbekend hoe effectief de NMI's waren bij het verminderen van de overdracht van Covid-19 en daarmee de druk op de capaciteit van IC-bedden. De poging om Covid-19-gerelateerde ziekenhuisopnames tot een minimum te beperken, is mogelijk gecompenseerd door een toename van de kans op ziekenhuisopname als gevolg van verminderde toegang tot eerstelijnszorg en electieve zorg. De negatieve richting van dit effect is inmiddels duidelijk -uitgestelde zorg heeft inderdaad geleid tot een toename in ziekenhuiszorg, maar de omvang van dit effect is onduidelijk.

Het was op het moment van implementatie onbekend of de kosten de voordelen rechtvaardigden, en het blijft nog steeds onduidelijk wat de precieze effecten van het beleid zijn geweest. Om de lockdown beslissingen te evalueren, moeten we de sociale, distributie- en gezondheidseffecten van die maatregelen voldoende betrouwbaar kunnen schatten, aangezien deze effecten jaren na de pandemie nog steeds effect kunnen hebben. Om dit te doen, hebben we een manier nodig om de ernst van verschillende sociale en gezondheidsgevolgen te vergelijken en te kwantificeren. Op korte termijn zal ZonMW, dat diverse onderzoeken in de zorg programmeert en financiert, een subsidieoproep inzetten op het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek om kennis, methodieken en instrumenten te ontwikkelen die gebruikt kunnen worden voor het verder ontwikkelen en gebruiken van een integraal afwegingskader voor een toekomstige pandemie of gezondheidscrisis.. Deze subsidieoproep heeft 3 concrete subdoelstellingen:

- het inzichtelijk maken van de al bestaande kennis en initiatieven door middel van een kennissynthese;
- wetenschappelijk onderzoek verrichten om een bestaand afwegingskader te verbeteren;
- bouwstenen van dit kader verder uit te breiden.

[1] <https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/subsidie-instrumenten-voor-een-afwegingskader-voor-een-toekomstige-pandemie>.

Het recent gepubliceerde afwegingskader van het Maatschappelijk Impact Team (MIT) moet als uitgangspunt worden genomen; het ontwikkelen van methodieken om in een integraal afwegingskader toe te passen; het samenwerken van partijen, het afstemmen met lopend onderzoek, en het borgen van de opgedane kennis. In dit hoofdstuk zullen we vooruit lopen op dit landelijke initiatief en in kaart brengen wat we inmiddels weten en wat we nog zouden moeten onderzoeken.

Effecten van Uitgestelde Zorg

Economische analyses van beleidsreacties in het begin van de pandemie schatten de baten en kosten, maar hielden expliciet geen rekening met indirecte en lange termijn gezondheidseffecten^(2, 3). Inmiddels is daar een en ander over bekend naar aanleiding van enkele subsidierondes van ZonMW met betrekking tot de effecten van de Covid-19 pandemie en lessen voor een toekomstige pandemie.

Een enquête van onderzoekers aan de Erasmus universiteit in Rotterdam liet zien dat ongeveer 4 van de 10 inwoners van Rotterdam en Nederland de eerstelijnsgezondheidszorg en ambulante zorg bij voorkeur zouden mijden vanwege besmettingsangst⁽⁴⁾. Rotterdammers vertoonden iets meer mijdingsgedrag dan inwoners van Nederland: 40 procent van de Rotterdammers en 38 procent van de inwoners in Nederland zou wegens besmettingsangst niet zo snel naar de huisarts gaan. Ongeveer een vijfde van de inwoners in Rotterdam en Nederland die behandeling nodig hadden, rapporteerden dat hun een medische behandeling werd onthouden⁽⁴⁾. Ruim 10 procent van Rotterdammers en Nederlanders met zorg meldde dat hij of zij minder professionele zorg kreeg dan vóór de pandemie. Rotterdammers gaven iets minder vaak aan dan het landelijke gemiddelde, dat hun een medische behandeling werd onthouden⁽⁴⁾.

Met name het zorggebruik onder ouderen, vrouwen, mensen met lage inkomens of een migratieachtergrond liepen in deze periode sterker terug ten opzichte van voorgaande jaren. Een studie van het Amsterdam health & technology instituut onderzocht of verminderingen in zorg onevenredig veel invloed hadden op bepaalde sociaal-demografische strata, met name gemarginaliseerde groepen⁽⁵⁾. Met behulp van gedetailleerde medische claimgegevens en uitgebreide volledige bevolkingsregistergegevens voorspelde de onderzoekers het verwachte gebruik van gezondheidszorg op basis van trends vóór de pandemie (2017 - februari 2020) en vergeleken ze deze verwachtingen met het waargenomen gebruik van

gezondheidszorg in 2020 en 2021. De bevindingen lieten een daling van 10% zien in het aantal wekelijks behandelde patiënten in 2020 en een daling van 3% in 2021 ten opzichte van voorgaande jaren. Deze dalingen waren ongelijk verdeeld en waren uitgesprokener voor personen onder de armoedegrens, vrouwen, ouderen en personen met een migratieachtergrond, met name tijdens de eerste golf van COVID-19-ziekenhuisopnames en voor procedures met gemiddelde en lage urgentie. Hoewel de vermindering van niet-COVID-gerelateerde gezondheidszorg afnam na de eerste schok van de pandemie, bleven de ongelijkheden in 2020 en 2021 bestaan⁽⁵⁾. De resultaten toonden aan dat de pandemie niet alleen een ongelijke tol heeft geëist in termen van de directe gezondheidslast van de pandemie, maar ook een verschillende impact heeft gehad op het gebruik van niet-COVID-gezondheidszorg.

Tijdens het tweede jaar van de pandemie werd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) een rapport gepubliceerd waarin werd geconcludeerd dat aan het einde van 2021 ongeveer 305.000 operaties minder waren gedaan dan werd verwacht⁽⁶⁾. Volgens de berekening van RIVM zijn hierdoor 320.000 gezonde levensjaren verloren in 2020. Dit getal was slechts het topje van de ijsberg want in dit onderzoek werd alleen gekeken naar de uitgestelde planbare operaties in ziekenhuizen. Dit zijn operaties die medisch gezien langer dan een maand kunnen wachten. Het RIVM schatte dat ongeveer 23 procent van de uitgestelde zorg tijdens de eerste coronagolf overeenkomt met een verlies van circa 87.000 gezonde levensjaren. Door gebrek aan data was de overige 77 procent niet in gezonde levensjaren te vertalen. De geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor patiënten met kanker, hart- en vaatziekten, diabetes, maag- en leverkwalen, en longziekten, bleef daardoor buiten beschouwing.

Vooraf bij kanker zal uitstel van diagnose en behandeling naar verwachting nog jarenlang tot extra morbiditeit en sterfte leiden. Voor de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk zijn er vergelijkbare studies gedaan⁽⁷⁻⁹⁾ – een voorzichtige vertaling naar Nederland leidt tot de voorlopige conclusie dat in ons land 750.000 levensjaren verloren zijn gegaan en nog zullen gaan onder kankerpatiënten in de komende vijf jaar. Dit is een veelvoud van het aantal levensjaren dat in 2020 door Covid-19 naar verwachting is gered. Als corona onbepert rond zou gaan in Nederland dan is het totaal aantal verloren levensjaren volgens een schatting van Herstel-NL bij benadering 500 duizend. Tot nu toe zijn ruim 22 duizend levensjaren verloren gegaan. Dat vertaalt zich naar onze schatting naar tussen 150 duizend en 450 duizend verloren levensjaren. Ongeveer een derde van de levensjaren werden verloren tijdens de jaren van de lockdowns 2020-2021, omdat het niet

[2] <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2024/08/19/mit-poster-afwegingskader-bij-pandemieen>.

lukte iedereen voldoende te beschermen. Een exacte schatting van het totale aantal geredde levensjaren moet in Nederland nog gedaan worden voor de volledige periode van de pandemie en de jaren erna. Pas dan kan de stevige stelling van het voormalige corona-kabinet, dat mensenlevens werden gered met de NMI's, worden getoetst. Op basis van de huidige oversterfte cijfers kunnen we het beleid alvast in perspectief plaatsen: Per decennium stijgt onze levensverwachting trendmatig met een jaar, onder andere door betere voeding, minder luchtvervuiling, een gezondere leefstijl en een betere gezondheidszorg. Met een blijvend oversterfte-cijfer van minder dan 10.000 slachtoffers per jaar leidt de komst van corona tot een daling van onze levensverwachting met ongeveer 2,5 maand ⁽¹⁾. Dat is evenveel als de trendmatige winst in levensverwachting die we in de afgelopen twee jaar hebben geboekt. Dus of u geboren bent in 1950, of twee jaar later in 1952 (en u dus twee jaar korter van de trendmatige stijging van de levensverwachting heeft kunnen profiteren) zorgt gemiddeld genomen voor een even groot effect op uw levensverwachting als de komst van corona ⁽¹⁾.

Met Nederlandse claims data werd wel gekwantificeerd tot hoeveel gezondheidsverlies het uitstel van dotterbehandelingen voor patiënten met hartklachten heeft geleid ⁽¹⁰⁾. In dat onderzoek werd geconcludeerd dat patiënten die met vertraging werden gedotterd, later vaak opnieuw klachten kregen en alsnog acuut geholpen moesten worden. In het onderzoek werd de medische informatie van bijna 113.000 mensen geanalyseerd, die tussen 2018 en 2021 met hartklachten in een Nederlands ziekenhuis waren beland. Bij een deel moest binnen een paar dagen ingegrepen worden. Anderen konden langer wachten op hulp. Het onderzoek concludeerde dat duizenden mensen daardoor extra overleden aan hartklachten, met significant verlies in termen van gezonde levensjaren ⁽¹⁰⁾.

In Nederland zijn de effecten van het gevoerde beleid nog niet gekwantificeerd op een manier waarop een vergelijking kan worden gemaakt met de eventuele positieve effecten, zoals het voorkomen van Covid-19 gerelateerde sterfte.

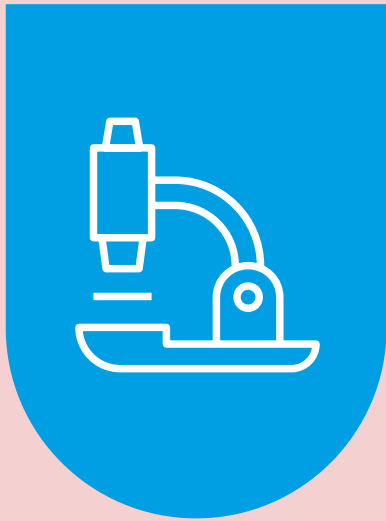
In andere landen werden reeds voorzichtige vergelijkingen gemaakt. Een simulatiestudie uitgevoerd met data uit de Verenigde Staten concludeerde dat het aantal levens dat is gered door de eerste lockdowns in de lente en zomer van 2020 groter was dan het aantal levens dat mogelijk verloren is gegaan als gevolg van de economische neergang ⁽¹¹⁾, maar hierin werden de gezondheidseffecten door uitgestelde zorg tijdens deze lockdowns niet meegerekend. Uit een latere analyse in de V.S. bleek dat de uitgestelde zorg en de sluitingen van de scholen een significant grotere impact te hadden op het totale levensverlies ⁽¹²⁾ die de schatting van gewonnen levens volledig teniet deed. Het gezondheidsverlies van uitgestelde kankerzorg alleen al werd op 2 miljoen verloren levensjaren geschat. Een dergelijke analyse is in Nederland dus nog niet gemaakt.

Allereerst zal een schatting moeten worden gedaan van het totale aantal verwachte sterfgevallen door Covid-19 op basis van de Infection Fatality Rate (IFR) in verhouding tot het daadwerkelijk aantal overledenen. Dat geeft een indicatie van het aantal levensjaren dat naar verwachting is gered door de maatregelen. Op basis van de meest recent gerapporteerde IFR van 0,27% kunnen we voorzichtig schatten hoeveel mensen in totaal zouden komen te overlijden als er geen maatregelen zouden zijn geweest ^(13,14).

Met betrekking tot gezondheidsverlies moet tevens worden gekeken naar de financiële gevolgen van het uitstellen van electieve operaties voor ziekenhuizen. Een studie in een middelgroot ziekenhuis liet zien dat het netto financiële verlies door langere wachttijden bijna een miljoen euro bedroeg na de eerste COVID-19-golf ⁽³⁾. Dit financiële tekort werd niet gecompenseerd. De auteurs concludeerden dat het afwegingskader voor het uitstellen van operaties niet alleen het directe gezondheidsverlies in ogenschouw dient te nemen, maar ook het indirecte gezondheidsverlies door financieel tekort.

Geen van de genoemde projecten heeft nog antwoord gegeven op de vraag: **wat waren de totale kosten van het coronabeleid in termen van (indirecte) medische schade door uitgestelde behandelingen en zorgmijding?**

We weten alleen dat ongeveer een derde van de respondenten de zorg heeft uitgesteld vanwege de beperkte capaciteit, een derde ging niet vanwege angst voor Covid en een derde kreeg geen zorg omdat deze door de zorgverlener werd uitgesteld of afgezegd ⁽¹⁵⁾.



De voorlopige conclusie is dat in ons land 750.000 levensjaren verloren zijn of zullen gaan onder kankerpatiënten. Dit is een veelvoud van het aantal levensjaren dat door Covid-19 beleid naar verwachting is gered.

Kosten-Baten Analyse aan de hand van QALYs

Er wordt algemeen aangenomen dat de beleidsreactie op de Covid-19-pandemie het aantal Covid-19-gerelateerde infecties, ziekenhuisopnames en sterfgevallen heeft verminderd, maar ook heeft geleid tot een ongekende economische neergang en andere grote maatschappelijke effecten. Sommigen hebben zich afgevraagd of de “kosten” van de vroege recessie en andere negatieve maatschappelijke effecten gerechtvaardigd waren door de “effectiviteit” van het ingevoerde beleid. Vroege schattingen suggereerden dat het onduidelijk was, maar dat het zou afhangen van een aantal factoren die op dat moment onbekend waren. Om een dergelijke berekening te maken, moet het ook duidelijk zijn welke “kosten” zijn inbegrepen en wat de definitie van “effectief” is: wat was de bedoeling van het beleid. Wat de kosten betreft, gaat het hierbij om zowel directe kosten, zoals de kosten van de gezondheidszorg, maar ook om indirecte kosten, zoals productiviteitsverlies en gezondheidsverlies voor de totale bevolking. Het was ten tijde van de implementatie van de NMI's onbekend of de kosten de baten rechtvaardigden, en het blijft onduidelijk wat de precieze effecten van het beleid zijn geweest.

Onlangs is ruim 5 miljoen euro toegekend door ZonMW voor diverse onderzoeken naar de effecten van de NMI's op verschillende aspecten van de samenleving. Deze onderzoekslijn maakt onderscheid tussen de epidemiologische effecten, effecten in de zorgsector en de sociaal-maatschappelijke effecten. Epidemiologische effecten richten zich op de verspreiding van het virus, het aantal geïnfecteerde personen, de ernst van de ziekte en sterfte. De sociaal-maatschappelijke effecten zijn onder meer economische gevolgen en sociale aspecten zoals mentaal welzijn, eenzaamheid, isolatie en achterstanden in onderwijs. De onderzoeken zijn gestart in het najaar van 2024. Doordat de maatregelen vooral individueel worden geëvalueerd en de uitkomsten zich richten op een of enkele epidemiologische of sociaal-maatschappelijke effecten, zal de basisvraag - of de kosten opwegen tegen de maatschappelijke baten - helaas onbeantwoord blijven. Voor het evalueren van de NMI's in zijn geheel is een brede maatschappelijke kosten-baten analyse vereist.

Een dergelijke analyse is ingewikkeld, mede door:

- Het gebrek aan een compleet overzicht met alle noodzakelijke data elementen voor een dergelijke analyse.
- Overeenstemming over de aannames die in een dergelijke analyse worden gedaan.

- Het lastig kunnen berekenen van het “counterfactual” (contrafeit), met andere woorden: wat zouden de effecten zijn geweest als het beleid niet of anders gevoerd was. Er moet dan een schatting worden gemaakt van het aantal mensen dat zou overlijden op basis van de IFR en vergeleken met het feitelijk aantal overledenen. Daarvan zou dan moeten worden berekend wat het aantal “geredde” levensjaren naar verwachting is. Daarnaast moeten er aannames worden gedaan omtrent het gedrag van mensen zonder de maatregelen. Hoeveel van hun gedrag werd door het beleid beïnvloed en hoeveel werd door angst geregeerd, of andere overwegingen. Zonder die gegevens is het niet mogelijk een causaal verband te leggen tussen de maatregelen en de effecten. Dat is voor velen de reden geweest deze berekening niet te maken. Desalniettemin zijn de schattingen te maken op basis van een aantal aannames waarover men kan discussiëren en overeenkomen.
- Het modelleren van de ontwikkelingen over de gehele periode. De maatregelen werden immers steeds mondjesmaat ingevoerd en weer afgeschaft. Daarnaast waren er diverse, aan specifieke tijdstippen onderhevig andere factoren die mogelijk van invloed waren op epidemiologische en sociaal-maatschappelijke uitkomsten, zoals sterfte of achterstanden in onderwijs. Ook de infectie- en sterfteontwikkeling moet mee worden genomen in een dergelijk “dynamisch” model. Het zal dus altijd uitkomen op een “simulatie” van de kosten en de baten, waarbij causaliteit moeilijk te benaderen is.

Het is lastig en het is moeilijk, maar wel degelijk mogelijk en het loont zich om de impact van de crisis uit te drukken in totale kosten – waarbij zoveel mogelijk economische effecten worden meegerekend – en het verlies in termen van QALYs.

Vóór de corona pandemie werd kosteneffectiviteit als kader gehanteerd om besluiten te nemen over beleid in de zorg. In dat kader wordt het “product” gezondheid al decennialang uitgedrukt in een objectieve maatstaf, de Quality Adjusted Life Year (QALY). Deze generieke maatstaf voor ziektebelasting omvat zowel de kwaliteit als de kwantiteit van een mensenleven en wordt gebruikt bij economische evaluatie om de waarde van medische interventies te beoordelen. Eén QALY staat gelijk aan één jaar in perfecte gezondheid. Dit verschilt van een gewonnen levensjaar: hierin wordt geen rekening gehouden met de kwaliteit van leven. Het concept werd in 1968 door Herbert Klarman voor het eerst gebruikt in een onderzoek waarin hij verschillende behandelmethodes wilde vergelijken met de QALY als maatstaf.

Steeds meer wetenschappers, gevolgd door beleidsmakers en politici, nemen de QALY over om de waarde van medische behandelingen te vergelijken en af te wegen welke behandeling meer gezondheid zou genereren. De reden daarvoor is eenvoudig: er is meer medische innovatie dan kapitaal. Om ons centraal gestuurde zorgsysteem financieel overeind te houden moeten er dus keuzes worden gemaakt: wat wordt wel vergoed en wat niet. Om te kiezen tussen twee interventies of behandelingen werd een plafondbedrag vastgesteld. Daardoor heeft de QALY een slechte naam gekregen. Misschien onterecht, want de QALY is in het leven geroepen om solidariteit en gelijke behandeling in ons land te waarborgen. De QALY is dus een compromis: een stukje gezondheid dat we winnen met de ene behandeling wordt afgewogen tegen het stukje gezondheidswinst van de andere behandeling. De afwegingen daarbij zijn bijvoorbeeld: jong versus oud, preventie versus behandeling, man versus vrouw. Dat die keuzes altijd al gemaakt worden, werd voor het eerst zichtbaar voor het grote publiek tijdens de corona pandemie. De overheid bepaalt de grenzen op basis van een utilitair afwegingskader waarin de basisvraag is hoe we met zo schaarse middelen zo efficiënt mogelijk kunnen inzetten voor zoveel mogelijk mensen.

Naast de direct directe baten van een gewonnen levensjaar, moeten de niet-medische determinanten van gezondheid in ogenschouw worden genomen. De lagere sociaaleconomische groepen werden tijdens de corona pandemie op alle fronten ongunstig bejegend. Fysieke en sociale omstandigheden speelden daarbij een grote rol, zoals stress en risicogedrag als roken en alcohol ⁽¹⁶⁾. Het kabinet Rutte besloot tot lockdowns en andere vrijheidsbeperkende maatregelen om de ziekenhuisbezetting te ontlasten zodat coronapatiënten geholpen konden worden. Echter, uitvoerig onderzoek naar de effecten van dat soort maatregelen in de samenleving laten zien dat de maatregelen een zeer disproportioneel effect hebben op juist die lagere sociaaleconomische groepen die toch al in minder gunstige omstandigheden leven ^(17, 18).

Om het aantal QALY's dat per scenario verloren gaat te simuleren, kan een multi-risico Susceptible-Infected-Recovered (SIR)-model worden ontwikkeld. In dat model variëren de infectie- en sterftcijfers per scenario en kunnen de uitkomsten per scenario worden vergeleken. Een dergelijk model werd voorgesteld door Kermack et al. ⁽¹⁹⁾; en kan worden aangepast om bijvoorbeeld de effecten van schoolsluitingen mee te nemen in de schatting van verloren levensjaren zoals Acemoglu et al ^(20, 21) deden.

In een dergelijk SIR-model kunnen twee vergelijkingen worden gemaakt. De eerste vergelijking vertegenwoordigt veranderingen in het aantal infecties I voor periode i en is een functie van de vatbare populatie (S), het infectiepercentage (β) en het herstelpercentage (γ). De tweede vergelijking toont de veranderingen in de vatbare populatie naarmate mensen herstellen. Het herstelpercentage is het omgekeerde van het sterftcijfer van de infectie. Een dergelijk model maakt een hanteerbare kwantitatieve analyse van optimaal beleid mogelijk, vergelijkbaar met die welke al zijn ontwikkeld in de context van de "homogeneous-agent" SIR-modellen.

$$\begin{aligned} (1) \Delta I_i &= \beta S_i - \gamma I_i \\ (2) \Delta S_i &= -I_i \end{aligned}$$

Vaccins hebben het effect dat ze de vatbare populatie verminderen, waardoor vergelijking ⁽²⁾ wordt gewijzigd in:

$$(3) \Delta S_i = -I_i - V_i$$

waarbij V het aantal personen weergeeft dat is gevaccineerd in periode i .

Het model kan worden gekalibreerd op werkelijke sterftcijfers. NMI's en vaccinaties worden in dezelfde periode in het SIR-model geïntroduceerd als waarin ze zijn geïmplementeerd. De simulaties worden dan gebaseerd op de effectiviteit van verschillende interventies bij het aanpassen van de verschillende parameters. We weten dat een Covid-19-sterfgeval gemiddeld tot een QALY-verlies van 7,65 leidt op de mediane leeftijd van overlijden ⁽²²⁾.

De kosteneffectiviteitsanalyse (CEA) zal in een dergelijk onderzoek sterk leunen op wiskundig-computationele modellen om de impact van de verschillende beleids- en interventie-opties te schatten, bijvoorbeeld de volgende hypothetische scenario's:

1. Isolatie van alleen ouderen en kwetsbaren – pogingen om personen van 65+ te isoleren.
2. Alleen scholen sluiten (basisschool, middelbare school en hogeschool) – beleid gericht op het isoleren van kinderen onder de 18 jaar.
3. Isolatie van alleen de beroepsbevolking, door een thuisblijf bevel in te stellen voor niet-essentiële werknemers.
4. Contra feitelijke situatie: "Niets Doen".

NMI-kosten zijn gericht op maatregelen om fysiek contact tussen personen te beperken. Kosten van andere soorten NMI's (gebruik van maskers, sociale afstand, testen en contactonderzoek) kunnen als minimaal worden beschouwd en niet specifiek in de analyse worden opgenomen. De belangrijkste kosten van NMI's komen voort uit de vermindering van de economische output als gevolg van de sluiting van veel bedrijven tijdens de lockdowns. Hierbij kan niet alleen de op korte termijn verloren economische activiteit meegenomen worden, maar ook de gevolgen op de langere termijn, zoals bedrijven die permanent sluiten. De economische productiviteit-maatstaf kan grotendeels worden gemeten aan de hand van de verloren Bruto Nationaal Product-productiviteit, die veel van de andere kosten in verband met het NMI-beleid omvat en overdrachtskosten zoals werkloosheidsuitkeringen uitsluit.

Een tweede gebied van kosten-impact zijn veranderingen in de uitgaven voor gezondheidszorg in verband met Covid-19. We kunnen de kosten voor gezondheidszorg in verband met de behandeling van Covid-19 zelf opnemen. Als een NMI-beleid het aantal infecties vermindert, worden de behandelingskosten in verband met die infecties vermeden. Een ander aspect hiervan zijn kostenbesparingen in verband met zorg die werd uitgesteld vanwege Covid-19. De kosten van diensten die geleverd moesten worden voor aandoeningen die zich ontwikkelden als gevolg van Covid-19 kunnen worden gemeten, zoals behandeling voor geestelijke gezondheid of middelenmisbruik. Voorkomen gevallen van Covid-19 hebben ook kunnen leiden tot verminderingen in de uitgaven voor gezondheidszorg.

Deze kosten van de vermeden ziekenhuisopnames kunnen worden opgenomen met behulp van de gemiddelde kosten per Covid-19-ziekenhuisopname, vermenigvuldigd met het aantal ziekenhuisopnames. Voor deze analyse kan een onderscheid maken tussen uitgestelde zorg - zorg die werd uitgesteld maar uiteindelijk werd geleverd - en geëlimineerde zorg van discretionaire medische bezoeken - zorg die zou zijn geleverd maar voldoende tijdgevoelig was dat de vertraging leidde tot eliminatie. Om dit te berekenen, kunnen de huidige schattingen van uitgestelde zorg in de (internationale) literatuur worden bestudeerd. Ook kunnen kostenramingen oor toegenomen middelenmisbruik en huiselijk geweld worden opgenomen. De kosten in dit model zullen veel van de effecten van specifieke NMI-beleidsmaatregelen omvatten die niet direct gezondheids-gerelateerd zijn. De noemer zal dan de gezondheid gerelateerde effecten omvatten, terwijl alles wat niet-gezondheid gerelateerd is, in de kostenraming in de teller zal worden opgenomen.

Er kunnen ook twee categorieën kosten op worden genomen die verband houden met school-sluitingen: voor de ouders, die kinderopvang moeten bieden die normaal gesproken door scholen zou worden geboden, wat gebaseerd is op sectorspecifieke schattingen van verloren tijd van werk, en voor kinderen, die een verminderde arbeidsmarktpresentatie zullen hebben vanwege verminderd leren. Een andere kostenpost voor veranderingen in het voortgezet onderwijs kan bestaan uit extra uitgaven die nodig zijn om leren van school naar huis te verplaatsen, zoals de aankoop van computers of andere nieuwe infrastructuur. Er kan ook een schatting worden gemaakt van de langetermijneffecten op de werkgelegenheid van de vermindering van leren die kinderen ervaren vanwege school-sluitingen en verschuivingen naar online les.

In een simulatiemodel verdient het bovendien de aanbeveling om externaliteiten op te nemen die verband houden met NMI-beleid die redelijkerwijs kunnen worden gekwantificeerd. Voorbeelden zijn productiviteitswinsten vanwege verminderde reistijd (negatief) en verlaagde overheidsuitgaven vanwege verminderde behoefte aan openbaar vervoer (negatief).

De baten in dit model omvatten alle effecten van het NMI-beleid die direct gerelateerd zijn aan de gezondheid. Zoals eerder beschreven, zal de noemer de gezondheid-gerelateerde effecten bevatten, terwijl alles wat niet gerelateerd is aan de gezondheid in de kostenraming in de teller wordt opgenomen. Alle voordelen worden dan omgezet in QALYs en gecombineerd. Het belangrijkste voordeel van het NMI-beleid is de vermindering van het aantal sterfgevallen dat direct toe te schrijven is aan Covid-19. Dit kan worden berekend met behulp van de werkelijke leeftijd van overlijden in vergelijking met de levensverwachting, gecorrigeerd voor comorbiditeiten. Hieraan kan de gezondheidsimpact worden toegevoegd van de vermindering van de langetermijneffecten op de gezondheid van Covid-19 als gevolg van de vermindering van het aantal infecties.

Het belangrijkste voordeel van het NMI-beleid is de vermindering van het aantal sterfgevallen dat direct toe te schrijven is aan Covid-19.

Zo kan een maatschappelijke kosten-effectiviteitsanalyse de NMI's in de basis evalueren en een afwegingskader schetsen voor toekomstig gebruik. Een dergelijke basisanalyse zal een zorgvuldige en volledige vergelijking maken van de

kosten die gepaard gaan met elk van de keuzes en de voordelen die worden verkregen in termen van gezondheid. Meerdere databronnen kunnen worden gecombineerd om de beste schattingen te maken van de gezondheids- en economische effecten van de NMI's, waarbij voornamelijk gebruik wordt gemaakt van gegevens uit Nederland zelf, maar ook van internationale bronnen waar relevant en bij het overwegen van ander beleid (bijv. uit Zweden, dat relatief lichte NMI's had). Voor elk scenario kan worden berekend:

- Economische kosten: de verschillende categorieën kosten die verband houden met NMI-beleid.
- Gewonnen QALY's: de verschillende categorieën gezondheidseffecten (gemeten in bespaarde QALY's) die verband houden met NMI-beleid.
- Netto kosten: het verschil in kosten tussen NMI-beleid en de *counterfactual*.
- Netto bespaarde QALY's: het verschil in bespaarde QALY's tussen NMI-beleid en de *counterfactual*.
- ICER: incrementele kosteneffectiviteitsratio, netto-kosten delen door bespaarde netto QALY's.

Kosten per QALY is dan de belangrijkste uitkomstvariabele. De standaardbenadering voor kosteneffectiviteit gebruikt een ratio om de kosten en baten te vergelijken, met een standaard vergelijking van:

$$\frac{\text{Kosten}_{\text{NMI's}} - \text{Kosten}_{\text{open}}}{\text{QALY}_{\text{NMI's}} - \text{QALY}_{\text{open}}}$$

Een aantal belangrijke variabelen kunnen worden gestratificeerd op etnische achtergrond, sociaal-economische status en leeftijd (en mogelijk andere variabelen) waar mogelijk. Alle kosten en baten kunnen worden berekend met een zo lange tijdshorizon - als dat redelijkerwijs wordt ondersteund door de data en vervolgens omgezet in net present value met behulp van standaard discountingspercentages. Het doel van evalueren moet zijn om de opgedane kennis een volgende keer in te zetten om effectiever te handelen.

Evaluatie van het verleden voor een scherp Toekomstig Pandemiebeleid

Veel kritiek op het gevoerde coronabeleid is dat het niet voldoende "evidence-based" of "evidence-informed" was. De reactie van premier Mark Rutte was: "We moeten met 50 procent van de informatie 100 procent beslissen". Dat gebeurt in de zorg - en in de wetenschap - al jaren en is dus niets nieuws. Op basis van evaluaties wordt lering getrokken uit eerder gemaakte besluiten.

Zo'n evaluatie van eventueel toekomstig pandemie beleid vereist de volgende stappen:

1 Data beschikbaar maken

Om gezondheidseconomisch onderzoek te doen moeten claims data (Vektis), ziekenhuisdata met meer klinische gegevens (DHD, EPD's), vaccinatiedata (RIVM), GGD GHOR, huisartsen data (de 30 meest veel voorkomende symptomen in de 1e lijnszorg), data over gezondheidsverliezen die samenhangen met de minder geleverde zorg voor delen van de medisch-specialistische zorg (deels bij de NZa en beroepsverenigingen) beschikbaar zijn en gekoppeld kunnen worden, ook met data van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Een deel van deze bronnen wordt nog altijd niet gedeeld voor onderzoek, of tegen hoge kosten.

2 Evalueren

Evaluatieonderzoek is de systematische beoordeling van de waarde of verdienste van tijd, geld, moeite en middelen die worden besteed om een doel te bereiken. Mening en emoties moeten hierbij geen rol spelen.

3 Lering trekken

Al is er geen "best practice", we kunnen leren van "good practice" en zelfs van "bad practice".

4 Alternatieve plannen bedenken

Als blijkt dat een van de maatregelen, of de lockdown in z'n geheel, misschien geen effectieve verdeling van schaarse middelen was, zijn er dan varianten te bedenken die wellicht beter of effectiever werken. Ook de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid concludeerde in een rapport in 2022 dat het noodzakelijk was scenario's te schetsen van verschillende plausibele toekomst die ons kunnen helpen om beter voorbereid te zijn op een onzekere toekomst ⁽¹⁶⁾.

5 Afwegingskader maken

Welke alternatieven hebben we gewogen en welke hebben we gekozen en waarom? Hierbij moet er antwoord zijn op eerder genoemde vragen als: wat moet het afwegingskader zijn voor overdraagbare ziektes, wie moet de waarde van een mensenleven bepalen, et cetera.

6 Als blijkt dat wat we hebben gedaan niet effectief genoeg heeft gewerkt, welke alternatieven moeten we dan proberen en in welke volgorde?

Evaluatiewetenschap is echt niet nieuw in Nederland. Evaluatie van diverse beleidsgebieden is aan de orde van de dag. Maar voor evaluatie is data nodig, die in de gezondheidszorg in ons land ontbreekt. Althans, de bovengenoemde data zijn aanwezig, maar die uitsluitend toegankelijk voor onderzoekers bij (semi)overheidsinstellingen. Als een universiteit een opdracht krijgt voor evaluatie, wordt data gedeeld voor die opdracht, maar andere wetenschappers krijgen niet toegang tot dezelfde (geïdentificeerde) data. Ook zijn er geen of weinig koppelingen tussen, bijvoorbeeld EPD-data en claims, of CBS-data (demografische gegevens of enquêtegegevens) en klinische gegevens. Dat maakt het lastig om correlaties te zoeken tussen beleid en uitkomsten.

In bijna alle economische vraagstukken is het van belang vast te stellen wat de “counterfactual” situatie is: wat zou er zijn gebeurd als de overheid geen maatregelen had genomen. Bij een evaluatie van het pandemiebeleid waarin de diverse maatschappelijke kosten worden meegewogen (en niet alleen de gezondheidseffecten), blijft de vraag: wat zou er gebeurd zijn als er geen, of andere maatregelen waren geweest? Hoeveel van de consumentenreactie die tot economische recessie leidde, is veroorzaakt uit angst voor het coronavirus en niet door de maatregelen? Maar ook: hoe veel mensen zouden er eigenlijk gestorven zijn, als deze maatregelen er níet waren geweest?

Conclusies en Aanbevelingen

Het is een uitdaging om de diep emotionele corona pandemie in cijfers te vertalen, laat staan het gezondheidsbeleid economisch te evalueren. Toch zal inzichtelijk moeten worden wat de effecten van diverse corona maatregelen zijn geweest op gezondheid en economie om lering te kunnen trekken voor een volgende pandemie. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe dat kan. Er is een voortdurende beleidsdiscussie en publiek debat over de netto-effecten van de niet-medische interventies (NMI's) die werden ingevoerd om de verspreiding van Covid-19 tijdens de pandemie te beperken.

De basisvraag is of de maatregelen het beoogde effect hadden van het verminderen van het gebruik van opgenomen patiënten.

Deze vraag zal op kort termijn worden opgepakt door een landelijke onderzoek consortium, gefinancierd door ZonMW. De afgelopen jaren financierde ZonMW corona-onderzoek op deelaspecten en losse projecten, op het gebied van pandemische paraatheid, oversterfte en Post-Covid. Nu is het inzicht dat een integrale aanpak noodzakelijk is om inzichtelijk te maken dat een toekomstige pandemie anders en beter kan worden benaderd.

Los van de maatschappelijk kosten-baten analyse die nu langzaam van de grond komt, is er eindelijk aandacht voor preventie. Deze discussie vond tijdens de pandemie niet plaats, maar inmiddels is er aandacht voor het feit dat bijna zes op de tien Nederlanders een of meer chronische aandoeningen hebben, zoals diabetes, hart- en vaatziekten en longklachten ⁽¹⁾. Zelfs bij de jongsten (0 tot 4 jaar) heeft meer dan een kwart minstens één chronische aandoening; boven de 75 jaar is dat zelfs 95 procent ⁽¹⁾. Los van preventie had zich in de zorg al vóór de coronapandemie een voorzichtige omslag ingezet van volume- naar waarde-gestuurde zorg. De nieuwe bekostigingsstructuur zou in deze gedachte meer gericht moeten zijn op het belonen van waarde voor patiënten dan op uitgevoerde verrichtingen – door betere coördinatie, een hogere kosteneffectiviteit en een betere benutting van patiënttevredenheidsscores. In de aanpak van de coronapandemie lijkt juist de kosteneffectiviteit veronachtzaamd, vooral doordat de afweging tussen de behandeling van de verschillende aandoeningen onder druk van de rule of rescue verloren is gegaan. Met het oog op een toekomstige pandemie moet nu al worden nagedacht over het gezondheidseconomische afwegingskader dat men in een crisissituatie wenselijk vindt.

Referenties

- 1 Baarsma, B., van den Broek, E., Van den Berg, E., Dommering, E., Teulings, C. Naar een coronabeleid zonder lockdowns. 2021. ESB, 107(4807), 138-141.
- 2 Baarsma B, van den Broek E, van den Berg G, Teulings C. (2021) Langetermijnbelangen worden bij de aanpak van corona veronachtzaamd. ESB, 106(4798), 294-297.
- 3 Rovers MM, Wijn SR, Grutters JP, Metsemakers SJ, Vermeulen RJ, Van Der Pennen R, Berden BJ, Gooszen HG, Scholte M, Govers TM. Development of a decision analytical framework to prioritise operating room capacity: lessons learnt from an empirical example on delayed elective surgeries during the COVID-19 pandemic in a hospital in the Netherlands. *BMJ Open*. 2022 Apr 1;12(4):e054110.
- 4 Engbersen G, A Krouwel A, Wentink T, van Toorn M, Snel E, Erdem Ö, van Bochove M, Burgers J, Custers G. De bedreigde stad.
- 5 Frey A, Tilstra AM, Verhagen MD. Inequalities in healthcare use during the COVID-19 pandemic. *Nature Communications*. 2024 Feb 29;15(1):1894.
- 6 Van Giessen, A., De Wit, A., Van den Brink, C., Degeling, K., Deuning, C., Eeuwijk, J., van den Ende, C., van Gestel, I., Gijsen, R., van Gils, P. and IJzerman, M., 2020. Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid: Inventarisatie van de omvang van het probleem en eerste schatting van gezondheidseffecten.
- 7 Burnet, N.G., S.J. Jefferies, R.J. Benson et al. (2005) Years of life lost (YLL) from cancer is an important measure of population burden – and should be considered when allocating research funds. *British Journal of Cancer*, 92(2), 241–245.
- 8 Lai AG, Pasa L, Banerjee A, Denaxas S, Katsoulis M, Chang WH, Williams B, Pillay D, Noursadeghi M, Linch D, Hughes D. Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. *MedRxiv*. 2020 Jun 1:2020-05.
- 9 Maringe, C., J. Spicer et al. (2020) The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *The Lancet Oncology*, 21(8), 1023–1034.
- 10 Van den Broek, E., Bakker, B., Atherly, A., Heyning, F., De Vrey, E., Girbes, A. Rationing during the Covid-19 Pandemic: Effect of Timely Treatment on the Probability of Death among In-Hospital Patients Receiving Angioplasty. 2024. *Journal of Hospital Medicine*, forthcoming
- 11 Yakusheva O, van den Broek E, Brekke G, Atherly A. Lives saved and lost in the first six month of the US COVID-19 pandemic: A retrospective cost-benefit analysis. *Plos one*. 2022 Jan 21;17(1):e0261759.
- 12 Atherly AJ, van den Broek EM. The effect of medical innovation on the cost-effectiveness of Covid 19-related policies in the United States using a SIR model. *BMC Health Services Research*. 2023 Apr 18;23(1):372.
- 13 Bendavid E, Mulaney B, Sood N, Shah S, Bromley-Dulfano R, Lai C, Weissberg Z, Saavedra-Walker R, Tedrow J, Bogan A, Kupiec T. Covid-19 antibody seroprevalence in santa clara county, california. *International journal of epidemiology*. 2021 Apr 1;50(2):410-9.
- 14 Ioannidis JP. Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: an overview of systematic evaluations. *European journal of clinical investigation*. 2021 May;51(5):e13554.
- 15 Tummers M, Bruggink JW, Hupkens C. Zorguitstel en zorgmijding in coronatijden. CBS 03 May 2022.
- 16 Hoeymans N, Melse J, Schoemaker C. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 210 Van gezond naar beter. 2010.
- 17 Belot M, Choi S, Tripodi E, van den Broek EV, Jamison JC, Papageorge NW. Unequal consequences of Covid 19: representative evidence from six countries. *Review of Economics of the Household*. 2021 Sep;19:769-83.
- 18 Papageorge NW, Zahn MV, Belot M, Van den Broek E, Choi S, Jamison JC, Tripodi E. Sociodemographic factors associated with self-protecting behavior during the Covid-19 pandemic. *Journal of population economics*. 2021 Apr;34:691-738.
- 19 Kermack WO, McKendrick AG. A contribution to the mathematical theory of epidemics. *Proceedings of the royal society of london Series A, Containing papers of a mathematical and physical character*. 1927;115(772):700–21.
- 20 Acemoglu D, Chernozhukov V, Werning I, Whinston MD. A multi-risk SIR model with optimally targeted lockdown. NBER working paper. 2020(w27102).
- 21 Acemoglu D, Chernozhukov V, Werning I, Whinston MD. Optimal targeted lockdowns in a multi-group SIR model. National Bureau of Economic Research; 2020. NBER Working Paper No. 27102, Revised June 2020, JEL No. I18.
- 22 Briggs AH, Goldstein DA, Kirwin E, Meacock R, Pandya A, Vanness DJ, et al. Estimating (quality-adjusted) life-year losses associated with deaths: with application to COVID-19. *Health Econ*. 2021;30(3):699–707.



2

LESSEN UIT DE COVID-19 PANDEMIE IN NEDERLAND: WAT KAN EN MOET BETER.

EEN PROFESSIONEEL
MEDISCH SPECIALISTISCH
PERSPECTIEF

Prof. dr. Armand R.J. Girbes

Intensivist-internist

De eerste verontrustende berichten uit Europa kwamen uit Noord-Italië, een regio waar ik net van terugkeerde na een symposium over Data Science en intensive care (IC). De IC-artsen daar, die ik goed kende, klonken ernstig bezorgd. Ze waarschuwden dat de situatie snel escaleerde. Ook op de Nederlandse televisie zagen we indringende beelden van wanhopige IC-verpleegkundigen uit die regio. Ze vertelden hoe ze voor het eerst in hun loopbaan gedwongen waren om keuzes te maken over leven en dood, wat betekende dat ze patiënten moesten weigeren voor IC-opname.

Wat veel mensen niet wisten, was dat het opnamebeleid voor de IC in Italië aanzienlijk verschilt van dat in Nederland. In ons land wordt al bij de ingang van de IC zorgvuldig beoordeeld of een patiënt daadwerkelijk baat kan hebben bij een IC-opname. Vaak wordt deze inschatting zelfs al gemaakt in de thuisituatie of in verpleeghuizen. In Italië daarentegen is het gebruikelijker om ook patiënten die aan het einde van hun leven zijn – en die geen fysiologische reserve meer hebben om een IC-opname te overleven – alsnog op te nemen. Het gevolg is vaak dat deze patiënten op de IC komen te overlijden. In Nederland is een dergelijke aanpak vrijwel uitgesloten.

Toch was de toon gezet. Na de carnavalsviering werden ziekenhuizen in Zuid-Nederland overrompeld door een golf van COVID-19 patiënten, en dat was het moment waarop het hele land in de hoogste staat van paraatheid werd gebracht. Overal in Nederland werden IC-bedden vrijgemaakt, operaties werden uitgesteld, en personeel van buiten de IC kreeg spoedcursussen om te kunnen ondersteunen op de IC. Ook werden nood-IC's voorbereid buiten de reguliere IC's, bijvoorbeeld in uitslaapkamers van operatiekamers (OK's) en op Medium Cares. Alle beschikbare beademingsmachines werden verzameld, inclusief apparaten die recent waren afgeschreven. Ziekenhuizen gingen op zoek naar extra beademingsapparaten, en zelfs het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) mengde zich in die zoektocht – al bleek al snel dat ze

weinig kennis hadden van de grote verschillen tussen de soorten beademingsapparaten. Er zijn namelijk diverse typen beademingsmachines, variërend van apparaten voor thuisbeademing tot apparatuur voor stabiele patiënten of patiënten die een lichte operatie ondergaan, zoals een enkeloperatie. Deze apparaten zijn echter ongeschikt voor het beademen van ernstig zieke en complexe COVID-19 patiënten. De paniekaankopen van ongeschikte apparatuur tonen een gebrek aan de benodigde expertise in crisissituaties. Het is met plaatsvervangende schaamte dat gemeld moet worden dat ook enkele artsen en medisch specialisten zich op gevaarlijk terrein begaven, met heldhaftige, maar pseudo-oplossingen die hen een moment van roem bezorgden in de media én bij de minister. Onder deze oplossingen waren ideeën zoals het gebruik van één beademingsapparaat voor meerdere patiënten, en een beademingsballon aangedreven door een elektromotor, die niet alleen uitgebreid in het nieuws kwamen, maar ook de aandacht trokken van de minister. Dit alles ging zelfs gepaard met financiële subsidies. De voorgestelde oplossingen waren echter verre van adequaat en werden helaas onvoldoende tegengesproken door de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten in Nederland.

COVID-19 als katalysator van de problemen

De pandemie fungeerde als een vergrootglas voor reeds bestaande problemen binnen het Nederlandse zorgsysteem. Capaciteitsproblemen, bureaucratische obstakels, en een gebrek aan inhoudelijke expertise op beleidsniveau kwamen allemaal aan het licht tijdens de crisis. Wat de pandemie ook duidelijk blootlegde, was hoe kwetsbaar en weinig flexibel ons zorgstelsel eigenlijk is wanneer het onder extra druk komt te staan: beperkte IC-capaciteit, personeelstekorten die door mede door bureaucratische regels niet snel waren op te lossen, snel gebrek aan beschermingsmiddelen, gebrek aan testcapaciteit en initieel gebrekkige samenwerking en coördinatie.

De pandemie confronteerde ons met het feit dat onze gezondheidszorg lang is blootgesteld aan een politiek van bezuinigingen en kostenbeheersing onder het mom van efficiëntie. De nadruk lag jarenlang op het optimaliseren van de zorgcapaciteit door deze zo zuinig mogelijk in te richten. Dit betekent dat er weinig ruimte was voor enige overcapaciteit of flexibiliteit binnen het systeem. Het is net als bij een telefooncentrale, wat bekend staat als de telefoonwachtrijtheorie. Wanneer je streeft naar het feit dat de telefonisten altijd in gesprek zijn en er is opeens een grotere vraag naar gesprekken, dan loopt het meteen vast en ontstaan direct wachtrijen. [Voor de volledigheid, wanneer bijvoorbeeld maar 20% van de telefonisten altijd in gesprek is, zijn de wachttijden bijna nul, maar is

het onbetaalbaar en inefficiënt.] Inflexibele regels maakten het daarnaast lastig om extra personeel in te zetten, zoals parttimers fulltime laten werken of recent gepensioneerden terug te halen. De cultuur van overdreven angst voor fouten, de illusie dat alles beheersbaar is, en het vasthouden aan regels en protocollen, zelfs in crisissituaties, leidde tot stroperigheid en uitblijven van rationele maatregelen en beslissingen.

Het resultaat in Nederland was dat, toen de pandemie toesloeg, het zorgsysteem snel tegen zijn grenzen aanliep en de noodzaak om rap op te schalen zorgde voor logistieke en praktische problemen.

De IC-capaciteit: jarenlang beleid van bezuinigingen en minimalisering

Een van de meest in het oog springende problemen tijdens de pandemie was het gebrek aan IC-capaciteit in Nederland. Uit officiële cijfers blijkt dat Frankrijk 11,6 bedden, Duitsland 29,2 bedden en de Verenigde Staten 34,7 bedden per 100.000 inwoners hebben. 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.

Het is wel belangrijk om te bedenken dat de definitie van een IC-bed per land kan enigszins kan verschillen. In sommige landen, zoals Duitsland, worden ook bedden in high-dependency units of medium care-afdelingen meegerekend, wat de cijfers hoger kan doen uitvallen. Desondanks was het duidelijk dat Nederland aan het begin van de Covid-19-pandemie met een tekort aan bedden-capaciteit kampte, wat vanaf het begin een achterstand veroorzaakte. Dit was het gevolg van een jarenlang beleid waarin IC-capaciteit zo krap mogelijk werd afgestemd op de normale, dagelijkse vraag naar zorg, daarbij afzeggingen van operaties & wachtlijsten incalculerend, en zonder enige rekening te houden met noodsituaties of pandemieën. Deze benadering bleek een belangrijke hindernis toen de pandemie eenmaal in volle hevigheid losbarstte.

Hoewel het in de beginfase van de pandemie begrijpelijk was dat de prioriteit bij COVID-19-patiënten lag, mede door de onbekendheid met de nieuwe ziekte, werden al snel de nadelige effecten zichtbaar van het onderscheid dat gemaakt werd tussen COVID-19- en niet-COVID-19-patiënten. In het bijzonder de patiënten met andere ernstige aandoeningen zoals kanker, hart- en vaatziekten, en chronische aandoeningen, zagen hun zorg uitgesteld of zelfs geannuleerd wor-

den. Het uitstellen van electieve en semi-electieve operaties zorgde ervoor dat de gezondheidstoestand van veel patiënten onnodig verslechterde. In sommige gevallen werden patiënten met een hoog risico en een grote kans op een succesvolle behandeling achtergesteld, terwijl COVID-19-patiënten zonder al te grote overlevingskansen alsnog de volledige zorg kregen. Dit leidde tot een scheve zorgverdeling, waarbij de klinische urgentie en het potentieel voor herstel steeds minder bepalend werden voor de zorg die patiënten ontvingen. De nadruk op het redden van COVID-19-patiënten bracht een onbalans in het zorgsysteem die duidelijk maakte dat er onvoldoende rekening werd gehouden met andere essentiële zorgbehoeften.

Oplossingsrichting:

Er moet enig vlees op het bot van de IC-capaciteit zijn, dus enige (fysieke) overcapaciteit. Een deel van het IC-personeel kan in rustiger tijden op vrijwillige basis flexibel ingezet worden in het ziekenhuis, waarbij als nevenvoordeel de export van kennis en vaardigheden naar bijvoorbeeld verpleegafdelingen wordt bevordert. Ook kan personeel van direct verwante afdelingen, zoals PACU, recovery, Medium Care, CCU, NCU, met een extra aantekening met herhaalde korte bijscholing op een aantrekkelijke manier verpakt, flexibel ter ondersteuning worden ingezet. Mutatis mutandis moet bij de bouw van zogenaamde high care afdelingen rekening gehouden worden met de potentie tot opschalen naar IC-voorwaarden. Dat gaat dan met name om bouwkundige voorwaarden en voorzieningen.

Bureaucratie en regelzucht

Daarnaast bleek de bureaucratie in de gezondheidszorg een ernstige hindernis voor efficiënte besluitvorming. De obsessie met protocollen en de drang naar uitgebreide registratie belemmerden een snelle en flexibele respons op de razendsnel veranderende situatie. Deze problemen zijn symptomatisch voor een dieperliggend cultuurprobleem in de zorg, waarin de behoefte om alles te controleren en te reguleren vaak de overhand heeft. Dit bleek slecht te passen bij de dynamiek en onvoorspelbaarheid van een pandemie. Een schrijnend voorbeeld was het gebrek aan coördinatie bij de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) in de eerste maanden van de crisis. Terwijl zorgprofessionals hun werk onder gevaarlijke omstandigheden moesten doen, was er een tekort aan PBM, initieel mede veroorzaakt door een gebrek aan centrale aansturing en logistieke ondersteuning. Deze tekorten werden verergerd door onnodige administratieve barrières en een gebrek aan flexibiliteit binnen het systeem.



Het resultaat in Nederland was dat, toen de pandemie toesloeg, het zorgsysteem snel tegen zijn grenzen aanliep en de noodzaak om rap op te schalen zorgde voor logistieke en praktische problemen.

Ook het opschalen van zorgpersoneel werd belemmerd door rigide regels. Verpleegkundigen die bereid waren om extra uren te werken, werden soms gehinderd door cao-regels, en praktische zaken zoals kinderopvang werden niet snel genoeg geregeld. Zelfs het beschikbaar stellen van parkeerplekken voor zorgpersoneel stuitte op interne bureaucratische obstakels, terwijl deze praktische zaken essentieel waren om het personeel maximaal in te kunnen zetten.

Oplossingsrichting:

In tijden van crisis moet er een grotere mate van flexibiliteit zijn binnen de zorginstellingen. De regels die onder normale omstandigheden noodzakelijk zijn, moeten tijdelijk opzijgezet kunnen worden, zodat zorgverleners zich volledig kunnen richten op het verlenen van zorg. Het mandaat daarvoor moet dichtbij de werkvloer liggen. Het is ook belangrijk dat de centrale coördinatie van essentiële middelen, zoals PBM, snel en effectief verloopt, zonder dat dit vertraagd wordt door overbodige administratieve procedures. In crisissituaties moeten zorgverleners de ruimte krijgen om te handelen, zonder gehinderd te worden door starre protocollen en bureaucratische processen.

Afhankelijkheid van internationale leveranciers: een kwetsbaar zorgsysteem

Nederland was sterk afhankelijk van de internationale productie, vooral uit landen zoals China, voor de aanvoer van PBM, zoals mondkapen, handschoenen en beschermende kleding. Toen deze landen hun export beperkten om hun eigen bevolking te beschermen, kwamen de internationale leveringsketens al snel onder druk te staan.

Diezelfde afhankelijkheid speelde een grote rol bij de aanvoer van medicijnen en later ook vaccins. Wereldwijd nam de vraag naar essentiële middelen explosief toe, wat leidde tot leveringsproblemen en beperkte beschikbaarheid. Op een gegeven moment waren er zelfs tekorten aan kritieke medicijnen op de intensive care, wat zorgverleners dwong om over te schakelen op minder optimale alternatieven. Dit is des te schrijnender gezien het feit dat Nederland ooit een rijke geschiedenis had in de productie van geneesmiddelen. Door een gebrek aan prioriteitstelling vanuit de overheid verloren Nederlandse geneesmiddelenproducenten in de jaren '90 en 2000 hun positie, vaak door overnames door internationale farmaceutische giganten en de invloed van globaliseringstrends. Dit resulteerde in de sluiting of verplaatsing van veel productiefaciliteiten naar

het buitenland en daarmee in een vermindering van de onafhankelijkheid van Nederland op het gebied van geneesmiddelenproductie.

De teloorgang van de nationale productiecapaciteit en de daarbij horende expertise benadrukte de kwetsbaarheid van Nederland in crisissituaties, waarin de afhankelijkheid van buitenlandse leveranciers een groot probleem bleek te zijn. Deze afhankelijkheid kwam later in de pandemie opnieuw naar voren bij de beschikbaarheid van vaccins. Het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) had een lange geschiedenis in de productie van vaccins en was ooit een internationaal gerenommeerde instantie op dit gebied. Het RIVM begon in de jaren '50 met de productie van vaccins, onder andere tegen ziekten zoals difterie, kinkhoest, tetanus, en polio. Deze activiteiten maakten Nederland toentertijd een van de toonaangevende landen op het gebied van vaccinontwikkeling en -productie. De vaccinproductie bij het RIVM kwam ten einde in de jaren '90 en begin jaren 2000, voornamelijk door politieke en economische keuzes. De overheid besloot dat het efficiënter en rendabeler zou zijn om de productie van vaccins te privatiseren, met als argument dat de overheid zich meer moest richten op haar kerntaken (beleid en toezicht) en dat de productie van vaccins kon worden overgelaten aan de markt.

Oplossingsrichting:

Nederland moet (willen) investeren in het herstellen en versterken van de nationale (of in samenwerking met dichtbijgelegen EU-landen) productiecapaciteit van essentiële medische producten en geneesmiddelen. Het verlies van onze onafhankelijkheid op dit gebied heeft tijdens de pandemie geleid tot gevaarlijke situaties en onnodige risico's voor zorgverleners en patiënten. Door opnieuw te investeren in binnenlandse productie kunnen we in toekomstige crises beter voorbereid zijn en minder afhankelijk worden van internationale leveringsketens. Daar is een lange termijnvisie voor noodzakelijk die niet alleen kijkt naar directe korte termijn economische factoren.

Gebrek aan expertise op beleidsniveau: de gevolgen van onvoldoende vakkennis

Een groot probleem tijdens de pandemie was het schrijnende gebrek aan vakinhoudelijke expertise binnen de overheid, en met name binnen het ministerie van VWS. Al jarenlang ligt de focus op logistiek, procedures, controle en communicatie, terwijl medisch-inhoudelijke kennis en expertise op de achtergrond zijn geraakt. Dit werd duidelijk toen het ministerie van Volksgezondheid,

Welzijn en Sport (VWS) voor veel van zijn beslissingen moest vertrouwen op externe experts, maar tegelijkertijd niet in staat bleek om snel de juiste keuzes te maken.

Het gebrek aan vakkennis werd pijnlijk zichtbaar toen vlak voor de pandemie een grote zending medische beschermmiddelen, waaronder mond-neusmaskers, naar China werd gestuurd. Hoewel deze actie op dat moment wellicht vanuit solidariteit te rechtvaardigen leek, werd korte tijd later duidelijk hoe groot de nood aan deze middelen in eigen land zou worden. Deze fout toont het gebrek aan crisisvoorbereiding en inzicht binnen het ministerie. Ook de aanschaf door VWS van nutteloze beademingsapparaten was een symptoom van goede bedoelingen, maar onvoldoende expertise.

Later, tijdens de vaccinatiecampagne, werden de gebreken wederom zichtbaar. Nederland liep achter op andere Europese landen, mede doordat men geen gebruik maakte van bestaande logistieke expertise in het leger en zich vastklampte aan stroperige protocollen. Dit leidde tot bizarre en inefficiënte situaties, zoals in verpleeghuizen waar op verschillende dagen meerdere vaccinatieploegen langs kwamen om telkens een andere groep bewoners te vaccineren. GGD-teams, huisartsen en mobiele zorgteams liepen elkaar letterlijk voor de voeten, terwijl een centrale coördinatie dit eenvoudig had kunnen voorkomen. Het gebrek aan samenwerking en de logge bureaucratie zorgden hier niet alleen voor vertraging, maar legden ook bloot hoe slecht Nederland was voorbereid op een grootschalige vaccinatiecampagne.

Oplossingsrichting:

Het is essentieel dat er tijdens crisissituaties snel een team van experts wordt samengesteld dat kan adviseren over logistieke en medische keuzes. Deze teams moeten bestaan uit wetenschappers, medische professionals en logistieke experts die snel en doeltreffend kunnen handelen. Daarnaast moet er binnen het ministerie van VWS meer ruimte zijn voor medische expertise, zodat beleidskeuzes beter afgestemd kunnen worden op de realiteit in de zorg.

Wie heeft de leiding? De onduidelijkheid over het primaat tijdens de pandemie

Ondanks dat de overheid ogenschijnlijk het voortouw nam, bleef het voortdurend onduidelijk wie nu precies de leiding had en welke rol de zorgverzekeraars speelden. Zorgverzekeraars, die volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw)

verantwoordelijk zijn voor het waarborgen van tijdige toegang tot zorg, hielden zich opvallend stil. Ze lieten de verantwoordelijkheid voor cruciale onderdelen van de zorg, die onder hun zorgplicht vallen, grotendeels en met genoegen over aan de overheid. Dit terwijl zij over aanzienlijke financiële reserves beschikken – geschat op zo'n 12 miljard euro – die juist in crisissituaties zoals deze ingezet hadden moeten worden. De zorgplicht van zorgverzekeraars houdt in dat zij ervoor moeten zorgen dat hun verzekerden toegang hebben tot voldoende zorg, binnen redelijke afstand en wachttijden. Tijdens de pandemie hadden zij logischerwijs concrete actie moeten ondernemen om de beschikbaarheid van bedden, personeel en middelen te bevorderen, zodat de enorme druk op de ziekenhuizen werd verlicht. Maar in plaats van daadkracht te tonen, bleven zij afwachtend, terwijl de zorg in Nederland onder grote druk stond. Opvallend genoeg werd er geen of nauwelijks gebruikgemaakt van hun reserves om de zorgsector te ondersteunen. In plaats daarvan draaide de overheid, met belastinggeld, op voor de kosten van de crisisaanpak. Dit roept ernstige vragen op over de rol en verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars in een noodsituatie van deze omvang.

Wat is de zin van enorme reserves als deze niet worden ingezet op het moment dat de zorg in een kritieke situatie verkeert?

Even zorgwekkend was de rol van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die toezicht moet houden op de zorgverzekeraars en ervoor moet zorgen dat zij hun zorgplicht nakomen. Tijdens de crisis bleef de NZa echter eveneens opvallend stil en leek ze nauwelijks in te grijpen, zelfs toen de capaciteitstekorten nijpend werden. Het toezicht op de zorgverzekeraars was cruciaal in deze periode, maar de NZa liet na om hen ter verantwoording te roepen of aan te sporen tot actie. Dit passieve optreden roept vragen op over de effectiviteit en motivatie van de NZa in tijden van crisis.

Het gevolg was dat de zorgverzekeraars, die juist een leidende rol hadden moeten spelen, zich grotendeels afzijdig hielden. De overheid werd opgezadeld met een taak die de zorgverzekeraars minstens hadden moeten delen. Deze passiviteit van de zorgverzekeraars en het ontbreken van krachtig toezicht door de NZa toonde een gebrek aan bijdrage om de druk op de zorg te verminderen – een situatie die helaas ook na de pandemie bleef voortduren.

Oplossingsrichting: Duidelijke regie en verplichting tot inzet van reserves tijdens een crisis

Om dit in de toekomst te voorkomen, moet er tijdens een crisis zoals een pandemie een duidelijke structuur van leiderschap zijn, waarbij de rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen goed zijn vastgelegd. Zorgverzekeraars moeten verplicht worden om hun financiële reserves in te zetten ter ondersteuning van de zorgsector wanneer zich een nationale gezondheids crisis voordoet. De NZa moet daarbij een actievere rol krijgen in het toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars en moet hen ter verantwoording roepen wanneer zij deze plicht niet nakomen.

Vermijden van alle risico en overlijden: een onhaalbare utopie

Een van de centrale problemen in de Nederlandse aanpak van de pandemie was de onrealistische poging om elk risico te vermijden en de problemen met het accepteren van sterfelijkheid. Deze houding vloeit voort uit de jarenlange veramerikanisering van de maatschappij en de zorg, waarbij het zogenaamde consequentialisme en de maakbaarheid van de samenleving de dominante filosofie is. Dit streven naar een risicoloze samenleving werd tijdens de pandemie duidelijk zichtbaar. De maatregelen waren vaak uitsluitend gericht op het minimaliseren van risico's, zonder voldoende aandacht voor de bredere context en de praktische of ethische implicaties daarvan. Elke maatregel leek te worden beoordeeld op basis van zijn directe effect op de COVID-19-pandemie, terwijl de nadelen voor andere, wellicht meer significante uitkomsten voor de samenleving als geheel of andere aandoeningen, grotendeels buiten beschouwing bleven. Het idee dat alle risico's moesten worden uitgesloten, ondermijnde het fundamentele besef dat risico's een inherent deel van het leven zijn. Dit werd verder versterkt door de enorme focus op IC-capaciteit en COVID-19 patiënten, waardoor andere zorgbehoeften in de schaduw kwamen te staan.

In Nederland richtte de overheid zich primair op het waarborgen van voldoende IC-capaciteit en het behandelen van Covid-19 patiënten. Dit ging ten koste van andere patiëntengroepen die semi-electieve of electieve zorg nodig hadden, zoals oncologie- en cardiovasculaire patiënten. Operaties werden uitgesteld en diagnostiek vertraagd uitgevoerd. Voor de beginfase van de pandemie, was het begrijpelijk dat er een onderscheid werd gemaakt tussen Covid- en niet-Covid-zorg, gezien de acute en onbekende situatie. Echter, naarmate de pandemie voortduurde, werd dit onderscheid steeds minder logisch en leidde het tot

scheefgroei in de zorg. Een ernstig gevolg van deze scheve prioriteiten was dat Covid-zorg als absolute prioriteit werd behandeld, zelfs wanneer de kans op succesvolle uitkomsten voor andere patiënten, zoals mensen met kanker of hart- en vaatziekten, veel groter was. Dit resulteerde in een onbalans, waarbij de toewijzing van zorgcapaciteit niet meer werd bepaald door klinische noodzaak of kans op herstel, maar door de aanwezigheid van Covid. In die fase kreeg ik alleen maar opdrachten van de Raad van Bestuur om bepaalde aantallen IC-bedden t.b.v. COVID-19 patiënten vrij te maken en over andere categorie patiënten werd niet gerept.

Vroeg in de pandemie heb ik herhaaldelijk gewezen op de noodzaak van een gebalanceerde aanpak, waarbij het gehele spectrum van acute en chronische zorgbehoeften zou worden meegewogen. Helaas vond deze oproep weinig weerklank. Door Covid-zorg stelselmatig te prioriteren, werd de zorg voor andere patiëntengroepen ernstig verwaarloosd, wat ongetwijfeld heeft bijgedragen aan vermijdbare gezondheidsschade onder de zogenaamde niet-Covid-patiënten.

Wat bovendien opviel, was dat het beleid vooral gericht leek op het voorkomen van sterfte door Covid, terwijl andere doodsoorzaken nauwelijks aandacht kregen. Het leek alsof elke Covid-dode koste wat kost voorkomen moest worden, wat leidde tot een verstoorde balans in de zorg en in de maatschappij. Deze focus negeerde het feit dat sterfelijkheid een onvermijdelijk deel van het leven is, zeker voor oudere of kwetsbare mensen. Voor hen kan een infectie zoals Covid-19, net als bij influenza, een natuurlijke aanleiding zijn voor het overlijden. De inspanningen om elke Covid-dode te vermijden, waren daarom vaak disproportioneel. Vooral gezien de beperkte winst in levensjaren en de ernstige onderliggende gezondheidstoestand van veel Covid-patiënten, was de aanpak niet altijd rationeel. Het onvermogen van beleidsmakers om adequaat om te gaan met sterfelijkheid leidde tot maatregelen die misschien goedbedoeld waren, maar niet altijd evenredig. Hierdoor ontstond een cultuur waarin sterven aan Covid als 'erger' werd beschouwd dan sterven aan andere aandoeningen, wat leidde tot een overbelasting van het zorgsysteem en verwaarlozing van zorg voor andere patiëntengroepen.

De metafoor van COVID-19 als koekoeksjong, dat de andere tere vogeltjes uit het nest werpt, illustreert treffend de situatie waarin COVID-19 patiënten de volledige aandacht en middelen van het zorgsysteem opeisten. Dit ten koste van andere patiënten die eveneens acute of chronische zorg nodig hadden. Pas later werden de tere, inmiddels dode vogeltjes opgemerkt onderaan de boom. Deze vergelijking benadrukt de verstoring van het evenwicht binnen de zorg, waarbij de sterke focus op één ziektebeeld een nadelige invloed had op de algehele gezondheidszorg.

Een meer genuanceerde benadering, waarbij zowel de realiteit van sterfelijkheid als de bredere maatschappelijke gevolgen van beleid in aanmerking werden genomen, had beter recht gedaan aan de complexe zorgbehoeften van de gehele bevolking. De focus had moeten liggen op het verbeteren van de kwaliteit van leven én sterven voor alle patiënten, in plaats van uitsluitend te proberen Covid-sterfte te vermijden.

Oplossingsrichting

Dit is een niet eenvoudig op te lossen probleem omdat het verweven is met de hedendaagse Westerse cultuur. Het herhaaldelijk benoemen en onder de aandacht brengen van dit onderwerp tijdens een crisis, is waarschijnlijk essentieel om het bespreekbaar te maken en er effectief naar te kunnen handelen. Daarnaast adviseer ik om de zogenaamde advance care planning tot standaard te verheffen voor alle 75-jaar plussers in de medische praktijk.

Het Outbreak Management Team (OMT)

Het Outbreak Management Team (OMT) werd tijdens de Covid-19 pandemie in Nederland opgericht om de overheid van advies te voorzien over de bestrijding van het virus. Het OMT was samengesteld uit een vaste groep deskundigen, voornamelijk virologen, epidemiologen en artsen van verschillende specialismen. De leden van het OMT werden veelal qualitate qua aangesteld, wat betekent dat zij vanwege hun functie of expertise automatisch tot het team behoorden. Dit betrof vooral vertegenwoordigers van organisaties zoals het RIVM, wetenschappelijke verenigingen van artsen, academische ziekenhuizen en het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Hoewel deze samenstelling in eerste instantie logisch leek vanwege de acute noodzaak om snel en adequaat te reageren op de gezondheids crisis, klevan er enkele nadelen aan de gekozen aanpak:

1 Gebrek aan diversiteit in expertise

De samenstelling van het OMT bleef gedurende de hele pandemie nagenoeg onveranderd. Dit betekende dat het team grotendeels bestond uit medische en virologische experts, zonder voldoende vertegenwoordiging van andere belangrijke disciplines zoals gedragswetenschappen, economie, ethiek en publieke gezondheid. Hierdoor was er een risico dat beslissingen eenzijdig werden genomen vanuit een epidemiologisch perspectief, zonder voldoende oog voor de bredere maatschappelijke impact.

2 Risico op groupthink

Het feit dat de samenstelling van het OMT gedurende de pandemie nauwelijks veranderde, vergrootte het risico op "groupthink". In een situatie waarin dezelfde mensen steeds opnieuw met elkaar overleggen, ontstaat vaak een sterke groepsdynamiek waarbij kritische stemmen en alternatieve perspectieven worden onderdrukt of genegeerd. Dit kan leiden tot een tunnelvisie, waarbij men vasthoudt aan eerdere beslissingen en niet openstaat voor nieuwe inzichten. Ook kan de invloed van een charismatische deskundige, ofschoon expert op een zeer beperkt gebied, overmatig groot zijn op de groepsbeslissing.

3 Gebrek aan flexibiliteit en adaptatie

De pandemie kende verschillende fasen, elk met hun eigen problemen. Een vaste samenstelling van het OMT betekende dat het team mogelijk niet altijd de juiste expertise in huis had om adequaat te reageren op veranderende omstandigheden. Bijvoorbeeld, tijdens de eerste golf lag de focus op IC-capaciteit en ziekenhuisopnames, maar in latere fasen kwamen ook mentale gezondheid, economische gevolgen en langetermijnstrategieën meer op de voorgrond. Hier had een flexibeler OMT, met wisselende experts afhankelijk van de fase van de pandemie, beter op kunnen inspelen.

4 Gebrek aan selectie op crisismanagement vaardigheden

Tijdens een crisis zijn snelheid en het vermogen om onder druk beslissingen te nemen essentieel. Experts die in normale omstandigheden uitstekend functioneren, kunnen in een crisissituatie moeite hebben om snel en doortastend te handelen, omdat ze gewend zijn om beslissingen op basis van uitgebreide analyse en overleg te nemen. Dit verschil in dynamiek kan leiden tot suboptimale keuzes, met name wanneer snelle en soms imperfecte beslissingen noodzakelijk zijn. In het geval van het OMT werden de leden qualitate qua gekozen op basis van hun positie in een bestaande organisatie binnen hun vakgebied, maar niet noodzakelijk op basis van hun vermogen om in een crisis effectief te opereren. In een crisis is het niet alleen belangrijk om over de juiste kennis te beschikken, maar ook om in staat te zijn die kennis snel te vertalen naar concrete en haalbare acties. Dit vraagt om leiderschap, crisiservaring, en het vermogen om beslissingen te nemen met beperkte informatie.

Als groot probleem zie ik dat het OMT te lang een homogene groep bleef. Er vond gedurende de pandemie nauwelijks vervanging plaats binnen het team, waardoor het OMT-beleid continu door dezelfde mensen werd vormgegeven

zonder dat er nieuwe inzichten of perspectieven werden toegevoegd. Dit leidde tot een stagnatie & onvoldoende dynamiek in de besluitvorming, en een beperkte bereidheid om eerder gemaakte keuzes te herzien. Zowel vooraf als achteraf is bijvoorbeeld de keuze voor de tweede, strenge lockdown in december 2021 als weinig rationeel te duiden, waarbij relevante informatie van medici uit Zuid-Afrika en Israël onvoldoende werd gewogen, ondanks duiding van experts van buiten het OMT.

Triage en ethiek: complexe beslissingen in een onzekere tijd

De pandemie bracht de vraag naar triage en ethische besluitvorming op een ongekende manier naar voren. De noodzaak om te bepalen welke patiënten wel of niet op de IC opgenomen konden worden, creëerde medisch-ethische dilemma's die zelden eerder op deze schaal waren voorgekomen. De schaal was wel anders, maar dergelijke medisch-ethische dilemma's zijn in feite medische expertise, die samenhangt met het inschatten van kansen. En dat is precies het dagelijks werk van intensivisten. Het triagebeleid dat tijdens de crisis werd ontwikkeld, riep vragen op over de haalbaarheid, rechtvaardigheid en consistentie ervan.

Een belangrijk punt van kritiek is dat de richtlijnen voor triage werden opgesteld zonder voldoende input van klinisch werkzame intensive care specialisten.

Een belangrijk punt van kritiek is dat de richtlijnen voor triage werden opgesteld zonder voldoende input van klinisch werkzame intensive care specialisten, degenen die dagelijks beslissingen moesten nemen, vaak onder druk en met beperkte informatie. Deze situatie leidde tot een spanningsveld tussen de ethische idealen, opgesteld door filosofen, ethici en beleidsmakers, en de klinische realiteit, waarin snelheid, pragmatisme en medische expertise leidend zijn. De theoretische kaders die door ethici werden voorgesteld, waren niet altijd praktisch toepasbaar in een omgeving waar zorgverleners in de praktijk mee te maken hebben.

Een voorbeeld hiervan is het protocol voor het zogenoemde zwarte scenario, waarin triage op niet-medische gronden aan de orde kwam. Dit protocol, waaraan onder andere de FMS (Federatie Medisch Specialisten) en de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst)

hebben bijgedragen, was filosofisch gezien een waardevol document. Echter, het miste op veel punten de aansluiting met de klinische realiteit. De uitvoerbaarheid van dergelijke richtlijnen bleek problematisch. Desondanks organiseerden ziekenhuisbestuurders tijdrovende trainingen en werden voorbereidingen getroffen op basis van dit document, wat overigens nooit in praktijk is gebracht.

Oplossingsrichting:

Bij het opstellen van triageprotocollen moeten artsen die dagelijks met IC-patiënten werken een centrale rol spelen. Hun praktijkervaring is van onschatbare waarde bij het nemen van beslissingen over wie wel en wie geen zorg moet ontvangen. Beleidsmakers en ethici moeten rekening houden met de beperkingen van de zorgpraktijk en ervoor zorgen dat triageprotocollen niet alleen ethisch verantwoord, maar ook praktisch uitvoerbaar zijn.

Communicatie en transparantie: een gemiste kans voor publiek vertrouwen

De communicatie vanuit de overheid tijdens de pandemie was inconsistent en leidde tot verwarring en wantrouwen bij het publiek. Er werden tegenstrijdige boodschappen gegeven over het testbeleid, de vaccinatiecampagne en de invoering van de QR-code. Veel van deze maatregelen werden niet altijd duidelijk uitgelegd, waardoor het publiek het gevoel kreeg dat de overheid geen duidelijk plan had.

Het gebrek aan transparantie over de wetenschappelijke onderbouwing van beleidskeuzes heeft het vertrouwen van het publiek verder ondermijnd. Het veranderende inzicht in de werking van vaccins werd bijvoorbeeld niet altijd adequaat gecommuniceerd, wat leidde tot teleurstelling en verwarring. Bovendien ontbrak vaak de erkenning dat wetenschappelijke kennis voortdurend evolueert en dat maatregelen daarop kunnen worden aangepast.

Een laatste item wat opgepakt moet worden is de onbekendheid bij het grote publiek van "wetenschap" alsmede de invloed van zogenaamde influencers en Bekende Nederlanders (BNers). Het is opmerkelijk dat veel mensen meer gehoor geven aan een oproep van een BN-er of influencer dan van een wetenschapper op dat specifieke gebied. Ook de media spelen daarbij een rol waarbij de wetenschapper a priori weinig autoriteit wordt toegekend en wanneer een BN-er of influencer een andere mening verkondigt dan de wetenschappelijke autoriteit, de journalist eindigt met de zin: "we hoorden twee verschillende meningen".

Oplossingsrichting:

De overheid moet bij toekomstige crisissituaties een consistente en transparante communicatiestrategie hanteren. Beleidskeuzes moeten duidelijk worden uitgelegd, en onzekerheden binnen de wetenschap moeten openlijk worden erkend. Dit zou helpen om het vertrouwen van het publiek te behouden en te versterken, zelfs wanneer maatregelen aangepast moeten worden op basis van nieuwe inzichten. In het onderwijs, zeker op de middelbare scholen, moet aandacht gegeven worden aan wetenschap, wat het is, hoe het werkt. Ook de media en journalistiek zouden een belangrijke rol moeten spelen in het toekennen van autoriteit aan wetenschappers, waardoor hun oproepen meer gewicht zouden kunnen krijgen. Een betere training en verantwoordelijkheidsbesef bij journalisten is daarvoor een nadere bijdragende oplossing, naast meer focus op wetenschapsjournalistiek. Ook zouden wetenschappers de communicatie kunnen verbeteren. Tenslotte kan een samenwerking tussen wetenschap en populaire cultuur de correcte informatie aan het brede publiek bevorderen.

Algemene adviezen voor een volgende ramp en pandemie

In mijn loopbaan heb ik verschillende rampen meegemaakt, van klein, middelgroot tot groot: de cafébrand tijdens de nieuwjaarsviering in Volendam, brand op de operatiekamers waardoor 50% capaciteit verdween, het Turkish Airlines vliegtuig dat neerstortte, de overstroming van het ziekenhuis waardoor het ziekenhuis totaal geëvacueerd moest worden en natuurlijk de pandemie. In geen van deze situaties brachten uitgeschreven protocollen uitkomst. Oplossingen werden met name gecreëerd door de juiste professionals op de juiste plaats de leiding te geven, uiteraard met veel, en vooral logistieke ondersteuning. Ongetwijfeld zal na evaluatie van de COVID-19 pandemie, de roep om heel precieze protocollen van honderden bladzijden hard klinken. Mijn advies is: doe dat niet. Maak een klein protocol waarin beschreven wordt op welke plaatsen je welke deskundigen de leiding geeft. Geef die leiding ook bevoegdheden om regels en protocollen uit niet-crisissituaties te omzeilen. Als voorbeeld, het parkeerbeleid voor medewerkers in een ziekenhuis moet met één pennenstreek kunnen worden gewijzigd waardoor alle zorgprofessionals kunnen parkeren. Ook cao-regels moeten tijdelijk geschonden kunnen worden. Dwang is daarbij, gezien de intrinsieke motivatie van de meeste zorgprofessionals, niet aan de orde.

Voor nationale rampen is nationale coördinatie noodzakelijk, maar ook hier, maak zoveel mogelijk gebruik van bestaande kennis en structuren. Het opheffen van het LCPS (Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding) en het opheffen van de reeds bestaande coördinatie, heeft wat mij betreft meer gekost dan het heeft opgeleverd, pratend voor de IC-populatie.

Oplossingen werden met name gecreëerd door de juiste professionals op de juiste plaats de leiding te geven, uiteraard met veel, en vooral logistieke ondersteuning.



3

DE CORONA- PANDEMIE IN KRITISCH PERSPECTIEF.

EEN UPDATE

Roel Pieterman

Socioloog

Eind 2020 verscheen mijn kritische perspectief op het overheidsbeleid

gericht op de bestrijding van de coronapandemie (Pieterman 2020).^[1]

In die bijdrage vroeg ik mij af of het middel erger was dan de kwaal.

Werd de volksgezondheid nu bevorderd door het bestrijdingsbeleid of juist

niet? Mijn slotconclusie luidde: “Alles overziend kan de conclusie van mijn

kosten-batenanalyse kort en duidelijk zijn. Het beleid heeft meer qaly's

gekost en zal nog meer qaly's kosten dan er zijn gewonnen.”^[2]

Ik kwam tot die slotsom door na te gaan in hoeverre het beleid redelijkerwijs aanspraak kon maken op het daadwerkelijk redden van levens – of beter nog: levensjaren of qaly's. Daarnaast probeerde ik inzicht te krijgen in de nadelige effecten op de volksgezondheid die redelijkerwijs aan het beleid toegeschreven konden worden. Ondanks de ondubbelzinnige conclusie heb ik bij alle overwegingen steeds slagen om de arm gehouden. Immers, we zaten eind 2020 nog 'middenin' de pandemie. Eind 2021 volgde nog een 'harde lockdown'. Voorjaar 2022 vervielen de laatste beperkende maatregelen (Rijksoverheid.nl – Coronavirus tijdlijn).^[3] En pas in maart 2023 stellen het Outbreak Management Team (OMT) en het Maatschappelijk Impact Team (MIT) dat het coronavirus in de endemische fase is beland (Rijksoverheid.nl 10-03-2023).^[4] In Nederland heeft de corona-epidemie officieel dus drie jaar geduurd.

Nu, in de zomer van 2024, update ik mijn analyse. Daaruit zal blijken of deze de tand des tijds en het bijbehorende voortschrijdend inzicht heeft doorstaan. Ik concludeerde in 2020 dat met het lockdown beleid weinig levens(jaren) 'gered' zijn. Is sindsdien gebleken dat het juist wel om substantiële aantallen ging? Ik ging voor het verlies aan qaly's als gevolg van uitgestelde zorg uit van een schatting van 100.000 tot 400.000. Moet die schatting bijgesteld worden? Ik betoogde dat werkloosheid als gevolg van de lockdowns tot gezondheidsschade zou leiden en dat dit ook het geval zou zijn als gevolg van de enorme groei van de staatsschuld. Staat dit nog overeind of zijn er andere inzichten gekomen?

Hierna herhaal ik eerst enkele methodologische punten uit mijn eerdere analyse die nodig zijn om mijn update op waarde te schatten. Ik stel daarbij nogmaals de vraag wat 'levens redden' in de context van de coronapandemie betekent. Kritische inzicht in de relativiteit van die betekenis is noodzakelijk om te begrijpen waarom beter is om te kijken naar gewonnen of verloren 'gezonde levensjaren'.

Ten tweede bespreek ik de sterk gepolitiseerde context van het coronabeleid en de daarvoor relevante wetenschap. De complexiteit en onzekerheid, die direct uit de aard van de problematiek volgen, worden door die politisering verder versterkt. In belangrijke mate heeft dit ertoe geleid dat kritische inzichten gemarginaliseerd zijn.

Ten derde bespreek ik evaluatieonderzoeken die in Nederland na 2020 zijn gedaan door instituten als Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV). Eerst komen de medische onderzoeken aan bod die door het RIVM en verwante organisaties zijn gedaan. Daarna volgen de economische en statistische analyses zoals gedaan door CPB, CBS of DNB. Zulke onderzoeken hebben veel waardevolle inzichten opgeleverd. Helaas is nogal eens nagelaten om het voor een beleidsbeoordeling wezenlijke onderscheid te maken tussen de effecten van het virus en de effecten van het beleid.

Ten vierde ga ik in op de baten en de kosten van de beleidsinterventies. Hierbij gaat het niet om de farmaceutische interventies zoals de vaccinaties, maar om de zogenaamde niet-farmaceutische interventies. Dan hebben we het over restrictieve maatregelen zoals afstandsregels, schoolsluitingen, reisbeperkingen of beperkingen van bijeenkomsten boven een bepaalde groepsgrootte. Ik gebruik het algemene etiket 'lockdown' om zulke maatregelen, die veelal in combinatie genomen werden, aan te duiden.

Ten vijfde ga ik uitgebreid in op twee grote recente internationale studies die wel een brede maatschappelijke kostenbatenanalyse leveren van de niet-farmaceutische beleidsinterventies tijdens de coronapandemie. Deze studies leveren bovendien elk een belangrijk en onverwacht inzicht op dat van groot belang is voor de vraag of en zo ja hoe het in het vervolg beter kan. Met enkele overwegingen en suggesties rondom die vraag sluit ik af.

Kostenbatenanalyses en levens redden tijdens de coronapandemie? ^[5]

Cruciaal in een kostenbatenanalyse (kba) is dat er een duidelijke vergelijkingsmaatstaf gehanteerd wordt. Bij de bestrijding van Covid-19 staat de gezondheid van burgers voorop. Gezondheid, meer specifiek: volksgezondheid, dient dan ook de vergelijkingsmaatstaf te zijn in de kba die ik hierna zal ondernemen. Het belang van het uitvoeren van een kba ligt in het verkrijgen van inzicht in de doelmatigheid van het beleid. Doelmatigheid wordt van doorslaggevend belang geacht in alle overheidsbeleid en zeker ook in het domein van de volksgezondheid. Zo schrijft het Centraal Planbureau (CPB): “Om tot goede en betaalbare gezondheidszorg te komen is het belangrijk om doelmatigheid na te streven. Dat betekent dat er geen verspilling van middelen mag zijn bij het uitvoeren van behandelingen en dat de middelen daar worden ingezet waar ze de meeste gezondheidswinst opleveren”. ^[6] Dat er in het kabinet in 2020 een factie van vijf ministers is die “al sinds het voorjaar [vindt] dat de coronapolitiek gedreven moet worden door méér dan alleen de zorgcapaciteit” is dus niet verwonderlijk. ^[7]

Hoe verhouden de positieve en negatieve effecten van het beleid op de volksgezondheid zich tot elkaar?

De vraag naar de doelmatigheid van het beleid ter bestrijding van Covid-19 luidt: hoe verhouden de positieve en negatieve effecten van het beleid op de volksgezondheid zich tot elkaar? Ik bespreek kort de belangrijkste factoren voor het beantwoorden van deze vraag.

Drie begrippen staan bij dit type analyse voorop: opportuniteitskosten, value of statistical life (VSL) en vooral quality adjusted life year (qaly). Opportuniteitskosten of alternatieve kosten verwijzen naar “de kosten van een economische keuze uitgedrukt in termen van de beste gemiste kans: het waardeert de niet gerealiseerde opbrengst van het best mogelijke alternatief ten opzichte van de uiteindelijk genomen beslissing”. ^[8] Anders geformuleerd: is het mogelijk om met ander beleid meer volksgezondheid te genereren?

VSL is een statistisch berekende economische waarde die aan een mensenleven wordt toegekend. VSL is het getal –bedrag– dat naar voren komt als we burgers vragen hoeveel ze willen betalen voor een extra gezond levensjaar. ^[9]

De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) wijst bijvoorbeeld op een studie naar de bereidheid om te betalen voor verbeterde verkeersveiligheid om daarmee levens te ‘besparen’. Deze studie uit 2005 vindt een VSL tussen 1,9 en 2,5 miljoen euro. ^[10] Als de overheid dit getal als maatgevend opvat, levert dat een maatstaf op om uitgaven voor verbetering van verkeersveiligheid vooraf op kosteneffectiviteit te toetsen. In 2006 pleit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in het advies Zinnige en duurzame zorg voor toepassing van een VSL van zes miljoen euro als maatstaf om de kosteneffectiviteit van interventies in de volksgezondheid te beoordelen. ^[11]

Nu gaat het bij het redden van mensenlevens feitelijk maar zelden om het leven van een pasgeborene die nog een heel leven voor zich heeft. Daarom is het begrip qaly ontwikkeld. Dat verwijst naar een levensjaar in goede gezondheid. Bij een (medische) behandeling bepalen we het verwachte aantal qaly's door enerzijds te kijken naar het aantal naar verwachting resterende levensjaren en anderzijds naar de kwaliteit van leven van deze jaren. ^[12]

De rekenkundige verhouding tussen VSL en qaly –die het mogelijk maken om beleidsmatig een verbinding te maken tussen economie en gezondheid– wordt bepaald door de levensverwachting in een samenleving. Dit zien we in het advies van de RVZ duidelijk terug: “Deze [VSL levert] een indicatie [op] voor het antwoord op de vraag welk plafond gehanteerd zou moeten worden [voor de kosteneffectiviteit in de volksgezondheid]. Een bedrag van € 80.000 per QALY is op grond van al deze gegevens verdedigbaar”. ^[13] Helsloot, Pieterman en Hanekamp stellen meer expliciet voor om “de waarde van een statistisch leven op 6 miljoen euro vast te stellen [en om] uitgaande van een levensverwachting van 80 jaar [een] maximale investering voor een qaly van 75.000 euro” als norm te stellen. ^[14]

De vraag stellen of een lockdown wel de meest doelmatige, kosteneffectieve aanpak is om ten tijde van een pandemie de volksgezondheid te bevorderen, is voor velen contra-intuïtief. Ter toelichting –en verdediging– is het daarom belangrijk enkele zaken vooraf zo duidelijk mogelijk te maken. Een eerste punt is dat, zoals hiervoor duidelijk gemaakt, vragen over doelmatigheid bij overheidsinterventies vast onderdeel van besluitvormingsprocessen zijn. Een tweede punt is dat het bij het stellen en beantwoorden van zulke vragen niet gaat om een tegenstelling tussen gezondheid en economie. De analyse vindt plaats door vergelijkingen te maken in termen van gewonnen of verloren qaly's. Ten derde kunnen we opmerken dat het impliciete ethische doel van een kba ‘het grootste

goed voor het grootste aantal' is. Hoewel niet expliciet of noodzakelijk is de impliciete normatieve opvatting achter een kba dat meer qaly's genereren in beginsel beter is dan met minder genoegen nemen. Wie in een specifieke situatie met minder genoegen wil nemen, heeft iets uit te leggen als de keuze expliciet gemaakt moet worden.

Tenslotte nog het volgende. In mijn eerdere publicatie stelde ik de principiële vraag wat we in de context van Covid-19 bedoelen met **'een leven redden'**? Omdat dit zo'n belangrijke vraag is en omdat hier veel te weinig aandacht aan gegeven wordt, ga ik er hier nogmaals op in.

We hebben het namelijk niet over iemand uit een brandend huis redden. En evenmin over het leven redden van een zwaargewond verkeersslachtoffer. We hebben het hier over het voorkomen dat iemand besmet wordt door het Covid-19 virus. En dan specifiek mensen die door een hoge leeftijd of reeds bestaande zwakke gezondheid als gevolg van de besmetting waarschijnlijk zouden overlijden. Specifiek voor deze groep wordt voor Nederland berekend dat met het overlijden als gevolg van Covid-19 bij mannen 3,9 qaly's en bij vrouwen 3,5 qaly's verloren zijn gegaan. Daarbij wordt rekening gehouden met het feit dat vooral oudere en zwakkere mensen overlijden. ^[15] Dit bevestigt schattingen van drie tot vier qaly's per 'gered leven' zoals die door sommigen begin 2020 al gehanteerd zijn.

Het doel was, als gezegd, steeds om de capaciteit van de intensive care afdelingen niet teveel te belasten. In dit verband spreekt men wel van 'flattening the curve'. Deze uitdrukking geeft in feite al aan dat het doel is om het aantal besmettingen tijdelijk te dempen. Men gaat er vanuit dat die besmettingen dan op een later moment alsnog zullen optreden. In 2020 stelde Ioannidis al dat "[p]roponents of 'lockdown to flatten the curve' should acknowledge that [the lockdown] gains time for hospital preparedness but that most, if not all, covid-19 deaths will still happen when measures are relaxed". ^[16] Het komt er dus op neer dat lockdowns geen levens redden, tenzij ze volgehouden worden tot effectieve behandelingen of vaccins beschikbaar zijn.

In deze context betekent 'een leven redden' feitelijk dat voor zeer lange tijd iedere dag opnieuw de besmetting voorkomen moet worden. Dat was natuurlijk een onmogelijke taak. Het virus was immers zeker vanaf eind december 2019 al 'ontsnapt' aan Wuhan. In de intens geglobaliseerde wereld was Covid-19 in januari 2020 al over de gehele wereld verspreid. In februari en maart wisten

we dat het zeer besmettelijk was. Rond die tijd was ook bekend dat velen hun besmetting zo goed als ongemerkt doormaakten. Wie kon in die situatie oprecht menen dat er ook maar één burger aan besmetting zou kunnen ontkomen?

De situatie in de verpleeghuizen voorjaar 2020 is illustratief. Die gingen voorjaar 2020 alle in een extreem strikte lockdown. Desondanks overleden daar toch enkele duizenden mensen door Covid-19 zoals het CBS eind mei wereldkundig maakte. ^[17] De restrictieve maatregelen hadden daar, voor iedereen op het journaal dagelijks te aanschouwen, onaanvaardbare neveneffecten. In oktober 2020 verschijnen naar aanleiding van een manifest vele berichten met daarin deze boodschap:

"Achteraf is héél Nederland het er wel over eens: de totale sluiting van alle verpleeghuizen mag nóóit meer gebeuren. Medewerkers zagen hoe bewoners eronder leden. Stil werden, achteruit gingen. Er was oog voor de veiligheid, maar de kwaliteit van leven werd opgeofferd, zo weten we achteraf maar al te goed." ^[18]

Onzekerheid, politisering en marginalisering

Een rode draad In deze analyse is de intense verknopping van politiek en wetenschap. Het is belangrijk om steeds te beseffen hoezeer hiervan sprake is. Er was geen politieke en publieke boodschap die meer of nadrukkelijker werd uitgedragen dan 'wij volgen de wetenschap'. Dit leidde –en leidt nog steeds– tot politisering van de wetenschap. ^[19] Experts, die kritische vragen stelden en alternatieve voorstellen deden, ondervonden tal van vormen van buitensluiting. Dit controlerende gedrag trad overal op, ongeacht of het beleid juist wel of juist niet op lockdowns gericht was. Zo wordt voor Zweden, waar liberaal beleid de norm was, vastgesteld dat...

"Several individual academic researchers questioned the Swedish strategy in the social, (inter)national media, and scientific literature. Many have been reprimanded by their superiors, e.g., that they were supposedly not allowed to use their university affiliation, or that they were criticised for undermining the authorities—clearly breaching the right of (Academic) Freedom of Speech." ^[20]



De totale sluiting
van álle verpleeg-
huizen mag nóóit
meer gebeuren.

Dit patroon van het afdwingen van de schijn van consensus door het (dreigen met) buitensluiten, vinden we ook in de wetenschappelijke vakliteratuur. Een groep onderzoekers onder leiding van Ioannidis concludeert na onderzoek in het British Medical Journal: “BMJ appears to have favored and massively promoted specific COVID-19 advocacy views [in favor of lockdowns] during the pandemic, thereby strongly biasing the scientific picture on COVID-19.”^[21] Foster en Frijters melden vanuit Australië in dit verband: “As one of the editors of an Australian economics journal expressed the situation in an email: ‘There is an enormous groupthink taking place on the one hand, and on the other the dissenters do not dare speak out. There is a lot of self-censorship going on— everyone has seen how [Foster has] been pilloried for taking a contrarian stance.’”^[22]

Nu zou je kunnen denken dat dit niet zo vreemd is tijdens een zich voltrekkende crisis. In mijn boek *Gewicht zit niet tussen je oren* laat ik echter zien dat dezelfde gedragingen ook bestaan in het domein van experts en beleidsmakers op het gebied van overgewicht als volksgezondheidsprobleem.^[23] Ik heb in deze context het idee van een “ijzeren kooi” geïntroduceerd. Dit houdt in dat wetenschappelijke kennis nagenoeg onkwetsbaar wordt voor wetenschappelijke kritiek indien die kennis door politici is uitverkoren tot leidraad voor beleid. En des te meer wanneer zich bij deze collusie vervolgens ook nog economische en/of maatschappelijke belanghebbenden aansluiten.^[24] De ontwikkelingen rond wetenschap en beleid tijdens de coronapandemie leveren hiervan een verschrikkelijk goed voorbeeld.

Vanwege de complexiteit van de problematiek zal ieder onderzoek sowieso antwoorden van meer of minder beperkte strekking geven. In veel analyses die ik bij het maken van deze update tegenkwam, werd bijvoorbeeld niet of nauwelijks onderscheid gemaakt tussen de impact van het virus en de impact van de maatregelen. Vanwege de complexiteit is dat ook moeilijk te doen. Voor bepaalde gevolgen –denk aan long covid– zal de impact op de gezondheid pas na jaren duidelijker zijn geworden. Maar de politisering speelt ook een rol. Zo hebben de vaccinaties zonder twijfel grote positieve invloed gehad op de gezondheid. Er was echter enorme haast om ze te kunnen inzetten. Daarom zou het goed geweest zijn om intensieve screening van negatieve bijwerkingen in te richten. Dat is maar ten dele gebeurd. Een belangrijk instrument als post mortem onderzoek is bijvoorbeeld zelden gebruikt. Ook de kosteneffectiviteit van de vaccinatieprogramma's is nog niet echt duidelijk. Zeker als het gaat om het vaccineren van kinderen terwijl bekend was dat Covid-19 vrijwel uitsluitend gevaarlijk was voor ouderen met onderliggende aandoeningen.

In de evaluatieonderzoek van Nederlandse instituten ben ik geen maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) tegengekomen. Hoewel bijvoorbeeld de OVW zeer kritisch is en veel negatieve bijwerkingen van het coronabeleid benoemt, maakt hij geen expliciete MKBA. Het is zorgwekkend dat voor zover publiek gemaakt door of vanwege de overheid geen expliciete en openlijke rekenschap wordt afgelegd over het gevoerde beleid tijdens de coronapandemie.

Bij toeval bleek bij het maken van deze update dat een dergelijke analyse in een vroeg stadium al wel gemaakt is binnen het Ministerie van Economische Zaken door de directie Algemene Economische Politiek.^[25] Die bleef echter buiten beeld tot ze door WOO verzoeken toch bekend werd. Foster en Frijters merken hierover in ‘Hiding the elephant’ op:

“In March 2020, the Dutch Ministry of Economic Affairs (2020) estimated the health damage from lockdowns and associated disruptions to normal health services to be at least three times larger than the anticipated gains of lockdowns. The Dutch government buried this evidence for over a year.”^[26]

De vier kernpunten van de ambtelijke notitie van de Directie AEP laten zien dat er grote zorg is over “een langdurige bevrozing van veel maatschappelijke en economische activiteiten”. Tevens blijkt dat de aanleiding voor de notitie ligt in het feit dat in het voorjaar van 2020 diverse hoogleraren in het publieke debat betogen dat “de maatschappelijke en economische kosten van de huidige bevrozing te hoog zijn – de gezondheidsbaten wegen niet op tegen de kosten.” Expliciet noteren de ambtenaren: “Een eigen MKBA vanuit AEP onderschrijft deze conclusie.” Volgens de auteurs is het cruciaal “om de economie zo goed mogelijk te laten draaien onder verstandige gezondheidsrestricties.” Ze stellen ook dat “een eenzijdige focus op sterftecijfers [moet] worden voorkomen.”

Dit is een goed voorbeeld van hoe onwelgevallige informatie niet vrijwillig en transparant wordt gedeeld. Zeker niet als die informatie een negatief licht werpt op de beleidslijn waar een duidelijk politiek commitment voor is getoond. Met dit consistent breed in politiek en samenleving aangetroffen mechanisme van het afdwingen van (de schijn van) consensus moet serieus rekening gehouden worden als we nadenken over de vraag hoe we bij toekomstige pandemieën – en eigenlijk bij ieder politiek gevoelig en omstreden onderwerp – zouden moeten handelen. Ook bij het beschouwen van de evaluatieonderzoeken van de Nederlandse instituten is het goed dit inzicht voor ogen te houden.

RIVM evaluatieonderzoeken

Het RIVM en verwante instituten verdienen complimenten voor het opzetten van het programma 'Gezondheidsonderzoek Covid-19'.^[27] Over dit onderzoek zegt men ter toelichting:

"Met de Integrale Gezondheidsmonitor COVID-19 brengt het Netwerk Gezondheidsonderzoek bij Rampen (GOR) in kaart wat de gevolgen van de coronacrisis op de gezondheid. Het netwerk bestaat uit de GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst)en, GGD GHOR Nederland (externe link), RIVM, het Nivel (externe link) en ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum (externe link). Het onderzoek duurt 5 jaar (2021-2025) en krijgt subsidie van ZonMw (Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie) (namens het ministerie van VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport))."^[28]

Kritische kanttekeningen kunnen overigens wel gemaakt worden. Zo is er het al eerder genoemde probleem van het niet of onvoldoende duidelijk onderscheid maken tussen het virus als zodanig en de maatregelen die genomen zijn. Dat is veelal ook lastig te doen, maar de teksten laten niet zien dat dit serieus geprobeerd is. Nogal eens lijkt het wel alsof überhaupt de gedachte dat ook het beleid negatieve effecten kan hebben afwezig is bij de auteurs. Neem bijvoorbeeld de derde systematische literatuurstudie die het RIVM in 2023 publiceert.^[29] In de Samenvatting wordt gesproken over 'de gevolgen van de pandemie'. Gemeld wordt:

"De pandemie had meestal een negatief effect op het sociale functioneren van mensen. Ze namen minder vaak deel aan sociale activiteiten en voelden zich sociaal geïsoleerd. Ook was de ervaren kwaliteit van sociale contacten lager, bijvoorbeeld omdat ze online waren."

Er wordt hier geen verband gelegd met bijvoorbeeld lockdowns en schoolsluitingen. Slechts één keer wordt zo'n verband met het woord 'lockdown' genoemd: "Verder is duidelijk dat de mentale gezondheid van de jeugd ook na het eerste jaar van de pandemie is afgenomen, vergeleken met de periode voor de pandemie. Depressieve klachten en angstklachten kwamen vaker voor. Dat was vooral te zien tijdens lockdowns. Hoewel de klachten tijdens versoepelingen van de maatregelen verminderden, herstelde de mentale gezondheid van de jongeren niet helemaal. Het is niet bekend hoe dit zich op langere termijn ontwikkelt."

In maart 2022 rapporteert het RIVM over het 'Mentaal welbevinden en leefstijl tijdens de coronacrisis'.^[30] In deze rapportage wordt onder andere gesteld:

"Het mentaal welbevinden bewoog in grote lijnen mee met het strenger worden dan wel versoepelen van de coronamaatregelen." Voor jongeren geldt: "Vergeleken met 2019 is het mentaal welbevinden van jongeren en jongvolwassenen tijdens de coronacrisis achteruit gegaan, met name de psychische gezondheid. Ook eenzaamheid is toegenomen vergeleken met vóór corona." En voor ouderen: "De psychische gezondheid en ervaren gezondheid (twee van de vijf aspecten van mentaal welbevinden) van ouderen zijn tijdens de coronacrisis stabiel gebleven. Psychische klachten zoals somberheid, nergens zin in hebben, slaapproblemen en piekeren namen af bij versoepelingen van de maatregelen en namen weer toe bij aanscherpingen. Ook eenzaamheid onder ouderen volgde dit patroon."^[31]

Een update van 6 juni 2024 vanuit het 'Kwartalonderzoek jongeren' laat zien dat nog steeds sprake is van serieuze problemen: "Het percentage jongeren met psychische klachten nam af van 37% naar 33% en eenzaamheid daalde van 47% naar 44%. Ook hadden iets minder jongeren zelfdodingsgedachten. Dit percentage daalde licht van 15% naar 13%." Maar er zijn ook aanwijzingen voor verslechtering: "Begin 2024 kwamen nog steeds meer kinderen en jongeren voor zelfdodingspogingen of gedachten bij de huisarts dan in dezelfde periode in 2019. Het verschil met 2019 was 32%, dat is meer dan in het vorige kwartaal (toen was het 21% hoger dan in 2019)."^[32] Van dezelfde datum gaat een ander bericht over de 'Impact coronatijd' en daaruit blijkt dat "ruim een vijfde van de jongeren last houdt van gebeurtenissen uit de coronatijd".^[33]

Een zeer belangrijk en ook kritisch onderzoek van het RIVM betreft het verlies aan qaly's vanwege uitgestelde zorg. In mijn analyse van 2020 wees ik in dit verband op een berekening van Gupta Strategists.^[34] Zij schatten het verloren aantal qaly's toen in op 100.000 tot 400.000 qaly's. In juli 2022 heeft het RIVM zelf berekend hoeveel qaly's hierdoor verloren zijn gegaan. Zij komen uit op 320.000 qaly's, waarmee de hoogste schatting van Gupta dus de meest realistische blijkt te zijn. Het RIVM meldt bij zijn onderzoek het volgende:

"Door de coronapandemie zijn in 2020 en 2021 meer dan 305.000 operaties uitgesteld. Het RIVM heeft berekend dat hierdoor 320.000 levensjaren in goede gezondheid verloren zijn gegaan. De kans is klein dat dit verlies van gezondheid nog teruggewonnen kan worden. ... Het grootste deel komt door uitgestelde staar-, heup- en knieoperaties. Het totale gezondheidsverlies is waarschijnlijk groter omdat niet alle vormen van zorg zijn meegeteld. Bijvoorbeeld uitgestelde diagnoses en zorg op poliklinieken."^[35]

In deze berichtgeving zien we opnieuw dat het virus en niet het beleid als oorzaak wordt aangewezen. Heel duidelijk blijkt dat uit deze uitspraak: "Dit onderzoek laat een deel van de totale gezondheidsschade zien die het coronavirus heeft veroorzaakt in onze samenleving." [36] Nader onderzoek over 2022 laat zien dat bij een op de zes mensen zorg is uitgesteld. In de berichtgeving hierover wordt maart 2023 onder andere opgemerkt: "Een derde van de volwassenen ervaart negatieve gevolgen van uitgestelde zorg (9% erg veel en 26% een beetje). Daarnaast gaf bijna twee derde (65%) van de volwassenen die te maken kregen met uitgestelde zorg aan dat ze hier geen last door ervaren." [37] In de samenvatting van de eerder aangehaalde systematische literatuurstudie lezen we:

"Tot slot had uitgestelde zorg een negatief effect. Hierdoor was de gezondheid van bijvoorbeeld mensen met een hartinfarct na behandeling meer afgenomen dan gebruikelijk. Ook hadden ze meer complicaties. Patiënten met kanker hadden meer uitzaaiingen door latere diagnoses en behandelingen. Ook hadden mensen door uitgestelde operaties een lagere kwaliteit van leven dan voor de pandemie." [38]

Het valt te prijzen dat het RIVM dit onderzoek naar de schade aan de volksgezondheid als gevolg van het uitstellen van planbare zorg heeft gedaan en gepubliceerd. We kunnen deze schade overigens niet geheel toeschrijven aan gemaakte beleidskeuzen. Wanneer zich veel mensen met grote acute klachten vanwege corona bij ziekenhuizen melden, is zeker in eerste instantie weinig anders mogelijk dan ingeplande zorg uitstellen. In de loop van de tijd valt echter wel een steeds groter deel toe te schrijven aan het beleid. Tijdens een pandemie zullen mensen bovendien uit zichzelf soms een bezoek aan de gezondheidszorg uitstellen uit vrees daarbij besmet te worden. Het hangt daarbij dan wel weer van de overheidscommunicatie af in welke mate mensen een dergelijke vrees ontwikkelen.

Samenvattend kunnen we stellen dat het onderzoek duidelijk maakt dat zowel de uitgestelde zorg als de restrictieve maatregelen hebben geleid tot verlies van gezonde levensjaren en van afgenomen kwaliteit van leven in de vorm van eenzaamheid en psychische klachten.

Ik heb geen publicaties kunnen vinden die iets zeggen over gewonnen qaly's door restrictieve lockdownmaatregelen. Nu zij wel duidelijk zijn over de negatieve gezondheidseffecten, lijkt het RIVM impliciet te erkennen dat het beleid meer gezondheidsschade heeft aangericht dan het heeft voorkomen.

Evaluatieonderzoek door andere instanties

In mijn analyse van 2020 wees ik onder andere op de negatieve gezondheidseffecten die verbonden zijn met werkloosheid. Gelet op de ontwikkelingen sindsdien lijkt dit risico mee te vallen, zeker in vergelijking tot de sterk negatieve verwachtingen. Deze zijn mede door steunmaatregelen van de overheid gelukkig niet gematerialiseerd.

De berichtgeving begin 2021 is nog sterk wisselvallig. Onder verwijzing naar het CBS meldt de NOS op 21 januari dat de werkloosheid in december 2020 met ongeveer 10.000 gedaald is. [39] Een week later rapporteert de NOS echter onder verwijzing naar het UWV dat de coronacrisis 189.000 banen heeft gekost en de arbeidsmarkt drie jaar is teruggezet. [40] Op 16 februari meldt de NOS dat de werkgelegenheid in 2020 een "ongekend grillig verloop" laat zien met in het tweede kwartaal 297.000 banen die verdwijnen. Daar komt het banenverlies van 164.000 in het derde kwartaal dan nog bovenop. [41] Twee dagen later lezen we bij de NOS echter het zeer positieve bericht "Werkloosheid gaat ondanks coronacrisis hard omlaag". [42] In november 2021 meldt het CBS zelfs dat de "Werkloosheid [is] gedaald tot [het] niveau van voor [de] coronacrisis". [43] De meest recente cijfers van het CBS dateren van 15 augustus 2024. [44] De grafiek die daar getoond wordt, laat zien dat de werkloosheid in 2017 op bijna 600.000 staat en daarna een afnemende trend volgt tot iets minder dan 400.000. De piek van meer dan 500.000 in 2020 heeft dan iets meer dan een jaar geduurd. De laatste tijd is de voornaamste klacht dat voor allerlei werk geen mensen te vinden zijn om het te doen.

Op 30 maart 2022 brengt De Nederlandse Bank (DNB) een rapport uit onder de titel "De invloed van het corona steun- en herstelpakket op het Nederlandse bedrijfsleven". [45] Van de tien 'Kernpunten' is alleen de laatste enigszins kritisch: "Vanuit economisch en budgettair perspectief kan de vraag worden gesteld of het doelmatig is dat een deel van de gelden uit het steun- en herstelpakket en een deel van het belastinguitstel is gegaan naar bedrijven in bedrijfstakken die relatief licht zijn geraakt door de coronacrisis of een laag productiviteitsniveau hebben." Zoals 'Tot slot' wordt opgemerkt, is de focus van dit onderzoek dan ook beperkt tot de vraag "naar de mate waarin bedrijven gebruik hebben gemaakt van het corona-gerelateerd belastinguitstel, en hoe zwaar dit uitstel drukt op hun toekomstige winstgevendheid."

DNB stelt in dit of ander onderzoek niet de vraag of de stijging van de staats-schuld door deze maatregelen verantwoord is, gezien vanuit het oogpunt van algemeen maatschappelijke kosteneffectiviteit. Dit geldt helaas ook voor de 'Economische analyse van de Tozo-regeling' die het CPB heeft gemaakt. ^[46] Als er een instantie in Nederland is die de vraag juist wel zou moeten stellen, dan is het wel de Algemene Rekenkamer. Maar ook bij die instantie zoekt men tevergeefs naar een kostenbatenanalyse van het coronabeleid. ^[47]

Tamminga gaf in september 2024 nog een overzicht van de ontwikkelingen op dit gebied. Doelend op de coronapandemie stelt hij: "oude zeer blijft een rol spelen in de economie en de begroting". Hij vraagt zich af wat de pandemie Nederland in economisch opzicht heeft gekost. Hij noemt "het 'recht' op overheidshulp... een van de verborgen kosten van de pandemie". Hij besluit: "tel je alles op, de maatregelen, de verschaalde dynamiek, de oninbare belastingen, de vermogensverliezen en de tekorten op de arbeidsmarkt dan zit je gemakkelijk op een kostenpost van 100 miljard euro." ^[48] In de analyse van de economen Foster en Frijters die ik in de volgende paragraaf bespreek, komt dit aspect uitvoerig aan de orde.

Het onderzoek van de OVV naar de "Aanpak Coronacrisis" heeft drie rapporten opgeleverd. ^[49] Deze drie rapporten leveren duidelijke kritiek op de gekozen aanpak. Die uitgebreide kritiek geeft goede onderbouwing aan de kritische noten die sommigen al in 2020 kraakten. In het bijzonder betreft dat de kritiek op het gebrek aan beleidsaandacht voor de maatschappelijke gevolgen. ^[50] De OVV gaat ook in op allerlei aspecten die hier niet direct relevant zijn. Denk bijvoorbeeld aan de belangrijke vraag wie er binnen de regering nu uiteindelijk verantwoordelijkheid droeg(en) voor de aanpak. ^[51]

Een belangrijke vraag, die vroege critici van het beleid opwerpen, is of de enorme financiële lasten die de overheid met het pandemiebeleid op zich heeft genomen wel verantwoord zijn. Die lasten zullen in de toekomst door de bevolking gedragen moeten worden. De kritiek luidde dat deze kosten veel hoger zullen zijn dan de mogelijke gezondheidswinst. De Directie economische politiek van het Ministerie van economische zaken was het, zoals hiervoor aangehaald, in een geheim gehouden notitie met deze kritiek eens. In alle hiervoor aangehaalde evaluatieonderzoeken ontbreekt echter een brede maatschappelijke kostenbatenanalyse van het lockdownbeleid. Je zou met de metafoor van Foster en Frijters kunnen stellen dat alle Nederlandse instellingen zorgvuldig – of beter: onzorgvuldig – vermijden om de olifant in de kamer aan te wijzen.

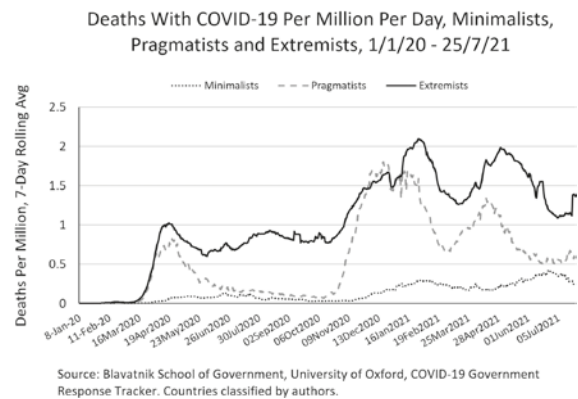
Er is, opnieuw, geen aanleiding om het oordeel uit 2020 bij te stellen dat, alle baten en kosten overwegend, weinig of geen gezondheidswinst behaald is door het beleid dat wel enorm kostbaar was en is. In de volgende paragraaf bespreek ik twee recente en breed opgezette kostenbatenanalyses om te achterhalen of deze ander licht op de zaak werpen.

Update kostenbatenanalyses

De twee studies die ik hier bespreek geven een actueel en breed beeld van de uitkomsten van de vele kosten-batenanalyses die wereldwijd gedaan zijn. Ik bespreek eerst de studie van Foster en Frijters, 'Hiding the elephant: The tragedy of Covid policy and its economist apologists'. ^[52] Hun analyse is vooral op Australië gericht maar geeft ook een globaal beeld van de samenhang tussen duur en strengheid van lockdowns en de mate van overlijden 'met Covid'. ^[53] Aansluitend ga ik in op het boek *Did Lockdowns Work?* van Herby, Jonung en Hanke. ^[54] Deze studie is een systematische review en meta-analyse en is bijzonder omdat ze het 'eindresultaat' is van een reeks eerdere publicaties van deze auteurs. Ik vond geen andere studie van dezelfde omvang of met een even uitgebreide methodologische verantwoording. ^[55]

1 Hiding the Elephant

Voor een vergelijking van Australië met andere landen in de wereld maken Foster en Frijters onderscheid tussen landen die in 2020 60 dagen of meer in lockdown gingen ('extremisten'); landen met een lage 'stringency index' ('minimalisten') en alle landen daar tussenin ('pragmatisten'). In twee grafieken vatten zij samen hoe tussen 1 januari 2020 en 31 juli 2021 voor deze drie categorieën de gestrengheid van lockdown maatregelen was (Figuur 1) en hoeveel overlijdens 'met Covid' per miljoen geregistreerd zijn (Figuur 2). Vooral Figuur 2 (zie hieronder) is verrassend. Het 'overlijden met Covid' blijft over deze hele periode veel lager bij de minimalisten dan bij de pragmatisten. En bij de pragmatisten blijft het aantal – behoudens een korte periode eind 2020 – weer lager dan bij de extremisten. De auteurs concluderen: "At a minimum, Figure 2 proves that the many predictions of inevitably extreme numbers of COVID deaths following a failure to lock down, on which lockdown policies in extremist countries around the world were based, were wrong." ^[56]



De auteurs gebruiken in hun analyse de WELLBY, een maatstaf die gebaseerd is op de ervaren kwaliteit van leven. De gebruikelijke methodologie van kosten-batenanalyses, waarin de qaly centraal staat, refereert uiteindelijk aan monetaire waarden. De negatieve sociale en psychische effecten die door het RIVM gerapporteerd worden, kunnen hiermee niet erg goed verwerkt worden. De WELLBY meet juist wel de waarde mensen geven aan de kwaliteit van hun leven. De vraag die hierbij centraal staat –en die in veel enquêtes ook al vaak gesteld wordt– is: ‘Overall, how satisfied are you with your life nowadays?’ De WELLBY methodologie is door Frijters in 2020 voorgesteld en wordt vanaf 2021 onder andere door de UK Treasury gebruikt. De auteurs geven de volgende definitie: “One WELLBY (‘wellbeing year’) is defined as one unit of life satisfaction on the 0–10 answer scale for this question, for one person, for one year.” Zij stellen dat een qaly of gezond levensjaar vergelijkbaar is met zes WELLBYs. [57]

De auteurs melden dat een dozijn studies op basis van de WELLBY methodologie tot de conclusie zijn gekomen dat de kosten van Covid lockdowns tussen vier en duizend keer hoger zijn dan de baten. Voor hun eigen uitkomsten benoemen ze vier doorslaggevende factoren. De eerste factor is de vraag of en hoeveel qaly gewonnen zijn met lockdown maatregelen. Zij komen voor Australië uit op 155.000 qaly's oftewel 930.000 WELLBYs. Bedenk dat de bevolking van Australië iets meer dan 26 miljoen mensen telt. Ter vergelijking: dat is bijna de helft meer dan Nederland.

De tweede factor is “the loss of WELLBYs during lockdowns via reduced mental health, loneliness, worse physical health, idleness, loss of purpose and other such changes.” Zij stellen “that for Australia as a whole, a 1-month lockdown brings a loss of 1.1 million WELLBYs. A similar figure can be recovered by comparing Australia to Sweden, a country that experienced COVID waves but no lockdowns.” [58]

De derde factor betreft de toename van de staatsschuld. Zij schatten dat 1 maand van lockdowns leidt tot een stijging van 1 procent in de ‘debt-to-GDP ratio’. Het verlies aan WELLBYs daarvan is volgens hen 2.64 miljoen. Zij rekenen de helft daarvan toe aan Covid beleid. Dit leidt tot de conclusie dat door de toegenomen staatsschuld iets meer dan 25 miljoen WELLBYs verloren gaan. [59] Teruggerekend naar qaly's zijn dat ruim vier miljoen qaly's.

De vierde factor betreft de vraag “just how many health problems are created in the future by mandated disruptions to normal health services.” Zij schatten het verlies aan WELLBYs in dit verband op 370.000 per maand in lockdown. De auteurs benoemen daarnaast het uitstel dat bij IVF procedures is opgetreden. Hoewel zij aangeven dat dit een lastig filosofisch vraagstuk is, schatten zij dat per maand uitstel 370.000 WELLBYs verloren zijn gegaan aan niet-geboren maar wel gewenste kinderen. [60]

Ze noemen nog een reeks andere factoren die ook een rol spelen, maar stellen dat die het algemene beeld niet wezenlijk beïnvloeden. Alles overwegend komen zij tot de schatting dat voor iedere “10 days of lockdowns, it is as if 3 days of life are deducted from everyone. The average human in the world has seen almost 34 weeks of lockdowns since January 2020, adding up to a staggering worldwide loss of human wellbeing that we directly attribute to policy choices in the COVID era.” Zij geven hierbij aan dat de uitkomsten nog steeds negatief zijn als we de baten van het beleid vier keer hoger inschatten en de kosten vier keer lager. [61]

Foster en Frijters wijzen er aanvullend op dat,

“[T]he costs of lockdowns are worse still when we consider the effects they have had on poor countries that have seen their trade disrupted and have been given a disastrous example to follow. Joffe (2021) documents in great detail the many health costs paid by poor countries and the website collateralglobal.org, an outgrowth of the Great Barrington Declaration, [62] tracks them. Poor countries have seen non-COVID inoculation programmes disrupted, food prices rise 30%, the number of extremely poor and at-risk people rise dramatically, a significant reduction in access to clean birth, and other large shocks. While not seriously acknowledged yet in Australia, the poor world has been severely affected by lockdowns.” [63]

De slotconclusie van hun analyse is: "Covid lockdowns have been the worst policy disaster in Australian peacetime history."

Het meest bijzonder aspect van de tekst van Foster en Frijters' is hun kritiek op de houding van de beroepsgroep van economen in Australië. ^[64] Zij spreken over "groupthink-gone-wrong" in de zin dat zeer velen in deze groep "used their professional status in publicly supporting policies that violated human rights, were expected to destroy social welfare, and arguably terrorised the domestic population—while in several cases also attempting to silence those with dissenting views". Een heel bijzondere kritiek die zij uiten, is een verwijzing naar de Nuremberg Code. Dit verwoorden zij als volgt: "The Nuremberg code, drawn up to prevent a recurrence of the Nazi experiments, explicitly requires a mass medical experiment (such as a population-wide lockdown justified on the grounds of protecting public health) to be supported by reasonable evidence that the damage of the intended cure to population health is likely to be less than the benefit. Failure to have that evidence, and to implement the experiment anyway, is a crime against humanity." ^[65] Ook als we deze kritiek te extreem vinden, geeft deze overweging toch te denken.

2 Did Lockdowns Work?

De tweede kostenbatenanalyse die ik bespreek, is te vinden in het boek *Did lockdowns work? The verdict on Covid restrictions* van Herby, Jonung en Hanke uit 2023. Dit onderzoek betreft een systematische review en meta-analyse. Met brede zoekopdrachten zijn meer dan 10.000 relevante studies gevonden. Daarvan zijn de meeste afgefallen door een eliminatie proces waarbij vooral gelet wordt op relevantie en kwaliteit. Uiteindelijk zijn de gegevens uit 22 studies geconsolideerd en aan een meta-analyse onderworpen. Het boek is veel te uitgebreid om volledig te bespreken. Ik beperk me tot de conclusies en in het bijzonder tot hun oordeel over de totale maatschappelijke kosten. ^[66] Ik maak voorafgaand enkele opmerkingen over de kwaliteit van het onderzoek.

Did Lockdowns Work? is bijzonder omdat dit boek het 'eindresultaat' is van een reeks eerdere publicatie van deze auteurs. ^[67] Deze verschijnen in 2021 en 2022. In de hier besproken eindversie zijn de kritieken op de eerdere versies verwerkt. ^[68] Tevens verwijzen de auteurs naar eerdere en vergelijkbare meta-analyses en stellen zij dat deze tot vergelijkbare resultaten zijn gekomen. ^[69] De review van Talic en anderen melden onder het kopje 'What this study adds':

"The findings of this review suggest that personal and social measures, including handwashing, mask wearing, and physical distancing are effective at reducing the incidence of covid-19. More stringent measures, such as lockdowns and closures of borders, schools, and workplaces need to be carefully assessed by weighing the potential negative effects of these measures on general populations." ^[70]

De review van Lezadi et al. stellen in de Abstract:

"Results of the meta-analysis showed that adoption of NPHIs has resulted in a 4.68% (95% CI, -6.94 to -2.78) decrease in daily case growth rates, 4.8% (95 CI, -8.34 to -1.40) decrease in daily death growth rates, 1.90 (95% CI, -2.23 to -1.58) decrease in the COVID-19 reproduction number, and 16.5% (95% CI, -19.68 to -13.32) decrease in COVID-19 daily ICU admission. ... Studies need to address the impact of NPHIs on the population's other health problems than COVID-19." ^[71]

Talic meldt dus wel effectiviteit van NFI's, maar geeft niet direct aan hoe groot deze is. Talic geeft ook aan dat de mogelijke negatieve effecten van NFI's overwogen moeten worden. Dat laatste vinden we ook bij Lezadi. Die geeft wel statistische informatie over de effecten op afname van dagelijkse groei van besmettingen en overlijden. Hun bevinding van "4,8% decrease in daily death" valt midden in het spectrum dat Herby, Jonung en Hanke noemen: "The 3.2 per cent to 10.7 per cent [of reduced Covid mortality] corresponds to 6,000-23,000 avoided deaths in Europe and 4,000-16,000 avoided deaths in the United States." ^[72]

Herby, Jonung en Hanke stellen op basis van deze bevindingen: "Overall, our meta-analysis supports the conclusion that lockdowns – at least in the spring of 2020 – had a negligible effect on COVID-19 mortality." Als we de vermeden sterfte die zij vinden omrekenen naar qaly's en uitgaan van drie gewonnen qaly's per gered leven, dan komt dat neer op 18.000 tot 69.000 qaly's in (heel!) Europa en 12.000 tot 48.000 in de Verenigde Staten. Dat de auteurs dit als 'verwaarloosbaar' kwalificeren, lijkt wel terecht. We moeten bovendien bedenken dat het gaat om 'geredde levens' in de eerste ziektegolf van voorjaar 2020. Als we voor ogen houden dat zulke levens iedere dag opnieuw gered moeten worden, dan is 3 qaly's per levensjaar een overschatting en 0,5 of 1 qaly aannemelijker.

De auteurs openen hun oordeel over de totale kosten voor de samenleving met de constatering dat een "growing body of research argues that lockdowns have had devastating and far-reaching effects in many fields of society and through many channels." Zij sommen de uiteenlopende nadelen van de restricties als volgt op:

"In addition to their immediate economic impact, lockdowns have reduced the time spent by children in school, decreasing the extent of education, and therefore reduced investment in human capital, increased mental disorders and domestic violence, and caused significant quality-of-life losses. Lockdowns have also reduced personal freedom, caused political unrest, strengthened authoritarian tendencies, increased government corruption, and undermined liberal democracy."^[73]

Herby, Jonung en Hanke proberen in hun analyse zo goed mogelijk rekening te houden met de keuzes die burgers zelf zouden maken indien de overheid niet meer zou doen dan zo feitelijk mogelijk aangeven wat bekend is over de ziekte. Dit aspect zien we ook in de zojuist besproken studie van Foster en Frijters. Het betreft hier een punt van kritiek op vrijwel alle rekenmodelstudies die vroeg in 2020 zijn gebruikt om de opbrengsten van de Covid restricties aannemelijk te maken. Die gingen niet alleen uit van onrealistisch hoge sterftekansen, maar ook van burgers die net zouden doen of er niets aan de hand is. Ze negeerden ook het inzicht dat 'levens redden' door zou moeten gaan tot er effectieve behandelingen en vaccins zouden zijn. De auteurs hebben de volgende inschatting gemaakt van de verhouding tussen kosten/nadelen als gevolg van individuele keuzen en de kosten/nadelen van beleidsmaatregelen:

"This insight is important, and one should be very careful when claiming that lockdowns did this or that, because much of what we observed during the pandemic happened because of voluntary changes that had nothing to do with government mandates. ... [T]he voluntary behavioural changes certainly suggest that the costs of mandatory lockdowns will likely be much less than the total costs associated with the pandemic. A good portion of the costs are the result of voluntary behavioural changes. If, due to voluntary social distancing, restaurant visits are down to 10 per cent of the pre-virus level and lockdowns then take this to 0 per cent, we cannot say that lockdowns have devastated the restaurant industry. The virus itself devastated it, and lockdowns just made it marginally worse."^[74]

De auteurs besluiten hun beoordeling over de totale kosten als volgt:

"Overall, lockdowns imposed huge costs on society wherever they were imposed. These costs are of both a short- and long-term nature. Indeed, many will linger for decades. The lockdowns will leave a long-lasting scar on the world economy."^[75]

3 Kosten en baten: conclusie

Beide hier besproken studies komen tot de conclusie dat Covid restricties verwaarloosbaar kleine positieve gezondheidseffecten hebben gehad. Herby, Jonung en Hanke geven een grotere rol dan Foster en Frijters aan de gedragskeuzen die mensen tijdens een pandemie uit zichzelf zullen maken. Desalniettemin wijzen beide studies op grote negatieve effecten van de restrictieve beleidsmaatregelen. Kortom, deze studies onderschrijven het oordeel dat de nadelen van het beleid (veel) groter zijn dan de voordelen. Yanovskiy and Socol geven de volgende schatting van de verhouding tussen kosten en baten:

"The price tag of lockdowns in terms of public health is high: by using the known connection between health and wealth, we estimate that lockdowns may claim 20 times more life years than they save. It is suggested therefore that a thorough cost-benefit analysis should be performed before imposing any lockdown for either COVID-19 or any future pandemic."^[76]

WHO visie op niet-farmaceutische interventies

Zoals aan het begin opgemerkt, is het vraagstuk dat hier aan de orde is heftig gepolitiseerd. In zulke omstandigheden wordt onderzoek met onwelgevallige uitkomsten veelal met scepsis gezien. De studie van Herby, Jonung en Hanke (2023) bracht mij echter op het spoor van informatie afkomstig van een onverdachte bron: de WHO. Het betreft een zeer kort voor de pandemie uitgebrachte publicatie –september 2019– vanuit het WHO Global Influenza Programme waarin veel niet-farmaceutische interventies (NFI's) de revue passeren.^[77] De WHO beoordeelt hierin voor al deze NFI's de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs. Ze geven ook aan of het gebruik van de interventies aanbevolen wordt en gaan ook in op de omstandigheden waarin dat gepast kan zijn. Vaak worden ook de voorwaarden opgegeven waaraan bij toepassing voldaan moet worden. Ik geef hieronder weer wat de WHO zegt over de meest relevante NFI's.^[78]

"Home quarantine of exposed individuals to reduce transmission is not recommended because there is no obvious rationale for this measure, and there would be considerable difficulties in implementing it."

"Voluntary isolation at home of sick individuals with uncomplicated illness is recommended during all influenza epidemics and pandemics, with the exception of the individuals who need to seek medical attention. The duration of isolation depends on the severity of illness (usually 5–7 days) until major symptoms disappear."



Een eenmaal
uitgebroken virus
is feitelijk niet
meer te stuiten.

Dit inzicht is volstrekt afwezig
in alle communicatie over de
'noodzaak' van lockdown maat-
regelen.

“Coordinated proactive school closures or class dismissals are suggested during a severe epidemic or pandemic. In such cases, the adverse effects on the community should be fully considered (e.g. family burden and economic considerations), and the timing and duration should be limited to a period that is judged to be optimal.”

“Workplace measures (e.g. encouraging teleworking from home, staggering shifts, and loosening policies for sick leave and paid leave) are conditionally recommended, with gradation of interventions based on severity. Extreme measures such as workplace closures can be considered in extraordinarily severe pandemics in order to reduce transmission.”

“Internal travel restrictions are conditionally recommended during an early stage of a localized and extraordinarily severe pandemic for a limited period of time. Before implementation, it is important to consider cost-effectiveness, acceptability and feasibility, as well as ethical and legal considerations in relation to this measure.”
Als men er alsnog toe wil overgaan dan uitsluitend in de “Early phase of extraordinarily severe pandemics.”

“Border closure is generally not recommended unless required by national law in extraordinary circumstances during a severe pandemic.”

In feite komen al deze adviezen bij elkaar genomen neer op de erkenning dat een eenmaal uitgebroken virus feitelijk niet meer te stuiten is. Zeker als het zoals bij Covid-19 zeer besmettelijk is en de besmetting bij velen nauwelijks opgemerkt wordt, is er geen houden meer aan. Dit inzicht, althans de erkenning ervan, is volstrekt afwezig in alle communicatie over de ‘noodzaak’ van lockdown maatregelen.

Alle restrictieve maatregelen die in Nederland en in heel veel landen ter wereld zijn genomen, staan haaks op de adviezen in deze richtlijn.

Toch zijn ze niet alleen afgekondigd maar ook met kracht verdedigd door wetenschappers en experts uit de praktijk van de bestrijding van besmettelijke ziekten. Het is onbegrijpelijk dat dit kon gebeuren. Des te meer omdat vergelijkbare oordelen en overwegingen al veel eerder bekend waren.^[79] Dit is de tweede olifant in de kamer die men onzorgvuldig vermeden heeft om aan te wijzen.

Afrondende conclusie en aanbevelingen

Martin Kulldorff, een van de opstellers van The Great Barrington Declaration, antwoordde in het najaar van 2020 op de vraag of hij verwacht dat lockdowns de nieuwe norm zullen worden met grote stelligheid: “No, because it will be so clear down the road that what we did was a big mistake.” Hij uitte wel een andere vrees: “What I am concerned about is that the trust in science and scientists, which has already taken a hit, will get even worse.”^[80] Met zijn eerste verwachting zat hij er volstrekt naast. Zijn tweede verwachting is helaas wel uitgekomen. Ik vat hieronder eerst mijn bevindingen samen. Aansluitend geef ik voor de getrokken conclusie drie verklaringen. In het verlengde hiervan –en van de hiervoor gepresenteerde feiten en analyse– doe ik drie aanbevelingen.

Alles overwegend kan ik kort zijn: niets in wat deze update ons leert vormt enige aanleiding om de bevindingen uit 2020 terug te komen. Het omgekeerde is helaas het geval: we hebben twee olifanten in de kamer ontdekt. De eerste olifant: kostenbatenanalyses van het pandemiebeleid vallen steevast negatief uit: er gaat door het restrictieve pandemiebeleid meer gezondheid verloren dan er gezondheid gewonnen wordt. De tweede olifant: iedereen die kennis droeg van de WHO richtlijn en verwante eerdere analyses en adviezen moet vooraf beseft hebben dat dit waarschijnlijk zo zou zijn. Twee olifanten in de kamer en niemand die ze aanwijst! Niet de leden van het OMT. Niet het RIVM. Niet de GGD. Niet de infectie-experts aan de universiteiten. Hoe is het mogelijk? Wie zijn betrokken bij deze conspiracy of silence? Hoe kunnen we deze gevestigde instituten nog vertrouwen? Wie de enormiteit van deze conclusie goed tot zich door laat dringen, zal de verwijzing van Foster en Frijters naar de Neurenberg Code misschien wat minder absurd vinden dan eerder gedacht. Het is te hopen dat de Parlementaire enquêtecommissie deze kwestie grondig uitzoekt en transparant in de openbaarheid brengt.

Ik kwam laatst de uitspraak ‘Falen bij het voorbereiden betekent voorbereiden op falen’ tegen.^[81] Mooi gevonden, maar er hoort wel een kanttekening bij. We kunnen namelijk uit de niet gevolgde richtlijnen van de WHO afleiden dat je ondanks een goede voorbereiding toch kunt falen. Deze kanttekening brengt mij vervolgens bij de overweging dat alleen een dwaas iedere keer hetzelfde doet en steeds blijft hopen op een andere, betere uitkomst. Hoe komen wij, met vertrouwen, dergelijke dwaasheid voorbij? Vooralsnog lijken the usual suspects zoals RIVM en GGD weer de hoofdrol te gaan vervullen in de visie op ‘pandemic preparedness’ zoals die tot nu toe circuleren. De vraag of dit een verstandige route naar hersteld vertrouwen is, lijkt mij iets waar de enquêtecommissie een overtuigend antwoord op moet formuleren.

Hoe valt de enorme beleidsdwaling die het lockdown beleid is te begrijpen? Laten we beginnen met te beseffen dat de beperkende maatregelen die vrijwel universeel zijn afgekondigd en afgedwongen tijdens de coronapandemie eigenlijk alleen maar verrassend zijn als je aanneemt dat vooraf goed overwogen adviezen daadwerkelijk opgevolgd zullen worden in een crisissituatie. Die aanname is lang niet altijd verantwoord. Het is in crisissituaties aannemelijker dat 'oerinstincten' de doorslag geven. Kahneman wijst daarop met zijn onderscheid tussen de olifant en de berijder.^[82] De olifant heeft allang op basis van ingesleten patronen gereageerd, als de berijder nog bezig is om over een reactie na te denken. De berijder blijft daarna weinig anders over dan de reactie van de olifant tot uitgangspunt te nemen voor zijn of haar rationele overwegingen. Rationalisaties zijn het gevolg. De onderdrukking van kritische geluiden is dat eveneens.

Een tweede aspect dat de lockdown maatregelen en de vrijwel universele steun ervoor kan helpen verklaren, ligt in de sinds de jaren 1980 heersende doctrine van de preventieve geneeskunde.^[83] Deze zogenaamde Rose doctrine komt hierop neer. Wil je de volksgezondheid bevorderen door mensen ertoe te bewegen om hun ongezonde gedrag te veranderen, dan moet je juist richten op de mensen die daarvan als individu het geringste voordeel kunnen verwachten. De hoog-risico groep is namelijk wel het beste met argumenten te overtuigen, maar veel te klein om de gezondheid van de bevolking als geheel serieus te verbeteren. Dat zelfs de jeugd, die zonder twijfel slechts een zeer gering risico liep bij een Covid besmetting gevaccineerd moest worden, lijkt mij een direct uitvloeisel van deze preventieve doctrine. Ik gaf eerder in mijn Gewicht zit niet tussen je oren al een kritische analyse van deze doctrine en deed daarbij de aanbeveling om deze doctrine te verlaten.^[84] Ik hoop van harte dat de enquête-commissie deze aanbeveling overneemt.

Een derde verklarende factor betreft een verschuiving in ons denken en handelen tegenover risico's of dreigingen in het algemeen. Vanaf het einde van de vorige eeuw lijkt steeds minder sprake van rationale beoordeling van risico's en dito kosten-batenanalyses. Vaker treedt het gevoel naar voren dat iedere schade voorkomen moet worden. Ik heb dit eerder geanalyseerd als een verschuiving van de risico- naar de voorzorgcultuur.^[85] Voor zover de opkomst van de voorzorgcultuur iets bijdroeg aan de keuzen van bestuurders, wetenschappers en burgers in het algemeen, maakte – en maakt! – dat het alleen maar waarschijnlijker dat onze ingebakken olifantsreacties de doorslag geven. 'Laten we het zekere voor het onzekere nemen' is het leidende adagium in de voorzorgcultuur. De bijna universele neiging om lockdowns af te kondigen tijdens de coronapandemie

past niet alleen goed bij de klassieke standaardreacties, maar sluit ook naadloos aan bij deze moderne leidraad.^[86] Een cruciale karakteristiek van de voorzorgcultuur is in deze context ook de extreme focus op de zogenaamde target risk. De nevenschade die door voorgestelde voorzorgsmaatregelen aangericht kan en zal worden, blijft hierdoor vergaand buiten beeld. Kostenbatenanalyses zijn dan onwelkome boodschappen die geneutraliseerd moeten worden.^[87]

Het is moeilijk lessen trekken uit de analyse van de casus van het corona pandemiebeleid. Des te meer in het licht van de drie genoemde factoren. Ik geef desondanks toch enkele aanbevelingen.

Allereerst is het van groot belang dat openlijk erkend wordt dat het in het geval van een virusuitbraak die pandemisch wordt geen zin heeft om lockdown maatregelen te treffen. Track and trace heeft in zo'n situatie veelal ook weinig zin, zeker als het zoals bij Covid-19 om een zeer besmettelijk virus gaat en de besmetting bij velen onopgemerkt blijft. Deze impliciete boodschappen van de 2019 richtlijn van de WHO moeten voorop staan in iedere communicatie inzake pandemic preparedness. De risicocommunicatie zou dit als uitgangspunt moeten nemen. Dit betekent niet dat 'we dan maar niks moeten doen'. De nadruk zou moeten liggen op wat verstandige strategieën voor burgers zelf zijn om de schade van het virus zoveel mogelijk te beperken. Houd mensen realistische verwachtingen voor over de honderd procent kans op besmetting en over de verschillende effecten op de gezondheid die lopen van ongemak tot overlijden.

Ten tweede moeten we ons bewust zijn van wat ik hiervoor de 'ijzeren driehoek' noemde. Het verschijnsel dat een collusie van politiek, wetenschap en maatschappelijke en economische belangen met zich meebrengt dat kritiek niet geformuleerd, althans niet gepubliceerd, kan worden. Deze collusie zagen we duidelijk terug in de hechte en niet transparante samenwerking tussen het kernkabinet en het OMT. De institutionele inbedding van en relaties van de betrokken organisaties –RIVM, GGD en universitaire experts– tot de overheid dient principieel heroverwogen te worden. Blijven de banden zo nauw als ze nu zijn, dan mag de inbreng van die partijen niet meer beschouwd worden als onafhankelijk en wetenschappelijk. Algemener gesteld: er dient een leerstuk ontwikkeld te worden met betrekking tot de scheiding van wetenschap en staat; analoog aan dat van de scheiding van kerk en staat.

De overheid moet duidelijk voor ogen houden en naar de bevolking communiceren dat keuzes maken en beslissingen nemen haar bijzondere taak en verant-

woordelijkheid is. Hierin dient wetenschap niet geïmpliceerd te worden. Die heeft als taak en verantwoordelijkheid om in goed georganiseerde processen van elkaar kritisch bevragen zo duidelijk mogelijk te maken welke stevig onderbouwde verschillende perspectieven mogelijk zijn. De voorwaarden daartoe moeten in het reguliere beleid ten aanzien van wetenschap en onderzoek geborgd worden. Financiering van onderzoek zou altijd fors ruimte moeten bieden aan voorstellen die erop gericht zijn om gevestigde of geopperde inzichten aan kritiek te onderwerpen. In tijden van een pandemie betekent dit dat zeker twee of meer verschillende teams van wetenschappers gefinancierd moeten worden om onderzoek te doen en elkaars adviezen aan kritiek te onderwerpen.

De KNAW pleitte bijvoorbeeld in 2018 voor het belangrijk maken van 'herhaal-onderzoek': "Het systematisch herhalen van onderzoek van anderen moet normaler worden. Dat is de kern van het KNAW-advies. Ook moeten financiers en wetenschappelijke tijdschriften meer ruimte bieden voor replicatieonderzoek. Daarnaast kan de reproduceerbaarheid van onderzoeksresultaten verhoogd worden met betere onderzoeksmethodes en transparantere verslaglegging." [88] Helaas blijkt dit tot dusver een nauwelijks levensvatbaar initiatief. [89] We kunnen dit begrijpen vanuit het eerder genoemde idee van de 'ijzeren driehoek'.

Het is een enorme uitdaging om bestaande hecht samengesmede belangen van overheid, wetenschappers en maatschappelijke partijen –op dit en om het even welk ander maatschappelijk terrein– van elkaar los te wrikken. Structurele en ruime financiering van herhaalonderzoek zou een goede eerste aanzet zijn.

- [1] Roel Pieterman, Coronapandemie 2020: een kritisch perspectief, *Recht der Werkelijkheid* 2020 (41) 3; doi: 10.5553/RdW/138064242020041003005.
- [2] Een qaly –quality adjusted life year– is een jaar dat iemand in goede gezondheid doorbrengt.
- [3] <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn>. NB Alle verwijzingen naar online bronnen m.b.v. links zijn in augustus 2024 gevonden.
- [4] <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2023/03/10/laatste-specifieke-corona-adviezen-ervallen-maar-gebruik-je-gezonde-verstand-bij-luchtwegklachten>.
- [5] De tekst van deze paragraaf komt grotendeels overeen met die van de paragraaf over 'Het belang van kostenbatenanalyses' in mijn 2020 publicatie.
- [6] CPB, 18 maart 2015, Doelmatigheid in de curatieve zorg; zie <https://www.cpb.nl/publicatie/doelmatigheid-in-de-curatieve-zorg>.
- [7] NRC, 10 oktober 2020, Tom-Jan Meeus, 'Corona in het kabinet: groepsvorming, harde kritiek en een nerveuze premier'; zie <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/10/10/corona-in-het-kabinet-groepsvorming-harde-kritiek-en-eeen-nerveuze-premier-a4015437>.
- [8] Zie https://nl.wikipedia.org/wiki/Alternatieve_kosten.
- [9] Zie https://en.wikipedia.org/wiki/Value_of_life.
- [10] SWOV, 2005, De waardering van bespaarde verkeersdoden; zie <https://www.swov.nl/en/publication/de-waardering-van-bespaarde-verkeersdoden>.
- [11] RVZ, 2006, Zinnige en duurzame zorg; p. 32-33. Zie <https://www.raadvr.nl/documenten/publicaties/2006/06/07/zinnige-en-duurzame-zorg>.
- [12] Zie https://nl.wikipedia.org/wiki/Quality-adjusted_life_year.
- [13] RVZ, 2006, Zinnige en duurzame zorg; p. 33.
- [14] I. Helsloot, R. Pieterman en J.C. Hanekamp, *Risico's en redelijkheid. Verkenning van een rijksbreed beoordelingskader voor de toelaatbaarheid van risico's*, Den Haag: Boom Juridische uitgever, 2010; p. 136.
- [15] Bram Wouterse, Frederique Ram, and Pieter van Baal, 'Quality-Adjusted Life-Years Lost Due to COVID-19 Mortality: Methods and Application for The Netherlands', *Value Health*. 2022 May; 25(5): 731–735; doi: 10.1016/j.jval.2021.12.008.
- [16] John Ioannidis, 3 juni 2020, 'Should governments continue lockdown to slow the spread of covid-19?', in *BMJ* 2020;369:m1924 <https://doi.org/10.1136/bmj.m1924>.
- [17] CBS 28 mei 2020, 'Sterfte in Coronatijd', www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/22/sterfte-incoronatijd, geraadpleegd op 8 juni 2020; niet meer beschikbaar in augustus 2024.
- [18] Zie bijvoorbeeld <https://www.plusonline.nl/coronavirus/verpleeghuizen-niet-meer-in-totale-lockdown-maar-wat-dan-wel>.
- [19] Zie voor een verhelderende analyse van deze problematiek Roger A. Pielke, Jr., *The Honest Broker: Making Sense of Science in Policy and Politics*, Cambridge University Press, 2007.
- [20] Zie Brusselselaers, N., Steadson, D., Bjorklund, K. et al. Evaluation of science advice during the COVID-19 pandemic in Sweden. *Humanit Soc Sci Commun* 9, 91 (2022). <https://doi.org/10.1057/s41599-022-01097-5>.
- [21] Zie Kepp KP, Cristea IA, Muka T, Ioannidis JP, 2024, 'COVID-19 advocacy bias in theBMJ: meta-research evaluation', Preprint from medRxiv, 14 Jun 2024. <https://europepmc.org/article/PPR/PPR867537>.

- [22] G. Foster & P. Frijters, 'Hiding the elephant: The tragedy of Covid policy and its economic apologists', *Australian Economic Papers*, 2024; 63: 106-144; DOI: 10.1111/1467-8454.12293. Zie citaat p. 107.
- [23] Roel Pieterman, *Gewicht zit niet tussen je oren. Beleid en wetenschap in perspectief*, Amsterdam University Press, 2018.
- [24] Zie https://www.researchgate.net/publication/320564293_Structural_Threats_to_Scientific_Integrity. Roel Pieterman, 'Structural threats to scientific integrity', in Richard Staring, Rene van Swaeningen en Karin van Wingerden (red.), *Over de muren van stilzwijgen, liber amicorum voor Henk van de Bunt*, *Boomcriminologie*, 2017, pp. 153 – 165;
- [25] Uit de verwijzing die de auteurs geven naar de Nederlandse analyse blijkt dat Viruswaarheid het WOB-verzoek heeft gedaan. Voor zover mij bekend zijn deze stukken nooit officieel openbaar gemaakt. Ze zijn beschikbaar op de website van Viruswaarheid, de organisatie die de WOO verzoeken heeft gedaan. Zie <https://viruswaarheid.nl/wp-content/uploads/2021/06/besluitwob-ter-zake-mkba-s-voor-coronabeleid.pdf>.
- [26] Foster en Frijters, 2024, p. 111.
- [27] Dit compliment kan niet gegeven worden aan de medische wetenschappers in Nederland. Ik vond in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde geen enkele analyse van de gezondheidseffecten van het coronabeleid.
- [28] Zie <https://www.rivm.nl/gor-covid-19>.
- [29] Zie <https://www.rivm.nl/publicaties/gevolgen-van-coronapandemie-voor-gezondheid-en-welzijn-van-bevolking-deel-3>.
- [30] RIVM, 29-03-2022. Zie <https://www.rivm.nl/documenten/mentaal-welbevinden-en-leefstijl-tijdens-coronacrisis>. Op deze pagina wordt verwezen naar het Onderzoek Preventie en Zorg & Brede Maatschappelijke vraagstukken. Zie <https://www.rivm.nl/corona/onderzoeken/preventie-zorg-aatschappij>.
- [31] RIVM, 2022, *Mentaal welbevinden en leefstijl tijdens de coronacrisis*, p. 3.
- [32] RIVM, 18-06-2024, Zie <https://www.rivm.nl/gezondheidsonderzoek-covid-19/kwartaalonderzoek-jongeren>.
- [33] Zie <https://www.rivm.nl/gezondheidsonderzoek-covid-19/kwartaalonderzoek-jongeren/impact-coronatijd>.
- [34] Gupta 2020, 'Het koekoeksjong dat COVID heet', <https://gupta-strategists.nl/studies/hetkoekoeksjong-dat-covid-heet/>; 13 juni 2020. Het rapport is ook in het Engels beschikbaar op <https://gupta-strategists.nl/en/research/covid-goes-cuckoo>.
- [35] Zie <https://www.rivm.nl/nieuws/corona-kost-gezonde-levensjaren-uitgestelde-operaties>. Bericht van 5 juli 2022.
- [36] Zie <https://www.rivm.nl/corona/onderzoeken/uitgestelde-zorg>.
- [37] Zie <https://www.rivm.nl/gezondheidsonderzoek-covid-19/kwartaalonderzoek-volwassenen/uitgestelde-zorg>. Bericht van 2 maart 2023.
- [38] Zie <https://www.rivm.nl/publicaties/gevolgen-van-coronapandemie-voor-gezondheid-en-welzijn-van-bevolking-deel-3>. Bericht van 16 februari 2024. NB Hier wordt verwezen naar verloren qaly's in relatie tot kanker. Helaas zie ik in de berekeningen van het RIVM uit 2022 geen (aparte) vermeldingen van verloren gezondheid als gevolg van uitgesteld onderzoek naar of behandeling van kanker.
- [39] NOS Nieuws-donderdag 21 januari 2021. Zie <https://nos.nl/artikel/2365310-werkloosheid-in-december-weer-gedaald-wel-meer-ww-uitkeringen>.
- [40] NOS Nieuws-donderdag 28 januari 2021. Zie <https://nos.nl/artikel/2366316-coronacrisis-kost-189-000-banen-en-zet-arbeidsmarkt-drie-jaar-terug>.
- [41] dinsdag 16 februari 2021. Zie <https://nos.nl/artikel/2368886-minder-banen-in-vierde-kwartaal-maar-ook-minder-werklozen>.
- [42] donderdag 18 februari 2021. <https://nos.nl/artikel/2369198-werkloosheid-gaat-ondanks-corona-crisis-hard-omlaag>.
- [43] CBS, 18-11-2021. Zie <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/46/werkloosheid-gedaald-tot-niveau-van-voor-coronacrisis>.
- [44] CBS, 15-08-2024. Zie <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/33/werkloosheid-ook-in-juli-3-6-procent>.
- [45] DNB 20 maart 2022. Zie <https://www.dnb.nl/publicaties/publicaties-onderzoek/analyse/de-impact-van-het-corona-steun-en-herstelpakket-op-het-nederlandse-bedrijfsleven>.
- [46] CPB, 7 december 2023. Zie <https://www.cpb.nl/een-economische-analyse-van-de-tozo-regeling>.
- [47] Zie <https://www.rekenkamer.nl/onderwerpen/corona>.
- [48] Menno Tamminga, 10 september 2024, 'De kosten van corona lopen nog steeds door. Op hoeveel miljard staat de teller nu?', zie <https://www.wyniasweek.nl/wynias-week/de-kosten-van-corona-lopen-nog-steeeds-door-op-hoeveel-miljard-staat-de-teller-nu>.
- [49] Zie <https://onderzoeksraad.nl/onderzoek/aanpak-coronacrisis-deel-1-tot-september-2020/> voor Deel 1 met links naar de daaropvolgende twee rapporten.
- [50] Mede omdat deze rapporten ruime bekendheid genieten zal ik er niet veel aandacht aan besteden.
- [51] Zie Deel 3, Samenvatting p. 8.
- [52] Beschikbaar via doi: 10.1111/1467-8454.12293. De studie is in 2024 gepubliceerd maar werd al in januari 2023 geaccepteerd. De auteurs leggen op de eerste pagina van het artikel uit waarom zij zo lang moesten wachten: "In the version of this paper accepted for publication, this footnote disclosed our experiences in trying to publish this paper elsewhere prior to its publication in this journal, which we view as a case of censorship of our commentary on COVID-19 policies in Australia. After the paper was accepted at *Australian Economic Papers*, the publisher Wiley asked us to remove this footnote."
- [53] Het gebeurt helaas niet altijd dat onderscheid gemaakt wordt tussen overlijden aan of met Covid. Door te kiezen voor met Covid vermijden de auteurs de vraag of alle gemelde overlijdens wel aan het corona virus als oorzaak kunnen worden toegeschreven.
- [54] Jonas Herby, Lars Jonung & Steve H. Hanke, 2023, Did lockdowns work? The verdict on Covid restrictions, *Institute of Economic Affairs Perspectives* 1; zie <https://iea.org.uk/publications/did-lockdowns-work-the-verdict-on-covid-restrictions>.
- [55] Ik vond wel "a narrative review of the works studying the above effectiveness, as well as the historic experience of previous pandemics and risk-benefit analysis based on the connection of health and wealth." Deze trekt een conclusie die naadloos aansluit bij die van de twee studies die ik hierna bespreek: "The comparative analysis of different countries showed that the assumption of lockdowns' effectiveness cannot be supported by evidence—neither regarding the present COVID-19 pandemic, nor regarding the 1918–1920 Spanish Flu and other less-severe pandemics in the past." Zie de Abstract van Yanovsky, M.; Socol, Y. 'Are Lockdowns Effective in Managing Pandemics? *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 9295. Zie doi.org/10.3390/ijerph19159295.

- [56] Foster en Frijters, 2024, p. 109-110; Figuur 1 en 2.
- [57] Foster en Frijters, 2024, p. 110-111.
- [58] Foster en Frijters, 2024, p. 115-116.
- [59] Foster en Frijters, 2024, p. 116. Het verlies aan WELLBY's in relatie tot de verhoogde staatschuld zal zeker zolang doorwerken als het afbetalen zal duren. De daarmee gemoeide betalingen kunnen dan immers niet aan welzijn bevorderend beleid worden uitgegeven.
- [60] Foster en Frijters, 2024, p. 116-117.
- [61] Foster en Frijters, 2024, p. 117-118.
- [62] The Great Barrington Declaration – Nederlands. Opgesteld op 4 oktober 2020 door Dr. M. Kulldorff (Univ. Harvard), Dr. Sunetra Gupta (Univ. Oxford), en Dr. Jay Bhattacharya (Univ. Stanford). Zie <https://gbdeclaration.org/great-barrington-declaration-nederlands>.
- [63] Foster en Frijters, 2024, p. 118. In mijn analyse van 2020 benoemde ook ik dit nadeel. Op 12 juli 2021 meldt de WHO in dit verband "Pandemic year marked by spike in world hunger." Zie <https://www.who.int/news/item/12-07-2021-un-report-pandemic-year-marked-by-spike-in-world-hunger>.
- [64] Foster en Frijters, 2024, p. 120-126.
- [65] Foster en Frijters, 2024, p. 110. De originele tekst van de Nuremberg Code is vooral op medici gericht. Zie bijvoorbeeld https://en.wikipedia.org/wiki/Nuremberg_Code. Daar wordt echter opgemerkt dat "in a review written on the 50th anniversary of the Brandt verdict, Jay Katz writes that "a careful reading of the judgment suggests that [the authors] wrote the Code for the practice of human experimentation whenever it is being conducted."
- [66] Herby, Jonung en Hanke 2023, p. 110 – 150.
- [67] Het boek is een nader uitgewerkte versie van 'A Literature Review and Meta-Analysis of the Effects of Lockdowns on COVID-19 Mortality – II', een medRxiv preprint, gepubliceerd in juni 2022; zie doi: <https://doi.org/10.1101/2023.08.30.23294845>. Dit is op zijn beurt een mede op grond van geleverde kritiek nader uitgewerkte versie van een tekst met dezelfde titel (maar zonder 'II'). Die publicatie is bij Johns Hopkins University uitgegeven in januari 2022 als #200 in de serie Studies in Applied Economics; zie hier: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://sites.krieger.jhu.edu/iaef/files/2022/01/A-Literature-Review-and-Meta-Analysis-of-the-Effects-of-Lockdowns-on-COVID-19-Mortality.pdf&ved=2ahUKewj6u-Hjn4aIaxUf6wHhYHCj8AQFnoECCUQAw&usq=AOVaw31qIXVU-Somzp_vkRDsLFj. De serie start met een SSRN paper van januari 2021 van Jonas Herby, 'A First Literature Review: Lockdowns Only Had a Small Effect on COVID-19'; zie https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3764553.
- [68] Zie paragraaf 5.2.4 'Objections to the results of the meta-analysis', p. 126-138. Zie tevens Appendix II en III, p. 165 – 174.
- [69] In 'Table 3: Conclusions from included and excluded studies in the meta-analysis are similar'(2023, p. 70) laten zij zien dat niet-geselecteerde studies tot vergelijkbare resultaten leiden.
- [70] S. Talic et al, 2021, 'Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis', in BMJ 2021;375:e068302; zie <https://www.bmj.com/content/375/bmj-2021-066768>
- [71] Shabnam Lezadi, Kamal Gholipour, Saber Azami-Aghdash, Akbar Ghiasi, Aziz Rezapour, Hamid Pourasgari, Fariba Pashazadeh, 'Effectiveness of non-pharmaceutical public health interventions against COVID-19: A systematic review and meta-analysis Results of the meta-analysis showed that adoption', in PLOS ONE, November 23, 2021; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260371>.
- [72] Herby, Jonung en Hanke 2023, p. 111-112.
- [73] Herby, Jonung en Hanke 2023, p. 141.
- [74] Herby, Jonung en Hanke 2023, p. 143-144.
- [75] Herby, Jonung en Hanke 2023, p. 148.
- [76] Yanovskiy and Socol (2022; Abstract); mijn cursivering.
- [77] WHO Global Influenza Programme, 2019, Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza. 19 September 2019; Technical document. Zie <https://www.who.int/publications/i/item/non-pharmaceutical-public-health-measures-for-mitigating-the-risk-and-impact-of-epidemic-and-pandemic-influenza>. Ook Yanovskiy and Socol (2022; p. 4) verwijzen naar deze bron. Afgezien van deze twee vermeldingen trof ik die in alle andere geraadpleegde literatuur niet aan!
- [78] Zie de Summary of recommendations (WHO 2019, p. 16-8).
- [79] Zie T.H.V. Inglesby, J. B. Nuzzo, T. O'Toole, and D. A. Henderson, 'Disease Mitigation Measures in the Control of Pandemic Influenza', in Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science, Volume 4, Number 4, 2006.
- [80] Zie <https://www.spiked-online.com/2020/10/09/lockdown-is-a-terrible-experiment>.
- [81] M.W. Craven, De botanist, Uitgeverij Luitingh-Sijthoff, 2022; p. 176.
- [82] D. Kahneman, Ons feilbare denken, Business Contact, 2016.
- [83] Geoffrey Rose zet zijn strategie voor het eerst uiteen in 'Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease', British Medical Journal, vol. 282, 6 June 1981, p. 1847-51. Het artikel is beschikbaar op <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1506445/pdf/bmjcred00661-0031.pdf>. Zie ook zijn 'Sick individuals and sick populations', International Journal of Epidemiology 1985, 14: p. 32-38. De Rose doctrine wordt in alle handboeken voor preventief volksgezondheidsbeleid aanbevolen. Zie bijvoorbeeld Kay-Tee Khaw & Michael Marmot, Rose's Strategy of Preventive medicine, Oxford: Oxford University Press 2010. Dit een heruitgave met commentaar is van Rose's originele boek uit 1992. Zij leidden hun 'Commentary' in met deze uitspraak: "Geoffrey Rose's insights into the inextricable relationship between ill health, or deviance, in individuals and populations from which they come have changed our whole approach to strategies for improving health." (2010, p. 3)
- [84] Zie hiervoor het laatste hoofdstuk (2018, hoofdstuk 7, vooral p. 248-252).
- [85] Zie Roel Pieterman, De voorzorgcultuur: streven naar veiligheid in een wereld vol risico en onzekerheid, Boom Juridische uitgevers, 2008.
- [86] Zie voor historische analyses van zulke reacties: Mark Honigsbaum, 2019, The Pandemic Century: one hundred years of panic, hysteria en hubris, Londen: Hurst & Company. Frank M. Snowden, 2019, Epidemics and Society. From the Black Death to the Present, Londen: Yale University Press. Michael Pye, 2014, The Edge of the World. How the North Sea Made Us Who We Are, Londen: Viking Press.
- [87] Zie André J.F. Köbben en Hylke Tromp, De onwelkome boodschap of hoe de vrijheid van wetenschap bedreigd wordt, Mets & Schilt, 2004.
- [88] KNAW (2018). Replication studies – Improving reproducibility in the empirical sciences, Amsterdam, KNAW; zie <https://www.knaw.nl/publicaties/replication-studies>.
- [89] Onder het kopje 'wetenschappelijke integriteit' wordt nog steeds verwezen naar het belang van replicatieonderzoek maar de enige verwijzing daarbij is het rapport uit 2018. Zie <https://www.knaw.nl/themas/wetenschappelijke-integriteit>.



4

TENMINSTE
TWEE ZIELEN
IN DE BORST.
REFLECTIES OVER
DE CORONACRISIS

René ten Bos

Filosoof

Foto: Duncan De Fey, duncandefey.com

“Het is daarenboven een afschuwelijk kenmerk van mensen dat zij niet in staat zijn de krachten van het universum anders te begrijpen dan in termen van woede en wraak.”

Gaston Bachelard (1884-1962)

Op de vraag wat er tijdens de zogenoemde pandemie misgegaan is, zijn veel antwoorden mogelijk. Het antwoord in deze bijdrage is filosofisch: de strijd tegen het coronavirus heeft ertoe geleid dat het sceptische denken taboe werd verklaard. Dat is om verschillende redenen erg. Het vermogen om sceptisch te denken zou niet alleen een kenmerk van democratieën maar ook van wetenschappen moeten zijn. Als scepsis dus om velerlei redenen ten tijde van de pandemie gesmoord werd, dan mag je er dus vanuit gaan dat dit slecht was voor zowel democratie als wetenschap. Dit is de these die ik hier wil verdedigen.

Plezier in tegenspreken

Om haar te verhelderen, is het van belang duidelijk te maken wat sceptici denken. Daarbij moet je wel allereerst een oud probleempje terzijde schuiven. Je hebt namelijk sceptici en sceptici. Wat de scepticus denkt, is dus niet meteen duidelijk. Dat het iemand is die twijfelt, moge duidelijk zijn. De geschiedenis van het scepticisme als een filosofische manier van denken wordt gekenmerkt door haarkloverij over wanneer het wel en wanneer het niet redelijk is om te twijfelen. Het heeft bijvoorbeeld weinig zin te twijfelen over de vraag of de aarde om de zon draait of over de vraag of er andere mensen met bewustzijn dan ikzelf bestaan. Twijfel over dergelijke zaken is zo radicaal is dat het door veel mensen niet praktisch of redelijk wordt gevonden. Laat ik nog een voorbeeld geven. De thermometer in Utrecht geeft aan dat het op het moment dat ik deze zin schrijf negentien graden is. Zelfs met de meest doorwrochte ‘klimaatontkenners’ hoeft ik hierover niet te discussiëren, want ze zullen geen redenen zien te ontkennen of te ontcrachten wat ik hier zeg.

Scepsis verliest aan geloofwaardigheid naarmate ze radicaler wordt. Weliswaar voedt zij zich met een plezier in tegenspraak, maar wie tegenspreekt, wordt wel geacht daarvoor een redelijke grond te hebben. Is die grond er niet, dan wordt

de scepticus onbegrijpelijk. Zoiets vervreemdt hem of haar van de mensen. Sterker nog, met die onbegrijpelijkheid wordt de sociale samenhang van mensen ondermijnd. Samenhang of, beter nog, solidariteit voedt zich vaak met gedeelde ideeën en opvattingen. Je kunt niets meer als de gemeenschap waar je deel van uitmaakt het over niets eens is.

Dit laatste is ook de klassieke kritiek op de scepsis: ze is misschien filosofisch interessant, maar mensen van vlees en bloed hebben er niets aan. Als de thermometer nu negentien graden aangeeft, dan nemen de meeste mensen dit voor waar aan, tenzij er gegronde twijfels zijn over de kwaliteit van alle thermometers in het land op dit moment. Als we echter aan die negentien graden de conclusie verbinden dat dit toch wel een erg hoge temperatuur is zo laat in het jaar nog, dan zullen her en der de wenkbrauwen gaan fronsen. En als iemand tot slot ook nog eens zegt dat die negentien graden niets meer en niets minder dan een bewijs voor klimaatopwarming is, dan is de kans groot dat er een echt debat ontstaat, misschien zelfs onenigheid of onverbloemde ruzie. Ik kom op dit probleem terug: sommige ‘feiten’ geven geen aanleiding voor discussie, maar andere ‘feiten’ wel. Dat ligt, zo zullen we zien, niet zozeer aan die feiten, maar aan het gegeven dat het ene feit wel en het andere niet plichten met zich meebrengt.

Scepsis impliceert afzien van absolute posities. In die zin is ze niet radicaal maar juist gematigd.

Nu gaat het erom de redelijke scepsis die ik hier bepleit wat preciezer te omschrijven. Een paar sleutels voor een beter begrip gaf ik al. Ik wees op het plezier in tegenspraak, iets wat je in het Duits met een wat ongewoon woord **Widerspruchslust** zou kunnen noemen. Tegelijkertijd mag die lust niet ontaarden in radicaliteit, dat wil zeggen, in een behagen in de tegenspraak om de tegenspraak. **Widerspruchsgeist** noemen de Duitsers iemand die een ziekelijke neiging heeft alles tegen te spreken. Het gaat dus om een ‘lust’ in de zin van plezier, een soort vreugde in het gesprek of debat dat mensen met elkaar kunnen hebben. Die vreugde overvalt hen niet alleen omdat ze erkenning en applaus krijgen voor wat ze zeggen, maar juist ook omdat ze merken dat niet

iedereen deelt wat wordt gezegd. Het type scepsis waar ik het hierover heb, ziet ook het humoristische van onenigheid en tegenspraak. De scepticus weet dat de discussie alle kanten op kan en dat nooit zeker is wat de uitkomst zal zijn. Deze contingentie leidt niet tot een krampachtig vasthouden aan feiten, uitgangspunten en doelen, maar aan een blijmoedig accepteren van de onmogelijkheid van eensgezindheid. Scepsis impliceert afzien van absolute posities. In die zin is ze niet radicaal maar juist gematigd.

Misschien is dit allemaal te abstract. Laat ik dus een concreet voorbeeld noemen. Al op jonge leeftijd was ik tamelijk bezorgd over de teloorgang van het milieu. Ik vond het vreselijk dat in mijn geboortestreek Twente een autobaan aangelegd moest worden door een bos in de buurt van mijn geboortestad Hengelo. Ik was ervan overtuigd dat de ondernemers in de streek, mensen dus die allemaal wel voor zo'n autobaan waren, de omgeving kapotmaakten. Ik was boos op die mensen en vond dat ze onrealistisch waren. Totdat iemand van VVD-huize, een jongeman die door de linkse jeugd destijds als typisch 'balletje' omschreven werd, mij uitlegde dat ik me niet zo druk moest maken. Door het aanleggen van de autobaan, zo legde hij me uit, had ik immers niet één bos, maar twee bossen gekregen. Natuurlijk was ik destijds niet blij met wat ik slechts als cynisme kon duiden, maar na verloop van tijd ben ik de grap toch meer gaan waarderen. Ik kreeg, zo begreep ik later, een lesje in subtiele en grappige tegenspraak, een sceptisch en niet zozeer een cynisch lesje. En passant werd ik geconfronteerd met de onhoudbaarheid van mijn absolute positie. Nog steeds vind ik het jammer dat die autobaan er gekomen is, maar ik erken ook het nut ervan.

De liefhebber herkent in dit voorbeeld de macht van ironie en humor. Beide zorgen ervoor dat mensen lichtvoetig met onderlinge onenigheid kunnen omgaan. Juist door de grap zien ze de ander gek genoeg niet als een idioot of een mafkees die niet voldoet aan de eigen criteria voor rationaliteit, maar als iemand met wie ze het gewoon oneens zijn en desondanks verder moeten. Natuurlijk begrijp ik dat er situaties in het leven zijn waarin deze sceptische lichtvoetigheid niet op zijn plaats is, situaties die daadwerkelijk om hard ingrijpen in plaats van een goede grap vragen, maar ze is niettemin fundamenteel voor een politiek die democratisch wil heten.

Daarmee raken we aan een kern van de scepsis: ze verafschuwt de noodtoestand, ze vermijdt het koste wat het kost willen doorpakken, ze is wantrouwend ten opzichte van iedereen die zichzelf erop beroept een praktische probleemoplosser te zijn. Dat allemaal vanwege het belang dat ze hecht aan de twijfel, dat wil

zeggen aan redelijke en gegronde twijfel. Met de Duitse filosoof Odo Marquard, één van de meest welbespraakte sceptici uit de 20^{ste} eeuw, kun je het wat deftiger verwoorden:

"Scepsis is zin voor machtsverdeling en zelfs zin voor de deling van die machten die overtuigingen zijn. De scepticus is niet degene die – als drager van samengebalde radeloosheid – helemaal geen positie inneemt. Eerder neemt hij teveel posities in. De scepticus is dus iemand die twijfelt omdat hij meerdere – minstens, zoals het woord 'twijfel' uitdrukt, twee – zielen in de borst heeft, meerdere – minstens twee – tendensen in zijn leven ziet, meerdere – minstens twee – geschiedenissen in zijn leven kent en meerdere – minstens twee – posities inneemt die elkaar door 'isothernes diaphonia' neutraliseren."

Scepsis is zin voor machtsverdeling en zelfs zin voor de deling van die machten die overtuigingen zijn.

Het aloude sceptische ideaal van isothernes diaphonia betekent niets anders dan dat je de principiële gelijkwaardigheid (isothernia) accepteert van verschillende (dia) geluiden (phonia). Dit uitgangspunt betekent vanzelfsprekend niet dat je alle opvattingen en ideeën evenveel aandacht geeft of even serieus neemt. Ik gaf de voorbeelden al: mensen die alles in twijfel trekken en bijvoorbeeld het bestaan van andere mensen ontkennen of mensen die van mening zijn dat de zon nog steeds om de aarde draait. Een ander voorbeeld: mensen die denken dat we wereldwijd bestuurd worden door kwaadaardige reptielen die tijdens satanische rituelen kinderen slachten. Ergens botst dat gelijkwaardigheidsideaal dus tegen zijn grenzen. Waar precies, is steeds weer de vraag. Maar het punt is wel dat je als scepticus leert om te leven met meerdere ideeën en uitspraken tegelijk. Je hebt dus twee of meer zielen in je borst. Het ideaal is dat je met die pluriformiteit in jezelf en ook in de gemeenschap waar je deel van uitmaakt leert omgaan. De redelijke scepticus vindt een gelijkwaardige mentale en sociale wereld waarbij op voorhand niet vaststaat hoe deze eruit ziet nastrevenswaardig.

Dashboard

Als de democratie in een crisis verkeert, dan komen de sceptische vaardigheden die haar mogelijk maken in de verdrukking. We kunnen hier natuurlijk denken aan het vermogen met tegenspraak om te gaan. Toen het virus een steeds groter gevaar werd en regeringen over de hele wereld, op een paar uitzonderingen (zoals Zweden) na, overgingen op de beruchte lockdownmaatregelen, werd het door tal van politici niet wenselijk geacht dat er in de samenleving – bij ambtenaren, bij epidemiologen, bij politici of gewoon bij burgers – hardop getwijfeld werd aan het effect van die maatregelen.

Bij onze oosterburen werd de opmerking van toenmalig bondskanselier Angela Merkel dat er een einde moest komen aan die **“Öffnungsdiskussionsorgien”**, de eindeloze ‘discussieorgies’ over het opheffen van de lockdown, emblematisch. Met haar neologisme probeerde ze niet alleen te benadrukken dat het in de strijd tegen het virus van het grootste belang was dat burgers zich hielden aan de lockdowns, maar dat het bovendien beter zou zijn als ze zich zwiingend zouden schikken in de onvermijdelijkheid ervan. Let wel, het ging, net als hier te lande, om ongekende en radicale maatregelen: mensen mochten de deur niet uit, niet bij elkaar op bezoek, moesten de anderhalf-meter-regel accepteren, enzovoorts. Iedere vraag daarover werd niet gezien als een expressie van begrijpelijke zorgen, maar als een door en door ongewenst geluid. De sceptische **Widerspruchslust** moest kennelijk in de kiem worden gesmoord. Preciezer geformuleerd: omdat alleen al in het hardop spreken de zaden van de recalcitrantie schuilgaan, moest het tot bedaren worden gebracht.

Natuurlijk probeerde Merkel naderhand te laten zien dat de soep niet zo heet werd gegeten als ze werd opgediend. Toch kun je aan dit voorbeeld goed zien hoezeer op zich respectabele politici moe werden van de twijfel en het op een gegeven ogenblik niet wenselijk vonden dat deze door burgers nog langer werd uitgedragen. Laten we daarover helder zijn: twijfel is vermoeiend, zeker als je de handen uit de mouwen wilt steken. Ook in ons land moest daarom iedere twijfel weggenomen worden. Niet alleen werd dat gedaan door tegenspraak onmogelijk of ongeloofwaardig te maken, maar ook door bijvoorbeeld steeds weer erop te wijzen dat het gevaar ongekend is en dat iedere verslapping in de strijd uit den boze is. Tegenover de twijfel werd een ‘verbodsactivisme’ in stelling gebracht.

Ik geef een voorbeeld van dit specifieke activisme. Op 22 juli 2020 gaf Ferd Grapperhaus, toenmalig minister van justitie, een persconferentie waarin het Nederlandse volk voortdurend angst voor een verdere versoepeling van de maatregelen werd ingeboezemd. Daarbij beriep hij zich meermalen op wat kennelijk wetenschappelijke bevindingen waren. ‘Wij volgen de wetenschap’, zeiden tal van politici destijds, al was het om zichzelf te tooien met een soort expertise-gezag dat ze in zichzelf niet aantreffen. Onomstootbare kennis, geleverd door het RIVM en OMT, moest de laatste twijfel dus wegnemen. Herhaaldelijk stelde de minister dat de kennis waarop het kabinet zich baseerde onbetwifelbaar en bovenal ‘heel precies’ was. De burgers werd verzekerd dat het kabinet dagelijks heel nauwlettend het zogenoemde ‘dashboard’ volgde. Dat moest vertrouwen wekken. Ook dreigde hij herhaaldelijk met nog strengere maatregelen mocht het volk zich er niet goed aan houden. Niet dat hij dat zelf wilde, maar de burger moest en zou ervan door-drongen worden dat voor concessies geen enkele ruimte bestond.

De tekst van deze persconferentie is nog op het internet te vinden en wie de moeite neemt haar nog eens te lezen ziet een man die de sceptische vaardigheden die zo belangrijk zijn voor de democratie volledig aan zijn laars lapt. Dat hij nog geen maand later op zijn huwelijk ook de maatregelen die hij namens het kabinet de burgers wilde opleggen aan zijn laars lapt, wierp een blijvende smet op hem. Belangrijker is echter dat hij niet wezenlijk verschilde van andere bewindspersonen. Allemaal waren ze volleerde ‘hobbesianen’: alles wat nodig is voor het heil van het volk, zo leerde Thomas Hobbes (1588-1679) ons, ligt besloten in geloof en gehoorzaamheid. En grote maar niet alle delen van het volk accepteerden dit trouwens zonder al teveel mitsen en maren.

Tussen wat volgens democratische principes zou moeten (tenminste twee zielen in de eigen borst of in de borst van de gemeenschap) en de werkelijkheid die zich op een bepaald moment voordoet (een gezondheids crisis in dit geval) lag een onoverbrugbare kloof. Er moest natuurlijk een concreet resultaat geboekt worden, iets wat onder meer leidde tot een focus op het zogenoemde reproductiegetal dat, hoe dan ook, onder de 1 zou moeten worden gebracht. Men kan ook denken aan de zogenoemde ‘virusvracht’ in het rioolwater die ook al snel van allesbepalende kengetallen werd voorzien. Het is niet zo dat sceptische democraten niet geven om concrete resultaten, maar dat zij in de gemeenschap van mensen en niet alleen daar (maar bijvoorbeeld ook in het eigen lichaam of meer in net algemeen in de natuur als zodanig) overal contingentie zien. Ze geloven simpelweg niet dat complexe vraagstukken herleid kunnen worden tot cijfers en grafieken. De overheid kan volgens hen daarom alleen maar ijdele

beloften doen als ze zegt dat ze een bepaald 'nauwgezet' plan volgt. Of beter nog, ieder plan van de overheid maakt geen einde aan de crisis, maar zet deze slechts voort. Wat ik daarmee bedoel, is dat die crisis in een andere richting geduwd wordt, een ander karakter krijgt. Men moet in complexe tijden ook durven vertrouwen op het toeval. Ieder mens, ieder gemeenschap en iedere samenleving heeft te maken met een eigen 'noodlotstoeval', zo wist Marquard. Juist daardoor zijn mensen vrij. Iedereen – jong en oud, dik en dun, vrouw en man, zwart en wit of ongezond of gezond – aan dezelfde maatregelen onderwerpen, zonder enige concessie, is iets wat de sceptische democraat tegen de borst stuit, omdat er zoveel zielen in zitten.

Omfloerst

Natuurlijk weet hij of zij ook wel dat dit de probleemoplossers in de politiek, de zelfbenoemde virusgoeroes in de talkshows en de bange al te bange burgers in de samenleving niet overtuigt. Al deze mensen hebben als belangrijkste wapen in de discussie de feiten. En iedereen die twijfelt valt ongekende woede ten deel en is een 'feitenontkenner'. Een ernstiger verwijt is in tijden van crisis ondenkbaar. Waarom is dat verwijt zo ernstig?

Dat komt omdat de feiten die tijdens een catastrofe via niets minder dan een 'dashboard' aangeleverd worden plichten met zich meebrengen. Feiten krijgen met al die schijnwetenschappelijke allure een bepaalde 'deontische lading' (van 'het Griekse 'deon', wat plicht betekent). Het aloude alom gerespecteerde verschil tussen 'zijn' ('is', 'Sein') en 'moeten' ('ought', 'sollen'), een verschil waar de hele zogenoemde 'objectiviteit' van de wetenschappen op is gebaseerd, valt tijdens crises weg. Hoe complex de crisis ook is, ze brengt mensen ertoe terug te vallen op een eenvoudig credo: ZIJN = MOETEN. Dat verklaart ook de zelfzekere, militante en onverdraagzame houding van vooral ook die zojuist genoemde virusgoeroes tegenover mensen met twee of meer zielen in de borst. In hun borst is maar ruimte voor één ziel. De sceptische democraat opteert daarentegen altijd voor deontologische zuinigheid, omdat dit de beste garantie is op een sociaal en tegelijkertijd natuurlijk leven. Maar woedende mensen, bewapend met feiten, zijn in een dergelijk leven niet geïnteresseerd.

Tot slot wil ik nog een opmerking maken over wat ik het 'oneirische' karakter van de crisis zou willen noemen. Veel van wat er in die dagen gebeurde, leek zich te voltrekken als in een droom of nachtmerrie. Het begon met een mysterieus virus uit een mysterieus land en het eindigde met mensen die kinderen op zolder opsloten, die bang voor elkaar waren en die hun gezichten massaal achter

mondkapjes verborgen en boos werden op degenen die dit allemaal niet deden. Ik herinner me dat wetenschappers jubelden dat het grote publiek eindelijk eens geïnteresseerd was in de wetenschap. Ik herinner me dat milieuactivisten blij waren met de lege autobanen. Ik herinner me ook de lege straten waar ik met mijn hond liep. Maar de herinneringen zijn vaag en omfloerst, alsof de absurditeit van de situatie niet binnendringt. Precies zo herinneren woedende mensen hun woede niet meer, alsof het in de vaagheid van de droom verneveld ligt. Steeds weer, zo herinner ik me tot slot, werd mensen verteld dat een 'terugkeer naar normaal' wel of niet in het verschiet lag. Een terugkeer naar normaal ... een hunkering naar het ontwaken uit die droom, die zonder twijfel voor velen maar zeker niet voor iedereen een slechte droom was.

We zijn nog steeds niet ontwaakt. De crisis was helemaal geen feit, maar een droom. Het nadenken over wat er gebeurd is, wordt nu, nog geen vijf jaar later al bemoeilijkt doordat alles inderdaad constant lijkt weg te zinken als in een droom. Er hangt een vluchtigheid over onze herinneringen, alsof de crisis ondanks alle politieke en wetenschappelijke nadruk op de feiten, zelf niet feitelijk wilde worden. Welke waarde zou je dus uit het feit dat er een crisis was kunnen afleiden? In termen die ik in zojuist gebruikte, heeft het feit van de crisis zelf enige deontische kracht?

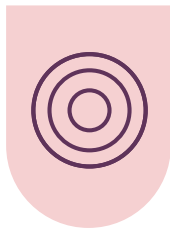
De grootste nachtmerrie is dat men niets van waarde kan toekennen aan het feit van de crisis zelf. Dat betekent dat men er niets van geleerd heeft en er niets van zal leren.

Wie door een willekeurig geschiedenisboek over ziekten en epidemieën bladert, ziet steeds weer hetzelfde terugkeren: enorme deontische vastberadenheid – met de bijbehorende dreiging van woede en geweld – en daarna een haastig vergeten en dito terugkeer naar normaal.

Moraal

Wat is de moraal van dit verhaal? In vijf 'bullets':

- Om van het verleden te leren is het van het grootst mogelijke belang dat we niet alles als in een droom weg laten glippen. De neiging is groot om te denken dat we door een tijd zijn gegaan die zo uitzonderlijk was dat ze nooit meer zal terugkeren en dat we er daarom ook niet van hoeven te leren. Maar, zo wil een oud cliché, wie de geschiedenis vergeet, is gedoemd haar te herhalen.
- Ook tijdens crises en andere complexe omstandigheden dienen we boven alles zuinig met het opleggen van plichten en verboden te zijn. Ze maken vaak de zaak nog erger dan ze al is.
- De vraag of ene bepaald standpunt radicaal of gematigd is hangt niet samen met de vraag hoeveel mensen voor of tegen dat standpunt zijn. Het kan heel goed zijn dat een minderheid gematigd is en dat juist de meerderheid radicaal is. De geschiedenis heeft daarvan tal van voorbeelden laten zien en helaas is de zogenoemde coronacrisis daar geen uitzondering op.
- Als politici zeggen dat ze de wetenschap volgen, dan vergeten ze vaak dat die wetenschap niet met één stem spreekt. Ook de dominante wetenschappen tijdens de crisis – de epidemiologie en de virologie – hebben nooit met één stem gesproken. Anders gezegd: de gedachte dat je wetenschap kunt volgen, is au fond onwetenschappelijk.
- Het is heel gezond oplossingen te wantrouwen zonder dat je tegen oplossingen bent.



Wie de
geschiedenis
vergeet,
is gedoemd
haar te
herhalen.



5

HEBBEN WE GENOEG NAAR ELKAAR GELUISTERD?

Rudi Westendorp

Specialist ouderengeneeskunde

Jonge mensen hebben verschillende ideeën over de waarde van het leven dan oude mensen. Tijdens de corona epidemie moesten politici deze naast elkaar bestaande ideeën wegen om te bepalen wie wanneer tegen wat beschermd moet worden, en tegen welke prijs. De besluiten hebben herhaaldelijk geleid tot persoonlijke frustratie en maatschappelijke ophef. Het is een groot dilemma om de autonomie van mensen in te perken en hen de toegang tot het openbare leven te ontzeggen. Omgekeerd zou een individuele burger niet ongebreideld bescherming en medische behandeling moeten kunnen opeisen. Ik stel vast dat in Nederland de stem van de oudere onvoldoende is gehoord en gewogen. Dit heeft geleid tot leeftijdsdiscriminatie en zijn er kansen onbenut om de corona epidemie beter beheersbaar te maken. Het is cruciaal dat de verschillende ideeën van mensen beter worden gehoord en gewogen. Handvatten voor een breder gedragen en daarmee effectievere besluitvorming zijn te vinden in het gedachtengoed over goede hulpverlening zoals dat binnen de Wereldbank is ontwikkeld.

Vraag mensen wat hun leven waard is

- **Vraag ouders wat het leven van hun kinderen waard is** wanneer die plotseling ziek worden. Wat zouden zij doen wanneer een van hun kinderen dreigt te overlijden? Dat kinderen overlijden vóór hun ouders gaat tegen alle instincten in. Vele ouders zouden ervoor kiezen om het lot van hun kind over te nemen en voor hén te sterven wanneer dat mogelijk zou zijn. De evolutionaire drang van ouders om te investeren in hun nageslacht kent geen grenzen.
- **Vraag kinderen wat het leven van hun ouders waard is** wanneer die een fataal verloopende ziekte ontwikkelen. Vele kinderen zouden ervoor pleitten dat hun ouders nóg een operatie ondergaan, met een zwaarder medicijn behandeld worden of er een experimentele ingreep wordt verricht om het overlijden uit te stellen. De confrontatie met hun eigen sterfelijkheid en het vooruitzicht van een definitief afscheid en is voor veel kinderen een onoverkomelijke barrière om hun ouders los te kunnen laten.
- **Vraag economen wat een mensenleven waard is.** Zij antwoorden dat de waarde van een mensenleven na de geboorte snel toeneemt en een maximum kent rond de 25 jaar wanneer de grootste investeringen in de opvoeding zijn opgebracht. Deze economische waarde blijft stabiel tot 40-50 jaar, waarna deze met een toenemende leeftijd snel afneemt omdat de investeringen in de professionele capaciteiten uitblijven, de onderhoudskosten van het menselijk lichaam toenemen en de economische opbrengsten afnemen.

- **Vraag aan mensen op de straat wat het leven waard is.** Er is consensus dat er grenzen zijn aan de kosten van medische behandelingen omdat de ongebreidelde groei van de gezondheidszorg ten koste gaat van andere maatschappelijke verantwoordelijkheden zoals onderwijs, bedrijfsleven en milieu. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft een limiet geformuleerd van 80 duizend euro per gewonnen levensjaar van goede kwaliteit. Het Britse National Institute for Health and Care Excellence (NICE) hanteert een limiet van 20-30 duizend GPD.

- **Vraag oudere mensen naar de waarde van het leven** en er komt géén eenduidig antwoord. Oudere mensen hebben een uitgesproken, veelal positief oordeel over de waarde van hun eigen leven maar verschillen sterk in de noodzaak tot investeringen om het leven te moeten verlengen. Dit persoonlijke oordeel blijft zich in de loop van het leven verder ontwikkelen en is sterk afhankelijk van de situatie waarin zij verkeren.

COVID-19 is een typische ouderdomsziekte

Het is 11 maart 2020 Kopenhagen, Denemarken; ik ben werkzaam als hoogleraar ouderengeneeskunde aan de universiteit binnen de afdeling publieke gezondheid. Die avond ben ik gevraagd door WHO-Europe om een voordracht te houden over de impact van de vergrijzing op onze samenleving. In spelend op de actualiteit geef een voorbeeld aan de hand van de zich dan ontwikkelende COVID-19 epidemie. De kern van mijn betoog: 'COVID gedraagt zich als een typische ouderdomsziekte'.

Twee weken daarvoor heeft de WHO haar eerste rapport laten verschijnen over de COVID-19 epidemie in Wuhan.^[1] Er zijn dan 17.528 ziektegevallen geteld waaronder 1870 met dodelijke afloop. Onder de 10 jaar worden weinig infecties gezien en in die leeftijdscategorie is geen enkel overlijden gemeld. Met toenemende leeftijd neemt de kans op ziekte en sterfte exponentieel toe. De sterfte onder vijftigers is ongeveer 1% en stijgt door tot meer dan 10% onder de 80-plussers. Ook is duidelijk dat vooral ouderen met meerdere chronische ziekten zoals overgewicht, suikerziekte, long-, hart- en vaatziekten worden getroffen. De conclusie is helder: een hoge kalenderleeftijd én een hoge biologische leeftijd is fataal. COVID-19 is een typische ouderdomsziekte.

Een hoge kalenderleeftijd én een hoge biologische leeftijd is fataal.

Een andere gebeurtenis die ik die avond aanhaal is de uitbraak van COVID-19 op de 'Diamond Princess'. Toen het cruiseschip op de avond van 3 februari 2020 in de haven van Yokohama, Japan aankwam werd het door de overheid onder de quarantainewet aan de ketting gelegd. Niemand mocht het schip af. De autoriteiten die het schip opgingen deden dit met beschermende kleding en strikte quarantaine. Het schip, de bemanning, de passagiers waren aan zichzelf overgeleverd. Dit 'experiment-of-nature' bevestigde dat het virus snel om zich heen sloeg met een R-waarde van meer dan 10. ^[2] De R-waarde onder de passagiers daalde snel toen de Japanse overheid afdwong dat de passagiers in hun eigen cabine moesten blijven. De les was duidelijk; door het onderling contact tussen mensen te beperken kan de verspreiding van het virus worden ingedamd.

Tijdens het overleg met de WHO in Kopenhagen liet ik het dashboard zien van de John Hopkins Universiteit (VS) die als eerste de mondiale verspreiding van het virus in beeld bracht. Buiten China leek met name Italië getroffen en op 11 maart 2021 waren in dat land al 463 mensen aan COVID overleden. Daarna ging het snel. Enkele weken later had COVID-19 heel Europa in de greep. In Denemarken wordt er een pendant van het Nederlandse Outbreak Management Team ingericht. Een bonte schare van medici, wetenschappers en ambtenaren komen bijeen om een strategie uit te zetten. Omdat het een typische ouderdomsziekte betreft word ik gevraagd om deel te nemen aan het beraad.

In Kopenhagen stellen we vast dat de sterftepatronen compleet het omgekeerde zijn van de eerdere dodelijke pandemieën zoals de 'Spanish Flu' die in het begin van de 20^{ste} eeuw de wereld teisterden. Toen waren de slachtoffers veelal jonge mensen zonder onderliggende ziekte. Waren de ouderen door voorgaande infecties beschermd? Hadden zij kruisimmunitet? In ieder geval gedroeg de COVID-19 epidemie zich volstrekt anders. De hamvraag was wie wanneer tegen wat beschermd moest worden, en tegen welke prijs. Op basis van de bestaande kennis over het bestrijden van besmettelijke ziekten, de gepubliceerde ervaringen in China, en het 'experiment' op de Diamond Princess werd geadviseerd om een strikte lockdown in te stellen. Er was veel onderlinge discussie in hoeverre de (school)kinderen bijdroegen in de overdracht van het virus. We wisten het gewoonweg niet. Anderzijds was er veel druk vanuit de samenleving om de kinderen niet de dupe te laten worden.

In Denemarken werd door overheid en politici gewikt en gewogen. Daarop werd besloten om een strikte lockdown af te kondigen en de scholen niet te sluiten. In rap tempo werd de epidemie ingedamd en dit heeft voorkomen dat ter plaatse

de gezondheidszorg instortte. Daarmee werd de waarde van de lockdown als een uiterst effectieve publieke interventie bevestigd. Er heerste een groot gevoel van opluchting; 'ook een nieuwe razende en dodelijke ziekte kan door hygiënische maatregelen tot bedaren worden gebracht'. Gelijktijdig kwamen de bijwerkingen aan het licht. De sociaaleconomische kosten waren ongekend hoog en maakte van meet af aan duidelijk dat zulke stringente grootschalige maatregelen moeilijk voor langere tijd zijn vol te houden. De hamvraag was dan ook, 'hoe krijgen we de samenleving weer open?'

Contouren van de Deense aanpak

Het centrale uitgangspunt van de Deense aanpak is 'dat jij de ander niet besmet'. Dat is niet alleen het mechanisme achter de van bovenaf opgelegde lockdown maar ook de maatschappelijke norm. Het uitgangspunt dat je een ander geen schade berokkent had ik mij in de jaren daarvoor al eigen gemaakt. Opgevoed met het adagium 'als je geen koorts hebt ben je niet ziek' werd mij een spiegel voorgehouden wanneer ik snotterend op het werk verscheen. 'Wat doe jij hier?' werd mij gevraagd, 'Zou je niet vertrekken voordat je ons aansteekt?'

Het is de cultuur dat je oog hebt voor elkaar waarom er in Denemarken in no time capaciteit wordt opgebouwd om te testen of je bent geïnfecteerd met het virus. Mijn overburen laten zich testen voordat zij met de familie het kerstdiner aanvangen. Is het eerst een mogelijkheid voor hen die dat willen betalen, al snel worden de testen voor iedereen, gratis en 24/7 toegankelijk aangeboden. Een negatieve test geeft je een 'pas partout' om op een verantwoorde wijze 48 uur aan het publieke leven deel te nemen. Een positieve test is een oproep tot een zelf opgelegde quarantaine. Handhaving van het test-paradigma is er alleen bij openbare gelegenheden en bij het passeren van de landsgrenzen. Er wordt een voor iedereen transparant dashboard ingericht. De maatregelen afgebouwd op geleiden van de R-waarde. Ik mag op de Nederlandse TV uitleggen 'hoe het zo kan zijn dat het openbare leven in Kopenhagen weer op gang is gekomen'.

Het vertrouwen in de aanpak van de epidemie neemt toe en het wachten is op een vaccin. Tot dan is de vraag wanneer, hoe sterk, en hoe lang de hygiënische maatregelen moeten worden volgehouden. De opbrengst én de kosten van een lockdown moeten worden gewogen. Wat is het draagvlak onder de bevolking? De Deense adviescommissie wordt ingrijpend gewijzigd. De meeste (medisch) specialisten -waaronder ik- maken plaats voor gedragskundigen. In toenemende mate maken de autoriteiten samen met de maatschappelijke en politieke partijen de balans op.



Politiek is
niets anders
dan geneeskunde
op grote schaal.

Politiek is niets anders dan geneeskunde op grote schaal

Het is 1848 wanneer Rudolf Virchow, een gelauwerd Duits arts en grondlegger van de publieke gezondheid, onderzoek verricht naar een grote tyfusepidemie in Opper-Silezië. Virchow stelde zich op het standpunt dat een menselijke samenleving gezond of ziek kan zijn, als ware het één groot lichaam. Hoewel de ziekte wel als besmettelijk werd beschouwd was de verwekker nog niet geïsoleerd. Zijn analyse was dat de achterliggende oorzaken van de epidemie waren gelegen in armoede en hongersnood, die op hun beurt uiting waren van de feodale onderdrukking door grootgrondbezitters. In plaats van strikt medische innovaties aan te bevelen, dat wil zeggen meer artsen of ziekenhuizen, schetste hij een revolutionair programma voor sociale wederopbouw, inclusief volledige werkgelegenheid, hogere lonen, de oprichting van landbouwcoöperaties en universeel onderwijs. Virchow was overtuigd dat de politiek gedwongen is om 'met wetgeving op grote schaal geneeskunde te bedrijven'. Hij voorzag ook dat net zoals in de 'gewone' geneeskunde er geen eenvoudige wetmatige ingrepen zijn zonder risico op bijwerking.^[3]

Anders dan de analyse van Virchow heeft het initiële succes onvoldoende geleid tot een dieper, fundamenteel inzicht in hoe de corona-epidemie het beste aangepakt kan worden. Zo had het scenario van een kortere of minder strenge lockdown overwogen moeten worden met het risico dat er niet altijd een plek beschikbaar is op de intensive care. Het laatste is een afschuwelijke gedachte voor mensen met doodsangst maar vanuit de samenleving niet onredelijk omdat er duidelijke grenzen zijn gesteld aan wat een gewonnen levensjaar mag kosten. Deze logica vormt de basis voor de levering, toegang en duurzaamheid van nationale zorgstelsels. Het was tijdens de epidemie in Nederland al snel duidelijk dat de bestaande grenzen ver werden overschreden. De verdringingskosten waren niet alleen zichtbaar in de vertraagde en uitgestelde reguliere zorg^[4], maar ook in de opgebouwde onderwijsachterstand van jongeren en de psychische en fysieke achteruitgang van velen. Er waren ook snel oplopende directe, economische kosten.

Discriminatie op basis van leeftijd

Velen kunnen het niet verdragen om patiënten te zien sterven aan corona zonder dat zij dat leven proberen te redden in de tempels van de geneeskunde. Stel dat intensieve zorg voor patiënten met corona niet nuttig zou zijn, zou Nederland dan zó lang, zó streng in lockdown zijn gegaan? Wellicht hadden we dan samen een andere keuze gemaakt. Het is veelzeggend dat de jaarlijkse oversterfte onder ouderen door influenza vrijwel onopgemerkt blijft. In de winter

van 2018 stierven in Nederland ca. 10.000 mensen aan influenza, een oversterfte die qua aantal en leeftijdsverdeling vergelijkbaar is met de 'eerste golf' door corona. Deze golf van sterfte aan influenza leidde in 2018 niet tot collectieve actie. Let wel, maatregelen om sociale hygiëne te bevorderen zijn ook effectief om influenza te voorkomen. Een lockdown is zo effectief dat er in Nederland in de winter van 2021 geen enkel geval van influenza werd vastgesteld. Evenmin was er in 2018 sprake van een massale publieke respons om de vaccinatiegraad van zorgprofessionals en de algemene bevolking te verhogen. Er was toen ter tijd geen 'ondernemersgeest' om een effectiever vaccin tegen influenza te ontwikkelen, hoewel de mRNA-technieken voor nieuwe vaccins al wel beschikbaar waren.

Is het denkbaar dat ons (on)bewust weggijken van oversterfte tijdens influenza-epidemieën is te verklaren omdat dat sterfte door influenza vrijwel uitsluitend ouderen betreft waarvan de economische waarde beperkt is? Zou het leeftijdsargument ook hebben gespeeld wanneer in het begin van de corona-epidemie onevenredig veel wordt geïnvesteerd in ziekenhuiszorg ten koste van investeringen in langdurige (institutionele) zorg? Deze prioritering van middelen, waaronder mondkapjes en beschermende kleding, heeft ervoor gezorgd dat corona ongekend hard aankwam bij de (veelal) oudere cliënten van langdurige zorg en hun zorgverleners, in termen van sterfte, verlies van vertrouwen en emotionele belasting.

Bij aanvang werden zorgafhankelijke ouderen thuis en (terminale) patiënten in verpleeghuizen aan hun lot overgelaten, maar toen de corona-epidemie zich verder ontwikkelde, mochten (kwetsbare) ouderen niet meer aan corona sterven. Zij werden afgesloten van de buitenwereld en mochten hun dierbaren niet meer zien. Een menswaardig leven en dood werd hun ontnomen. Ook werd besloten dat zij als eersten gevaccineerd moesten worden tegen het virus hoewel zij daar niet om hadden gevraagd. Het pleidooi voor autonomie, zelfbeschikking en een zelfgekozen levenseinde werd gesmoord. Veel ouderen thuis of in een verpleeghuis hebben gezegd dat 'wat zij hebben meegemaakt nooit meer mag gebeuren'.

Deze alarmerende leeftijdsdiscriminatie lokte een intuïtieve maar irrationele secundaire reactie uit. Geconfronteerd met de feiten, betoogde een schuldbeust parlement in Nederland dat leeftijd niet gebruikt zou mogen worden om te bepalen wie op de intensive care opgenomen zou moeten worden, het zwarte scenario. Het is een gegeven dat leeftijd de krachtigste voorspeller is van de

uitkomst van medisch technisch handelen. Hoe hoger de leeftijd des te groter de kans dat iemand op de intensive care komt te overlijden, onvoldoende herstelt en van (institutionele) langdurige zorg afhankelijk wordt. Alleen daarom is de idee dat alle oudere patiënten met een corona infectie op de intensive care behandeld zouden moeten worden onwenselijk. Er zijn vele inspanningen verricht om vóóraf de uitkomst van een IC-opname met voldoende zekerheid te kunnen voorspellen. Die voorspelling kan voor groepen, bv. hoge leeftijd en of ernstige onderliggende ziekte, maar niet voor individuele patiënten. Dat was niet mogelijk en is nog steeds niet mogelijk. ^[5]

Omdat het niet mogelijk is om de afloop precies te kunnen voorspellen is het van het grootste belang de verwachtingen van de IC-opname te wegen met de doelen die (oudere) patiënten voor zichzelf hebben geformuleerd. Nederlands onderzoek onder (kwetsbare) ouderen (>70 jaar) tijdens de corona epidemie laat zien dat 87% van de ondervraagden een opname in een verpleeghuis willen voorkomen en 84% geeft aan zelfstandig te willen blijven. Het verlengen van het leven wordt slechts door een minderheid benoemd (31%). ^[6] Veel ouderen hebben eenmaal ziek door corona zelf de regie over hun eigen leven opgenomen. Zij besloten alleen, of samen met hun behandelend arts om af te zien van nihilistische intensive care behandeling. Zij investeerden in een waardiger einde van het leven. Deze eigen regie van oudere mensen, patiënten heeft er aanzienlijk aan bijgedragen dat 'een run-op-de-IC's' is uitgebleven en het curatieve zorgsysteem niet is ingestort.

De aanpak van de coronapandemie in Nederland laat genadeloos zien dat er behoefte is aan een betere weging van de autonomie van mensen enerzijds en publieke verantwoordelijkheid van de samenleving.

Een persoonlijke reflectie

Het gevoerde Nederlands beleid om de corona epidemie te beteugelen heeft, net als in de meeste andere landen, een sterke medisch wetenschappelijke basis. En zo moet het ook zijn. Maar het beleid is ook te veel gedreven door angst voor de (eigen) dood, door hen die (de economische) macht hebben en door subgroepen die de publieke opinie beïnvloeden (omwille van zichzelf). De aanpak van de coronapandemie in Nederland laat genadeloos zien dat er behoefte is aan een betere weging van de autonomie van mensen enerzijds en publieke verantwoordelijkheid van de samenleving. Het is alsof de vergankelijkheid van het leven nog niet genoeg is doordacht. Sommigen hechten zoveel waarde aan het leven dat de daarvoor benodigde publieke investeringen onbeperkt zouden moeten zijn. Omgekeerd moet worden voorkomen dat maatschappelijke organisaties of ideologische bewegingen onevenredig veel invloed hebben op de publieke respons.

Het veelzeggend dat hulpverleners te vaak moeite hebben om de zienswijze en de beslissingen van (oudere) hulpvragers te accepteren, vooral wanneer deze in strijd zijn met medisch dogma, professionele richtlijnen of hun eigen keuzes. Dat geldt niet alleen voor hulpverleners die werken aan het bed maar ook zij die geneeskunde bedrijven op een politiek niveau. De internationale literatuur wijst op een scala aan historische, culturele, financiële en wetenschappelijke feiten die bijdragen aan het voortduren van deze barrières. Daarnaast ontbreekt het ons aan handreikingen voor de dagelijkse praktijk om gericht naar ouderen te luisteren en hen in hun eigen keuze te volgen en te steunen.

Mensen helpen zichzelf te helpen

In Denemarken heb ik grote voordelen gezien van het 'reablement gedachten-goed'. Heel concreet, de hulpvrager wordt gezien als 'de expert in zijn eigen leven' en het is de taak van de hulpverleners om manieren te vinden om hen te helpen zo goed mogelijk betekenis te geven aan hun leven. Dit betekent dat de hulpverlener moet luisteren naar de unieke verwachtingen, doelen en voorkeuren van de persoon, en uitdrukkingen zijn van hun intrinsieke motivatie. Met deze kennis moet de hulpverlener suggesties doen die aansluiten op de persoonlijke situatie waarmee de hulpvrager functies kan herwinnen en zijn eigen regie versterken. Simpel gezegd heeft de hulpvrager het heft in handen, wat hem autoriteit en controle geeft over zijn zorgtraject.

De zienswijze om mensen te helpen zichzelf te helpen is niet nieuw. In 1859 schrijft de Deense filosoof Søren Kierkegaard daarover het volgende:

“Wanneer je werkelijk wil slagen iemand op weg te helpen, dan moet je er allereerst voor zorgen de ander te vinden waar hij is en daar beginnen. Dat is het geheim van alle hulpverlening. Wie dit niet kan, leeft in de waan te denken dat hij een ander kan helpen. Om de ander echt te kunnen helpen, moet je meer begrijpen dan hij, maar bovenal te begrijpen wat hij begrijpt. Als ik dat niet doe, zal mijn inzicht hem helemaal niet helpen. Als ik mijn inzichten dan nog steeds te gelde maak is dat omdat ik ijdel of trots ben. In plaats van hem te helpen wil ik door hem bewonderd worden. Maar alle oprechte hulp begint met vernedering. Een hulpverlener moet zich eerst verlagen onder degene die hij wil helpen. Hij moet begrijpen dat helpen is als dienen niet als heersen, dat helpen niet gaat over macht maar over geduld, dat helpen vraagt om te accepteren dat je het bij het verkeerde eind hebt en niet begrijpt wat de ander bedoelt.”

Het is in het werk van de econoom en filosoof David P. Ellerman waar wij inspiratie kunnen vinden voor een andere vorm van hulpverlening.^[7] Ellerman was destijds werkzaam voor het Ontwikkelingsprogramma van de Verenigde Naties (UNDP) met de opdracht om landen te helpen om tot verdere ontwikkeling te komen. In zijn analyse en aanpak bouwt hij voort op het werk van Kierkegaard. Hij schetst een raamwerk voor is voor de autonome zelfontplooiing van hulpvragers waarbij hulpverleners 'helpen op een manier die de autonomie van de vrager respecteert, bevordert en steunt'. Dat geldt voor hulpverleners aan het bed net zoals hulpverleners in de politiek.

Wanneer ik de vijf uitgangspunten van Ellerman toepas op hulpvragers in het brede veld van de (publieke) geneeskunde is de strekking:

- Hulpverleners moeten uitgaan van de persoonlijk situatie van de hulpvrager – dat wil zeggen begin niet met een 'schone lei';
- Hulpverleners moeten de situatie analyseren door de ogen van de hulpvrager – dus niet door hun eigen ogen;
- Zorg kan niet aan de hulpvrager worden opgelegd - want dat schendt hun autonomie;
- Hulpvragers kunnen zorg niet afdwingen als een welwillende gave - want dat scheidt afhankelijkheid;
- De hulpvrager is in de regie - want dat is de basis achter autonomie.

Hoewel een strikte toepassing van deze vijf punten op de aanpak van de corona epidemie misschien moeilijk en ontwrichtend lijkt, het integreren van Ellerman's gedachtengoed is precies wat nodig is opdat politici waarde gedreven, passende geneeskundige zorg kunnen leveren.

Wanneer je werkelijk wil slagen
iemand op weg te helpen, dan
moet je er allereerst voor zorgen
de ander te vinden waar hij is
en daar beginnen.

[1] [https://www.who.int/publications/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19))

[2] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32190785/>

[3] Mackenbach JP. Politiek is niets anders dan geneeskunde op grote schaal. Ned Tijdschr Geneesk. 2016

[4] <https://gupta-strategists.nl/storage/files/200521-COVID-goes-Cuckoo.pdf>

[5] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38311188/>

[6] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38796317/>

[7] <https://www.amazon.com/Helping-People-Help-Themselves-Alternative/dp/0472031422>



6

EEN WEERBARE
SAMENLEVING KAN
NIET ZONDER EEN
VERTROUWENS-
WAARDIGE
OVERHEID.

Marnix Eysink Smeets

Veiligheidspsycholoog, gespecialiseerd in de relatie tussen
overheidsoptreden en publiek vertrouwen

Weerbaarheid is het nieuwe buzzword in het beleid van kabinet en overheid. Macro-ontwikkelingen op het wereldtoneel geven toenemend kans op nieuwe dreigingen en crises. We zullen er ons dan ook op moeten voorbereiden deze adequaat het hoofd te kunnen bieden. De parlementaire enquête corona zou hiervoor uitstekende bouwstenen kunnen aanreiken. De coronacrisis heeft ons immers veel geleerd over de manier waarop we als samenleving wel en niet met zo'n plotseling opkomende, verstreckende dreiging om kunnen gaan. Net als dat deze crisis ons veel te vertellen heeft over de centrale rol die het publiek vertrouwen in de overheid daarbij vervult. Daarover gaat dit hoofdstuk. De vraag die zich daarbij opdringt is echter wel of die overheid daadwerkelijk bereid en in staat is de lessen uit de coronacrisis onder ogen te zien en vervolgens in concreet handelen te vertalen.

De coronapandemie ligt alweer een paar jaar achter ons. Uiteenlopende publicaties hebben inmiddels laten zien hoezeer deze pandemie een zware wissel trok – en deels nog trekt – op ons vertrouwen in overheid en politiek. Zij lieten ook zien welke invloed dat vertrouwen had op het vermogen van de samenleving om een dergelijke langdurige crisis het hoofd te bieden. En ten slotte gaven zij al veel inzicht in kenmerken van het overheidshandelen die het publiek vertrouwen in overheid en politiek kunnen stimuleren. Zoals een niet al te technocratische, louter op de geneeskundige aspecten gerichte handelswijze, maar een aanpak waarin andersoortige maatschappelijke belangen vanaf begin af aan in de afwegingen worden betrokken. De coronapandemie ligt alweer een paar jaar achter ons. Uiteenlopende publicaties hebben inmiddels laten zien hoezeer deze pandemie een zware wissel trok – en deels nog trekt – op ons vertrouwen in overheid en politiek.

Zij lieten ook zien welke invloed dat vertrouwen had op het vermogen van de samenleving om een dergelijke langdurige crisis het hoofd te bieden. En ten slotte gaven zij al veel inzicht in kenmerken van het overheidshandelen die het publiek vertrouwen in overheid en politiek kunnen stimuleren. Zoals een niet al te technocratische, louter op de geneeskundige aspecten gerichte handelswijze, maar een aanpak waarin andersoortige maatschappelijke belangen vanaf begin af aan in de afwegingen worden betrokken. Het vraagt aandacht voor (en kennis van) de bijzondere psychologische dynamiek die in het kielzog van zo'n nieuwe dreiging in de samenleving ontstaat. Om oog voor de perspectieven en belangen van specifieke, al dan niet kwetsbare groepen in de samenleving. Om rechtvaardigheid, in zowel procedurele als distributieve zin. Om voorbeeld-

gedrag, empathie en dialoog. Net als om gerichte aandacht voor het uithoudingsvermogen van de samenleving, ook door niet alleen aandacht te besteden aan wat er 'nu' van ons gevraagd wordt, maar tevens perspectief te bieden voor de wat langere termijn.

Ons lesje geleerd?

Je zou zeggen dat we daarmee ons lesje wel hebben geleerd waar het gaat om het handelen van overheid en politiek in beangstigende en/of schokkende tijden. Nog eens te meer, omdat zich kort voor de pandemie in ons land affaires voordeden waaruit zich soortgelijke lessen opdrongen. Zoals de affaire rond het Groninger gas of de toeslagenaffaire. Wie terugkijkt ziet echter dat het kennelijk toch lastig bleek die lessen concreet te vertalen in het handelen van kabinet of politiek. De inkt van de kabinetsreactie op het eerste rapport van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid (2022) over de corona-aanpak was bijvoorbeeld nog niet droog, of een technocratische presentatie van stikstofplannen joeg de boerenstand in de gordijnen, met grootschalige en langdurige maatschappelijke onrust tot gevolg. Het is veelzeggend dat die onrust aanbleef totdat 'gespreksleider' Johan Remkes (2022) met persconferentie en rapport een masterclass meer-voudig kijken en empathie gaf. Waarna veel van de onrust op slag verdween.

Politiek klimaat helpt niet

Voorals lijkt echter een politiek klimaat te zijn ontstaan dat eerder wegdrijft van de lessen die wij in Nederland de afgelopen jaren hadden kunnen leren dan dat deze worden omarmd en geïnternaliseerd. In zekere mate was dat al zichtbaar in het proces van totstandkoming van de parlementaire enquête en de samenstelling commissie. Maar in volle hevigheid werd het in het najaar van 2024 zichtbaar in – de inbreng van kabinet en Tweede Kamer in – het politiek-publicitaire debat naar aanleiding van de nare gebeurtenissen in Amsterdam rond de voetbalwedstrijd Ajax-Maccabi Tel Aviv. Een polariserend debat, waarin van kenmerken als meervoudig kijken, procedurele rechtvaardigheid, zorgvuldigheid ten aanzien van de positie van verschillende groepen in de samenleving geen enkele sprake meer was. En waarin het gezag van het lokaal bestuur niet werd versterkt, maar werd ondermijnd. Dringende oproepen uit het professionele veld om het debat zorgvuldiger te voeren werden terzijde geschoven. Kennelijk moesten andere doelen worden gediend.

- **Willen en kunnen commissie, kabinet en Kamer in zo'n klimaat nog leren?** Heeft in zo'n politiek klimaat het houden van een parlementaire enquête nog wel zin, vraag je je als buitenstaander dan af. Want is een enquêtecommissie in zo'n

klimaat nog bereid en in staat 'open' op zoek te gaan naar de te leren lessen? En als de commissie dat al is, zijn Tweede Kamer en kabinet dan op hun beurt bereid en in staat de bevindingen van de commissie open te bezien, af te wegen en in het handelen te integreren? Of wordt het vooral afrekenen met politieke tegenstanders en/of het onderbouwen van tevoren ingenomen stellingen? Ik laat me graag verrassen – en hoop dat mijn scepsis onterecht is – maar gelet op het in de afgelopen maanden zichtbare politieke klimaat kreeg ik daar een hard hoofd in. Ik vroeg me zelfs af of ik me niet beter het schrijven van deze bijdrage kon besparen.

Aangezien de (nabije) toekomst forse nieuwe dreigingen in zich lijken te dragen – en daarmee groeiende risico's voor de stabiliteit van de samenleving- zullen we weerbaar moeten zijn.

■ Wie weerbaar wil zijn zal wel moeten

Er is één reden waarom ik dat toch gedaan heb. En dat is dat de (nabije) toekomst forse nieuwe dreigingen – en daarmee groeiende risico's voor de stabiliteit van de samenleving- in zich lijkt te dragen. We zullen daarom weerbaar moeten zijn, zoals het kabinet onlangs benadrukte; daartoe bijgevallen door oud-premier – en nu secretaris-generaal van de NAVO – Mark Rutte.

Voor die weerbaarheid is het ongetwijfeld verstandig proviand en cash in huis te hebben, zoals het kabinet ons nu aanraadt. Maar dat is maar klein bier. Omdat ook in tijden van crises een goede buur beter is dan een verre vriend lijkt het me minstens zo belangrijk zuinig te zijn op onze sociale cohesie; diezelfde cohesie die na de recente gebeurtenissen in Amsterdam door het politiek-publicitaire debat zo'n opdoffer heeft gekregen. Maar vooral hebben uiteenlopende studies

inmiddels laten zien hoe het publiek vertrouwen in de overheid een centrale rol speelt in de weerbaarheid van onze samenleving. Het vertrouwen in kabinet en politiek is inmiddels echter – na een korte verbetering rond het aantreden van het nieuwe kabinet – historisch laag. Alle reden dus om daarop in te zetten.

Dat maakt het extra zinvol om het inzicht te vergroten in de functies van dat vertrouwen bij een crisis. En naar de manieren waarop we dat vertrouwen kunnen versterken. Ik begin eerst bij de functies van dat vertrouwen, de 'baten' dus. En bij wat we daarover hebben geleerd bij de coronacrisis.

De functie van vertrouwen

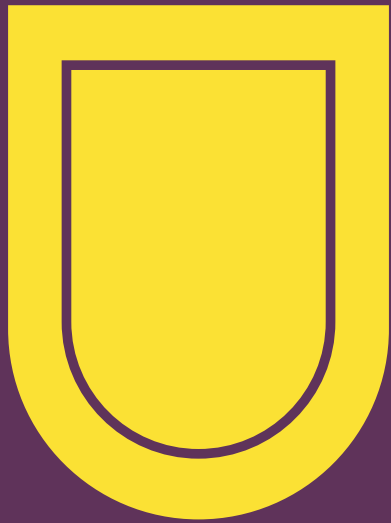
Toen de coronapandemie Nederland bereikte werd deze door het kabinet allereerst gedefinieerd als een geneeskundige crisis. Er werd gestuurd op IC-bezetting en R-getal. Volgens de beste traditie probeerden we zo – heel rationeel – de objectieve veiligheid zo goed mogelijk te houden. Later pas begon de aandacht te groeien voor de maatschappelijke impact van crisis én aanpak, vooral dan nog in de vorm van duidelijk herkenbare effecten op specifieke sectoren.

Uit de studie van risico- en veiligheidspercepties weten we echter dat de maatschappelijke impact van de pandemie zich al meteen voordeed. De opkomst van een nieuwe, nog onbekende dreiging, terwijl nog onbekend was wat we daar als individu, groep of samenleving aan konden doen zorgden voor percepties van onveiligheid. De geneeskundige crisis voerde daarmee als vanzelf een psychologische crisis in zijn kielzog mee. Niet alleen de objectieve veiligheid was in het geding, ook de subjectieve.

■ Vertrouwen geeft stabiliteit bij onzekerheid

Als een soort Pavlov-reactie werd het zogenaamde rally-around-the-flag-effect zichtbaar: een plotseling oplaaiend vertrouwen in het publiek leiderschap (in dit geval in minister-president en kabinet): zij fungeren zo voor een belangrijk deel van het publiek als psychologisch anker in bange tijden. Het is plausibel dat het aanvangsniveau van vertrouwen doorwerkt in hoogte en duur van de piek. Het vertrouwen neemt vervolgens langzaam weer af zonder dat dat tot zorgen hoeft te leiden: reden tot zorg is er pas als het vervolgens daalt tot onder het niveau van vóór het aanbreken van de crisis (wat zich in Nederland uiteindelijk inderdaad voordeed).

Het vertrouwen in de overheid heeft een dempend effect op de beleving van onveiligheid. Het biedt – hoe symbolisch wellicht ook – een gevoel van grip,



Weerbaarheid
is het nieuwe
buzzword in
het beleid van
kabinet en
overheid.

dat de impact van de ervaren dreiging wat kan verminderen. Dat is waardevol, omdat een sterke beleving van onveiligheid doorwerkt in het gedrag van mensen. Zij moeten immers copen met de stress die een beleving van onveiligheid met zich meebrengt. Dat copen doen mensen weliswaar op verschillende manieren, maar daarin zijn wel vaste patronen te herkennen. Door te ontkennen wat er aan de hand is bijvoorbeeld. Door zich terug te trekken op de eigen groep en zich af te zetten tegen anderen. Of door activistisch te worden en de straat op te gaan. Waar vertrouwen in de overheid onveiligheidsgevoelens vermindert, vermindert dat ook de noodzaak om met stress te copen en draagt het dus bij aan de stabiliteit van de samenleving (Eysink Smeets, 2021, 2022).

■ **Vertrouwen draagt bij aan compliance, tevredenheid en herstel**

Uiteenlopende onderzoeken in binnen- en buitenland wijzen daarnaast op de samenhang – en soms ook causale relatie – tussen het vertrouwen in de overheid en het vertrouwen in, de tevredenheid over en de navolging van de aanpak en de daaraan verbonden gedragsadviezen (zie o.m. Han et al., 2021; Moran et al., 2021; Valcheva, 2022). Een dergelijke samenhang is ook gevonden bij bijvoorbeeld de vaccinatiebereidheid of de algemene tevredenheid over de aanpak (zie o.m. Aassve et al., 2022; Trent, Seale, Ahmad, Salmon, & Macintyre, 2022; Völler, 2020; Yalman & Karagöz, 2021). Hoe meer mensen dus vertrouwen stellen in de overheid, des te meer zij geneigd zijn de gedragingen te vertonen die de overheid van hen vraagt om de crisis te boven te komen. Het omgekeerde geldt evenzeer: hoe lager dat vertrouwen, hoe geringer de bereidheid zich aan de adviezen of richtlijnen te houden of hoe groter zelfs de bereidheid zich daartegen te verzetten (Eysink Smeets, 2022). Vertrouwen in de overheid vormt daarmee een belangrijke ‘smeerolie’ voor het realiseren van een collectieve aanpak van de crisis. Net als dat het helpt de crisis achter zich te laten en daarvan te herstellen. Dat laatste is nog eens extra van belang in deze tijd waarin we met een snelle successie van opeenvolgende crises geconfronteerd worden. Er is dan als het ware sprake van een cyclisch proces: de mate van vertrouwen in de overheid waarmee we dan uit de ene crisis komen zal dan invloed hebben op de mate van vertrouwen waarmee we de volgende crisis ingaan.

Hoe vertrouwen te bevorderen?

Als vertrouwen in de overheid bij het omgaan met een crisis zoals de coronapandemie in potentie zulke gunstige effecten heeft is het natuurlijk de vraag of en hoe dat vertrouwen dan bevorderd kan worden. Daarop is het antwoord ten dele te geven.

Allereerst zijn zowel ‘overheid’ als ‘vertrouwen’ containerbegrippen die beide weer verschillende deelbegrippen omsluiten. In het kader van het landsbrede beleid van de pandemie waren vooral kabinet, (landelijke) politiek en departementen de gezichtsbepalende spelers. In deze bijdrage richt ik mij dan ook vooral op de landelijke overheid. Daarmee wil ik het bestuur op andere schaalniveaus niet tekortdoen. Integendeel. Het lokale bestuur bijvoorbeeld geniet door de kleinere afstand tot de lokale samenleving vaak een sterker vertrouwen van de bevolking, maar voelde zich tijdens de pandemie door de relatief sterk top-down benadering van het kabinet nogal eens buitenspel gezet. Wat overigens voor de parlementaire enquête de vraag op zou moeten werpen of het publiek vertrouwen in de lokale overheid daarmee onderbenut is gebleven.

Het begrip ‘vertrouwen’ kan (ook) op vele manieren verder worden uitgesplitst. Een eerste ruwe manier is door te verwijzen naar de Engelse taal, waarin zowel het begrip confidence wordt gebruikt als het begrip trust. Het eerste verwijst naar het vertrouwen in een capabele taakvervulling, het tweede op het vertrouwen dat men zorgvuldig wordt behandeld. In de pandemie was zichtbaar dat beide invullingen van het begrip vertrouwen een rol speelden.

■ **Werken aan vertrouwenswaardigheid**

Welke invulling het begrip vertrouwen (of overheid) ook wordt gegeven, een overheid heeft de factoren die het niveau van vertrouwen bepalen maar ten dele zelf in de hand. Dat vertrouwen ontstaat immers in een proces tussen ‘vertrouwde’ en ‘vertrouwer’, een proces dat ook nog eens wordt beïnvloed door de context. Analoog aan wat de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB, 2022) in haar uitstekende rapport over het – nauw verwante begrip – gezag van de overheid stelde, kan die overheid dan ook niet bepalen in hoeverre burgers haar daadwerkelijk vertrouwen, maar kan zij de kans daarop wel vergroten door zelf vertrouwenswaardig te zijn. Volgens de ROB zou de overheid daaraan kunnen werken door het vergroten van haar Bekwaamheid, Betrouwbaarheid en Betrokkenheid; een goed onderbouwde trits waaraan ik, gezien de relatief smalle invulling die de ROB aan het begrip Betrokkenheid geeft, nog wel een vierde B zou willen toevoegen: die van Bewogenheid. (Ook) waar het gaat om de vertrouwenswaardigheid van de overheid in tijden van crises kunnen deze B's een eerste analysekader annex richtinggevend kader voor het handelen bieden.

Kijken we vervolgens naar de specifieke lessen uit de coronacrisis, dan geven de onderzoeken van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (2022a, 2022b, 2023) of de recente publicaties van het Maatschappelijk Impact Team (2024a, 2024b)

inmiddels een goed inzicht in de factoren die het publiek vertrouwen in de overheid tijdens deze crisis hebben versterkt (of hadden kunnen doen). Zoals transparantie, uitleg en duiding. Procedurele als distributieve rechtvaardigheid. Of oog voor de perspectieven, belangen en (on)mogelijkheden van verschillende doelgroepen. Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid voegde daar deze zomer nog een omvangrijke bundel aan toe, waarin het belang van maatschappelijke meerstemmigheid bij de corona aanpak nog eens vanuit vele verschillende invalshoeken werd belicht (M'Hamdi, Rotteveel, Rerimassie, Haverkamp (reds.), 2024).

De punten die in de verschillende publicaties beschreven worden raken zowel het vertrouwen in de zin van confidence als het vertrouwen in de zin van trust. Ik neem aan dat de enquêtecommissie al deze publicaties tot haar beschikking heeft, zodat ik de inhoud daarvan niet nog eens dunnetjes ga overdoen. Bij enkele punten blijf ik echter nog even kort stilstaan.

Beter voorzien?

Waar het gaat om het vertrouwen in de zin van confidence kan de pandemische paraatheid natuurlijk een belangrijke rol spelen. Is een overheid voorbereid op wat tijdens een pandemie kan gebeuren, of komt het voor dat zij steeds door nieuwe ontwikkelingen wordt overvallen wordt? Wie bij het begin van de pandemie de wetenschappelijke literatuur over bijvoorbeeld de SARS of MERS-epidemieën bezag op de doorwerking van de psychologische crisis zag daarin al veel van de effecten beschreven waardoor het kabinet later overvallen leek. Over zorgmijding, verminderd welzijn of scapegoating bijvoorbeeld. Over moeilijk te bereiken groepen ook of groepen die juist contrair zouden gaan aan de gedragsadviezen (zie bijv. Eysink Smeets, 2020). Pandemische paraatheid (of breder geformuleerd: weerbaarheid) betekent dus ook het voorbereiden op en voorzien van dergelijke effecten in de samenleving.

Bredere lessen meenemen?

Wie kijkt naar de mogelijkheden om de vertrouwenswaardigheid van de overheid in de toekomst te verbeteren doet er daarnaast goed aan om breder te kijken dan naar de lessen uit de coronapandemie alleen. Wie 'door de oogharen' naar deze lessen kijkt, maar ook naar de lessen uit recente (andere) parlementaire enquêtes, onderzoeken of adviesrapporten ziet immers nogal eens een overeenkomstig beeld ^[1]. Een beeld, waarin lang vanuit één dominant belang of perspectief wordt gekeken en gehandeld, specifieke groepen die daar overmatig door benadeeld worden over het hoofd worden gezien, signalen van de werkvloer of vanuit andere organisaties worden gezien als uncomfortable knowledge en

worden gesmoord in de 'bestuurlijke bontkraag' en technocratie de empathie verdringt. Er lijkt dus sprake van knelpunten of tekortkomingen die de specifieke situatie van – in dit geval – de coronapandemie overstijgen, maar die het gevolg lijken te zijn van de inrichting en werking van het overheidssysteem als geheel. Het werk van de tijdelijke commissie Corona kan daarom aan zeggingskracht en relevantie winnen door de bevindingen uit de coronapandemie af te zetten tegen deze bredere context. Hoe komt het dat we in verschillende crises of affaires steeds dezelfde patronen terugzien? En vooral: hoe komen we daaraan voorbij?

Afsluitend

De coronapandemie heeft ons belangrijke lessen te leren over het belang van publiek vertrouwen in de overheid ten tijde van crises. Over hoe dergelijk vertrouwen een beleving van onveiligheid in de samenleving kan verminderen en de stabiliteit van de samenleving kan versterken. Hoe dat vertrouwen acceptatie van (en tevredenheid over) een aanpak kan stimuleren en herstel kan bevorderen. Maar de pandemie heeft ook laten zien dat dit vertrouwen onder druk kan komen te staan, waardoor juist tegenovergestelde effecten zichtbaar worden. Om dat te voorkomen lijkt het nodig gericht te werken aan de vertrouwenswaardigheid van de overheid. De ervaringen uit de coronapandemie bieden daarvoor veel aanknopingspunten, maar een échte sprong vooruit zal pas kunnen worden gemaakt door deze lessen af te zetten tegen de lessen die ook uit andere crises en parlementaire enquêtes zijn op te tekenen: daarin zijn immers deels soortgelijke patronen zichtbaar.

De urgentie om deze lessen te leren én geloofwaardig door te vertalen in het handelen is groter dan ooit. Het vertrouwen in de overheid – i.c. in kabinet en politiek – is historisch laag. Terwijl aan de horizon nieuwe crises opdoemen die een beroep doen op de weerbaarheid van de samenleving; een weerbaarheid die bij uitstek gediend is bij een gróót vertrouwen in de overheid. Een parlementaire enquête kán helpen het publiek vertrouwen in de overheid weer te vergroten. Maar dat zal alleen het geval zijn als zowel het onderzoek van de enquêtecommissie zelf als het daaropvolgend (politiek-publicitaire) debat open en constructief verloopt. Met enige rust, zuiverheid en zelfreflectie. Zoals ik aangaf in de inleiding ben ik daar in het thans heersende politieke klimaat niet gerust op, maar hoop ik van harte dat mijn twijfel wordt gelogenstraft. Een parlementaire enquête die verzandt in politieke machinaties brengt ons immers alleen maar van de regen in de drup. Zet het publiek vertrouwen in de overheid alleen maar verder achteruit. En daarmee onze collectieve weerbaarheid. Het lijkt me zaak dat te voorkomen.

[1] Zie bijv. Adviescommissie Versterken Weerbaarheid Democratische Rechtsorde (2023; Parlementaire enquêtecommissie aardgaswinning Groningen (2023; Parlementaire ondervragingscommissie Kinderopvangtoeslag (2020); ROB (2020); Staatscommissie Rechtsstaat (2024).

Literatuur

Aassve, A., Capezzone, T., Kavadias, D., Saeys, M., Consolini, M., & Ahrendt, D. (2022). Maintaining trust during the COVID-19 pandemic.

Adviescommissie Versterken Weerbaarheid Democratische Rechtsorde. (2023). Koester de democratie! Een dringende oproep om de democratische rechtsorde weer voor iederéén te laten werken.

Eysink Smeets, M. (2020). Mindmaps maatschappelijke doorwerking angst voor corona 4.0. Rotterdam.

Eysink Smeets, M. (2021). Fear drop and fear change. Perceptions of security in the 21st century their formation, trends, and impact in society. Cardiff University.

Eysink Smeets, M. (2022). Onrust begrijpen begint bij anders kijken. Een veiligheidspsychologisch perspectief op maatschappelijke onrust. Den Haag/Utrecht.

Han, Q., Zheng, B., Cristea, M., Agostini, M., Belanger, J., Gützkow, B., ... Pontus Leander, N. (2021). Trust in government regarding COVID-19 and its associations with preventive health behaviour and prosocial behaviour during the pandemic: a cross-sectional and *Psychological Medicine*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001306>

M'Hamdi, H. I., Rotteveel, A., Rerimassie, V., Haverkamp, B., & (reds.). (2024). Maatschappelijke meerstemmigheid onder druk. Waarborgen van pluralisme tijdens een gezondheidscrisis. (H. I. M'Hamdi, A. Rotteveel, V. Rerimassie, & B. Haverkamp, Eds.). Den Haag: Boom.

Maatschappelijk Impact Team. (2024a). Afwegingskader bij pandemieën. Den Haag.

Maatschappelijk Impact Team. (2024b). Samen paraat voor de volgende pandemie. Advies over pandemische paraatheid op maatschappelijk gebied. Den Haag.

Moran, C., Campbell, D. J. T., Campbell, T. S., Roach, P., Bourassa, L., Collins, Z., ... Mclane, P. (2021). Predictors of attitudes and adherence to COVID-19 public health guidelines in Western countries : a rapid review of the emerging literature. *Journal of Public Health*, 1–15. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab070>

Onderzoeksraad voor Veiligheid. (2022a). Aanpak coronacrisis. Deel 1: tot september 2020. Den Haag.

Onderzoeksraad voor Veiligheid. (2022b). Aanpak coronacrisis - Deel 2: september 2020 tot juli 2021.

Onderzoeksraad voor Veiligheid. (2023). Aanpak coronacrisis. Deel 3: januari 2020-september 2022. Den Haag.

Parlementaire enquetecommissie aardgaswinning Groningen. (2023). Groningers boven gas. Rapport parlementaire enquetecommissie aardgaswinning Groningen. Deel 1. Conclusies en aanbevelingen. Den Haag.

Parlementaire ondervragingscommissie Kinderopvangtoeslag. (2020). Ongekend Onrecht.

Raad voor het Openbaar Bestuur. (2020). Een sterkere rechtsstaat. Verbinden en beschermen in een pluriforme samenleving. Den Haag.

Raad voor het Openbaar Bestuur. (2022). Gezag herwinnen. Over de gezagwaardigheid van het openbaar bestuur. Den Haag.

Remkes, J. (2022). Wat wel kan. Uit de impasse en een aanzet voor perspectief.

Staatscommissie Rechtsstaat. (2024). De gebroken belofte van de rechtsstaat. Tien verbetervoorstellen met oog voor de burger. Den Haag.

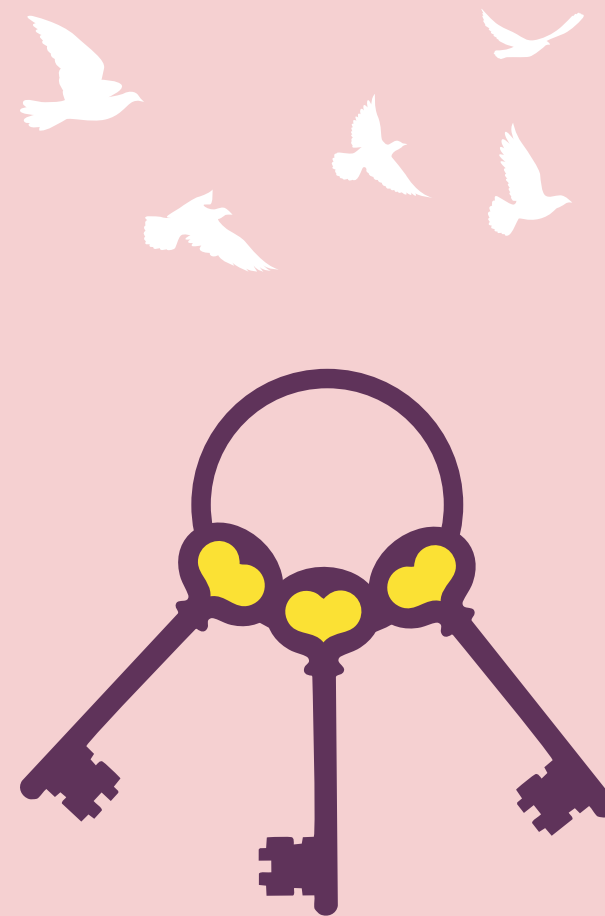
Trent, M., Seale, H., Ahmad, A., Salmon, D., & Macintyre, C. R. (2022). Trust in government , intention to vaccinate and COVID-19 vaccine hesitancy : A comparative survey of five large cities in the United States , United Kingdom , and Australia. *Vaccine*, 40(17), 2498–2505. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.06.048>

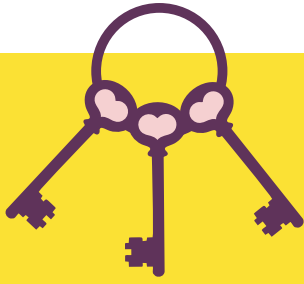
Valcheva, K. (2022). How trust in government influences vaccination attitudes? *Health Policy BG*, 13(2), 0–2.

Völler, M. (2020). The Covid-19 pandemic: The role of trust in the government on the intention to vaccinate against COVID-19. University of Twente.

Yalman, F., & Karagöz, Y. (2021). The Impact of Middle-Aged and Older People 's Preventive Health Behaviour and Trust in Government Performance during the Pandemic on Their Trust in COVID-19 Vaccine. *ISVOS Journal*, 5(2), 200–209.

Op naar een
veerkrachtige
toekomst.





De coronacrisis: een generale repetitie voor de volgende pandemie?

Nederland werd hard getroffen door COVID-19. Lockdowns, mondkapjes en een overbelaste zorg: de impact was enorm. Maar wat hebben we écht geleerd van deze ongekende crisis? Dit boek, geschreven door een team van experts waaronder een gezondheidseconome, intensivist, socioloog, filosoof, ouderengeneeskundige en een veiligheidspsycholoog, biedt een kritische terugblik.

Wat als de zwaarste offers tijdens de coronacrisis niet onvermijdelijk waren? Wat als we de nevenschade van de lockdowns zwaarder hadden laten wegen? En wat als, in plaats van blind te varen op één koers, we alternatieve wetenschappelijke inzichten serieus hadden genomen?

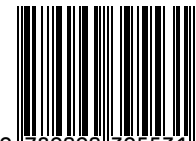
De auteurs ontrafelen de dilemma's rond uitgestelde zorg, de verborgen rol van de overheid en de ethische vraagstukken die de crisis op scherp zette. Ze schetsen de contouren van een andere aanpak en tonen aan dat er hoopvolle alternatieven zijn: meer open debat, transparant bestuur en een aanpak die de balans tussen zorg en vrijheid respecteert.

Dit boek biedt geen gemakkelijke antwoorden, maar wel een onmisbare aanzet tot een eerlijker en transparanter debat over de toekomst van onze gezondheid en de prijs van onze vrijheid. Lees dit boek en bereid je voor op de volgende crisis.



ISBN 978-90-90-39553-1
NUR 870

ISBN 978-90-90-39553-1



9 789090 395531