

Eva Nyst

e.nyst@medischcontact.nl

@medischcontact

ARTSEN COVID COLLECTIEF PLEIT VOOR
BREDER PERSPECTIEF

‘Blijkbaar moeten we bang zijn’

Juni 2020 schreef internist Evelien Peeters een brandbrief over de ‘bijwerkingen’ van de coronamaatregelen. In december richtte ze met collega's een artsencollectief op voor een covid-19-beleid met zo min mogelijk nevenschade.

‘Je zou denken dat de wetenschap beter wordt van vragen stellen, twijfel en debat. Maar het afgelopen jaar was daarvoor weinig ruimte.’ Aan het woord is internist Evelien Peeters. Ze schreef afgelopen juni een brandbrief over de ‘bijwerkingen’ van de strijd tegen corona. De bijval die ze kreeg van zo’n twintigduizend ondertekenaars, leidde tot de oprichting van het Artsen Covid Collectief. Ze willen de nevenschade van de maatregelen beperken. Peeters: ‘Dat wil gelukkig iedereen. Laten we vanuit dat gemeenschappelijke doel met elkaar in gesprek gaan. De uiteindelijke waarheid is afhankelijk van de factoren die je meeweegt.’

Speerpunten van het Artsen Covid Collectief zijn: kinderen zonder maatregelen naar school, covidzorg niet automatisch voorrang geven op andere zorg, preventiemaatregelen treffen om de gezondheid te bevorderen, kwetsbare personen maximaal beschermen als ze dat willen en de eerste lijn faciliteren om tijdige coronazorg te verlenen – en stoppen met ‘angst zaaien’.

Peeters is voorzitter van de stichting, die inmiddels door veertig vrijwilligers dagelijks wordt ondersteund. Zo’n achthonderd artsen hebben zich aangemeld als vriend naast dertienduizend zorgprofessionals en sympathisanten. Het collectief hoopt artsen te steunen die hun zorgen uitspreken, wil gesprekspartner zijn voor instanties en wijst op de wetenschappelijke resultaten over





ERIK VAN 'T WOUDE

virusoverdracht, testbeleid en nevenschade die buiten beeld van beleidsmakers lijken te blijven.

Wat zien jullie als belangrijkste nevenschade?

‘Er zijn directe effecten op de gezondheid, doordat de non-covid-zorg meermaals is afgeschaald en er zijn indirecte effecten. Door een combinatie van stress, schulden, eenzaamheid, armoede, huiselijk geweld of leerachterstanden wordt onze geestelijke en lichamelijke gezondheid aangetast.’

Op welke maatregel zijn jullie het meest kritisch?

‘De WHO heeft in 2019 een grote review gedaan van alle maatregelen tegen influenzavirussen. Daar kwam uit dat eigenlijk niets afdoende werkte, behalve als je mensen echt zou kunnen dwingen. Maar de WHO concludeerde dat dwang niet opweegt tegen de schade die dat aanricht. De ingrijpende maatregelen

‘Er zijn steeds strengere maatregelen met steeds minder inzichtelijke doelstellingen’

zoals we die sinds maart hebben gezien, geven veel schade en verhogen een aantal van de risico's voor ernstige covid-19. Nederland heeft sinds oktober 2020 steeds strengere maatregelen met steeds minder inzichtelijke doelstellingen. Het kabinet heeft naar ons idee de verantwoordelijkheid om inzicht te verschaffen in het beschermende effect van een onvrijwillige maatregel ten opzichte van schade aan de jeugd, psychisch welzijn en economisch kwetsbare groepen.’

Wat voor aanpak wil het collectief?

‘Van de mensen die besmet raken met corona wordt 1 à 2 procent zo ziek dat ze moeten worden opgenomen. 94 procent van hen heeft een duidelijk risicoprofiel, dat staat precies beschreven in de covid-19-richtlijn van het RIVM. Die coronavotbare groep is duidelijk omschreven, het is niet zo dat iedereen daarbinnen valt. Wij bepleiten: laten we gezonde mensen toch vooral gezond houden – van lichaam en geest – en middelen en mankracht aanwenden voor vrijwillige bescherming van risicogroepen.’

Hoe zien jullie het gevaar van corona?

‘De risicopercents op overlijden door covid-19 lopen exact gelijk met het overlijdensrisico bij de leeftijdsgroepen vanaf 60 jaar. Het CBS laat zien dat er in 2017 evenveel mensen onder

de 65 overleden als in 2020. Het ziektebeeld kan ook bij jonge mensen wel heftig zijn, maar de vraag is of het voorkomen daarvan opweegt tegen de schade die door de maatregelen wordt aangericht op korte en vooral ook lange termijn aan grote groepen van de bevolking. Het inzetten op vroege behandeling zou de ziektelast kunnen terugdringen.'

Het CBS becijferde dat er in 2020 – mét lockdowns – dertienduizend mensen meer zijn overleden dan verwacht.

'In het vorige coronaseizoen zijn ongeveer evenveel mensen overleden als in een zeer zwaar griepjaar. De afgelopen vier jaar voeren we met grote tekorten aan bedden en personeel al scherp aan de wind tijdens het griepseizoen. Ook toen hadden we code rood, beddentekort en uitplaatsingen naar Duitsland. Meerdere reviews laten zien dat het effect van lockdowns marginaal is op de huidige virusbestrijding. En het blijft onduidelijk in hoeverre mensen stierven aan of mét corona. Ook zijn we de coronadoden nu aan het doortellen, terwijl coronavirussen normaliter seizoensvirussen zijn. Waarom zijn we niet gestopt in week twintig en opnieuw gaan tellen in week veertig, zoals we dat elk jaar doen als een nieuw griepseizoen begint? En waarom hebben we het continu over besmettingen, terwijl het gaat over positieve testuitslagen? De nu gemelde cijfers leiden tot angst. Er zijn ook mogelijkheden geweest om mensen gerust te stellen.'

Geruststellen?

'Waarom is in juni niet gezegd: "Goed nieuws: de gemodelleerde voorspelde mortaliteit van maart van 3,4 procent blijkt onjuist, het is gemiddeld bijvoorbeeld 0,2." Zo had je angst kunnen wegnemen. Er zijn verschillende momenten geweest waarop mensen gerustgesteld hadden kunnen worden, die niet zijn gepakt. Daardoor ontstaat de indruk dat we blijkaar bang moeten zijn.'

Het collectief spreekt van een 'angstpandemie'. Wat bedoelen jullie daarmee?

'Als je naar persconferenties en talkshows kijkt en je gaat niet op zoek naar extra informatie, dan vernauwt je blik. We krijgen overlijdensaantallen te horen, zonder dat dit in perspectief wordt geplaatst. We zien absolute getallen, maar de meeste mensen weten niet dat iedere dag vierhonderd mensen overlijden. Ze weten ook niet dat er dagelijks gemiddeld vijftien mensen door een longaandoening of longontsteking op een ic terecht komen en dat dit meer in de winter gebeurt dan in de zomer.'

Er liggen veel patiënten met covid-19 in het ziekenhuis. Is de angst voor overvolle ziekenhuizen niet reëel?

'Wie heeft er goed inzicht in die getallen? Sinds het einde van de herfst testen veel ziekenhuizen ook mensen op corona die om andere redenen zijn opgenomen. En als zij een positieve uitslag hebben, wijst dat op een infectie nu of van enige tijd geleden? Wanneer die persoon overlijdt, bestaat de kans dat hij op de lijst van coronaoverlijdens komt. Het beleid daarin verschilt per



'Meerdere reviews laten zien dat het effect van lockdowns marginaal is'

ziekenhuis. Ook overplaatsingen geven een vertroebeling van het beeld. Dan het testen zelf. Volgens de WHO en het RIVM werkt de PCR-test goed ná beoordeling van het ziektebeeld door een arts met inachtneming van de hoogte van de *cycle threshold* en de aard en duur van de klachten. Maar onze overheid voert een steeds laagdrempeliger testbeleid. De uitslag wordt binair gecommuniceerd, terwijl het een semikwantitatieve schaal is van zeer zwak positief tot sterk positief, waarbij in de literatuur alleen de laatste groepen in verband worden gebracht met besmettelijkheid. Testen zonder klachten of zonder medische beoordeling vooraf, zoals we nu doen, komt overeen met screening. Daaraan zitten strikte voorwaarden waaraan bij SARS-CoV-2 niet wordt voldaan. Maar deze testuitslagen en computermodellen zijn wel de getallen waarop beleid wordt gebaseerd.'

We hoeven dus niet bang te zijn voor code zwart?

'De voorspellingen voor code zwart komen voort uit modelberekeningen. Ik denk dat de tijd rijp is voor het openbaar maken van dit model en de waarden waarmee wordt gerekend. Het is tijd voor transparantie.'

VELDWERK



ANNA VERHULST is in opleiding tot internist in Meander Medisch Centrum Amersfoort.

Hoe denken jullie dat inzetten op vroege behandeling de ziektelast en ziekenhuisdruk kan terugdringen?

‘Wij horen bij herhaling dat huisartsen niet weten welke patiënten positief zijn getest, dat ze mensen graag langer thuis zouden willen behandelen en dat patiënten met thuismonitoring eerder uit het ziekenhuis kunnen. Dergelijke initiatieven – vanuit de zorg zelf, niet vanuit de overheid – zie je hier en daar, maar hebben maanden nodig gehad om van de grond te komen. We testen dure middelen voor een heel kleine groep op de ic. Waarom onderzoeken we de vroege behandelopties voor de grote groep patiënten in de eerste lijn niet maximaal, die pathofysiologisch en in kleine studies veelbelovend lijken op het gebied van sneller herstel en minder ziekenhuisopnames?’

De maatregelen worden toch genomen op basis van adviezen van experts?

‘We worden steeds meer opgeleid om expert te zijn op ons eigen postzegelgebied. Daarmee zien we het grotere geheel vaak niet. Iedereen werkt naar eer en geweten binnen zijn expertisegrenzen, maar is zich daardoor soms onvoldoende bewust van schade op andere terreinen. Je kunt deze pandemie niet goed bestrijden zonder je breed te verdiepen in de effecten en bijeffecten van je interventies. Het is heel goed dat er experts zijn, maar dan moeten we ons er zeer van bewust zijn dat ze vanuit één gebied spreken en dat hun kennis nog moet worden samengevoegd. En laten we wetenschappers en professionals vooral ook de ruimte geven om creatief en vrij te denken en hun voorstellen vervolgens testen en doorrekenen.’

Wat motiveert u om voorstellen te doen?

‘Ik ervaar dit overheidsbeleid als moreel overschrijdend. In plaats van ons geluid serieus te nemen zijn er media die het proberen weg te zetten in complottheorieën zonder op de inhoud in te gaan. Dat loopt in lijn met een vorm van censuur die we zien in de media. Het heeft lang geduurd voordat vragen over het beleid überhaupt in de krant zichtbaar mochten zijn, nu is daar gelukkig meer ruimte voor. Het is ook vreemd dat ik met dit geluid mijn reputatie en baan op het spel zou kunnen zetten. Ik zou verwachten dat er juist behoefte is om het gevoel van zorgverleners dat er een grens is bereikt, te onderzoeken. Sommige van de bij het collectief betrokken artsen zijn ontslagen of hebben een zwijgcontract. Andere zitten in een vertrouwensconflict. Bij mij gaat het goed op mijn werk, maar ik ben voorzichtig. Ik spreek me oprecht uit en probeer niemand te schaden. We hebben meer dan honderd miljard uitgegeven aan corona en onze vrijheid is enorm ingeperkt uit naam van de volksgezondheid. Terwijl dit op lange termijn waarschijnlijk meer schade doet dan het oplevert. Het is goed als artsen zich hierover kunnen uitspreken.’ ■

Beurtbalkje

Op een vroege zondagochtend zit ik met mijn neus in de studieboeken. ‘*Countercurrent multiplication, pressure natriuresis*’, mompel ik zachtjes. Het klinkt als een gebed in een vreemde taal. Voor een aios interne geneeskunde tijdens haar sabbatical, zit ik vanochtend wel erg diep in de nefrologie. Ik zucht.

Dat is natuurlijk wat ik krijg voor mijn eigen hypocrisie. Ondanks mijn principiële bezwaren tegen decentrale selectie voor geneeskundestudenten, heb ik me toch laten verleiden tot een bijles voor een kandidaat. Een beetje

DE DECENTRALE SELECTIE LIJKT MEER OP INTELLECTUELE ONTGROENING

sparren over nefrologie dacht ik wel even uit mijn mouw te schudden, sabbatical of niet. Dat ik inmiddels op PubMed aan het zoeken ben naar het verband tussen starlingkrachten en

oedeemvorming bij het nefrotisch syndroom, was niet helemaal hoe ik me dat had voorgesteld.

Ergens tussen *countercurrent multiplication* en starlingkrachten heb ik een kleine exacerbatie van mijn *imposter syndrome*. Moet ik het umc maar laten weten dat ik nog een jaartje later kom, omdat ik eerst terug de boeken in moet? Wat ruggespraak in een appgroep met andere aiossen stelt me gerust. We zijn het er unaniem over eens dat deze vragen ingewikkelder zijn dan die van onze eigen jaarlijkse kennistoets interne geneeskunde. De decentrale selectie geneeskunde doet op deze manier meer aan als een intellectuele ontgroening dan als een selectiemethode. Een beetje zoals het kunnen benoemen van het ‘beurtbalkje’ tijdens het inburgeringsexamen voor nieuwe Nederlanders. Wellicht moeten we al die lesstof voor kandidaat-studenten geneeskunde ter ijkning elk jaar eerst laten bestuderen door de huidige populatie basisartsen.

Het zou in ieder geval een hoop consultvragen ‘oedemen e.c.i.’ voor de interne geneeskunde schelen. Dat zoek je dan maar lekker zelf uit met je starlingkrachten.

web

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

Dit is de laatste bijdrage van Anna Verhulst aan de rubriek Veldwerk. De redactie dankt haar voor haar verfrissende inkijkjes in haar aios-loopbaan in het ziekenhuis.