



# Dit zijn de lessen van 1,5 jaar coronacrisis

**Om zo de pandemic preparedness  
van Nederland te vergroten**

14 oktober 2021

---

KPMG Health



# Inhoud

1. Samenvatting	2
2. Inleiding	10
3. Een korte terugblik op de COVID-19-pandemie	11
4. Toekomstagenda voor pandemic preparedness	19
5. Tot slot	27

## 1. Samenvatting

De COVID-19-pandemie is een stresstest voor het Nederlandse (publieke en curatieve) gezondheidszorgstelsel. Aan de hand van een eerste reconstructie van het verloop van de pandemie in de periode februari 2020 - juni 2021 destilleren we hoe de toekomstagenda voor pandemic preparedness voor Nederland eruit kan zien. Ongetwijfeld zal het beeld in deze analyse over verloop van tijd aanpassing behoeven als de loop van de pandemie bekend is en meer uitgebreide analyses verschijnen.

Wij hopen met deze rapportage bij te dragen aan het verder verbeteren van het (publieke) gezondheidszorgstelsel in Nederland. We zijn ons er goed van bewust dat lessen trekken met de kennis van nu veel makkelijker is dan in de onduidelijkheid van het moment de juiste keuzes maken. Met het uitvoeren van deze agenda zouden we bij een volgende pandemie echter wel beter voorbereid zijn. Ook onderzoeken we op welke wijze Nederland kan werken aan een gezonder Nederland, aangezien deze pandemie aantoont dat leefstijl en sociaaleconomische achtergrond een forse impact hebben op gezondheid.

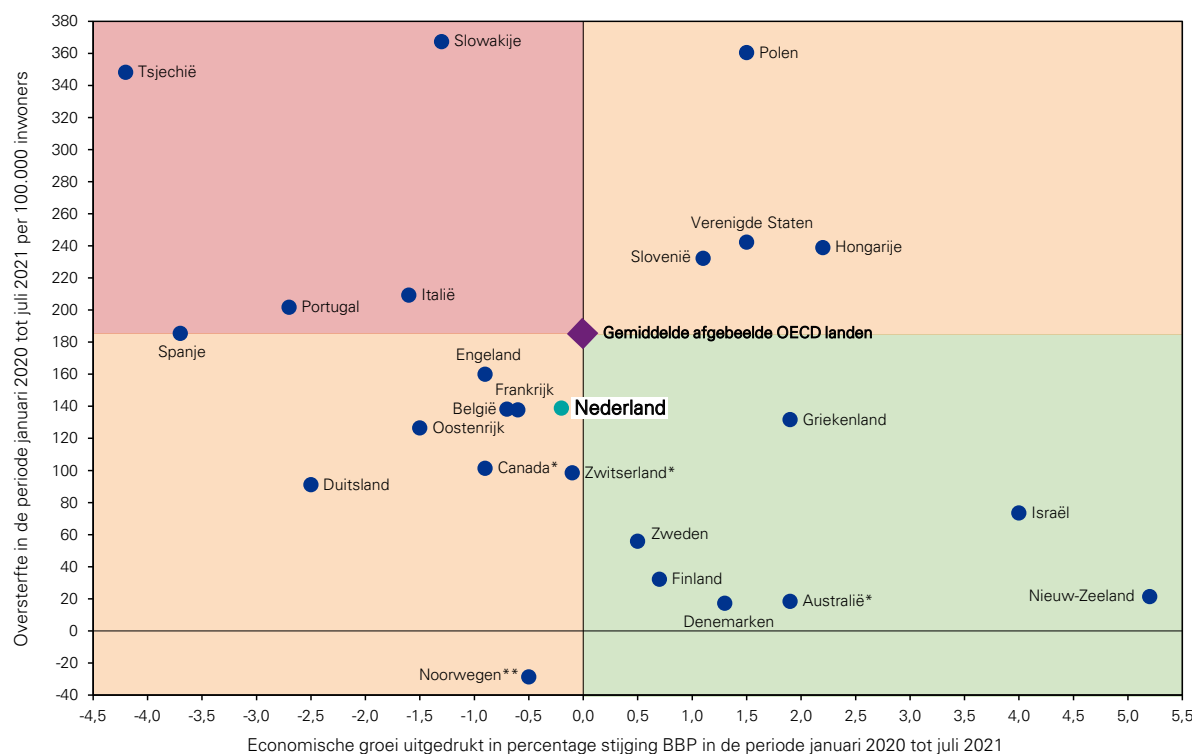
Onze rapportage laat het volgende zien:

- Nederland heeft – net zoals een groot deel van de EU en VS – gekozen voor een mitigatiestrategie.
- In Nederland zijn zo'n 30.000 mensen aan COVID-19 overleden op basis van de oversterftegegevens van het CBS. Dit is gemiddeld in Europa; er zijn landen die het beduidend beter doen (Denemarken, Noorwegen, Finland), maar ook landen die het beduidend minder doen (Engeland, Spanje, Portugal, Tsjechië). Alhoewel het uitgangspunt van Nederland solide was met een goed functionerend zorgstelsel, zijn we ook een relatief dichtbevolkt land waardoor besmettingen sneller rondgaan.
- Economisch gezien heeft Nederland het redelijk goed gedaan en ook de vooruitzichten naar een verder economisch herstel zijn goed. De stimuleringspakketten, de relatief hoge graad van digitalisering en onze beperkte afhankelijkheid van toerisme lijken hiervan belangrijke oorzaken.

Figuur A op de volgende pagina vat dit samen.

## Figuur A

Oversterfte en de percentage groei in BBP per land in de periode januari 2020 – juli 2021



\* De oversterfte van Australië en Zwitserland is bekend tot week 22 (van de 25) van 2021. De oversterfte van Canada is bekend tot week 20 (van de 25) van 2021

\*\* In Noorwegen zijn er in de periode januari 2020 – juli 2021 minder mensen overleden dan verwacht.

De oversterftcijfers zijn gebaseerd op de oversterftcijfers van OECD<sup>1</sup> en gecorrigeerd voor het aantal inwoners per land. De economische groei is uitgedrukt in percentage stijging van het BBP per land in de periode januari 2020 tot juli 2021. De cijfers zijn gebaseerd op de kwartaalcijfers van OECD voor landen.<sup>2</sup> OECD totaal geeft het gemiddelde van alle OECD-landen weer met volledige data. Voor de oversterfte zijn verschillende bronnen geraadpleegd. Voor Nederland zijn hiervoor de onderstaande aantallen gevonden:

**Financial Times:** 19.741. Begint met tellen na de eerste 100 coronadoden tot 18 april 2021.<sup>3</sup>

**New York Times:** 18.049 sinds 21 januari 2020 tot en met 12 juli 2021.<sup>4</sup>

**The Economist:** 18.567. Begint met tellen na de eerste 50 coronadoden tot 4 juli 2021.<sup>5</sup>

**OECD:** 24.041 sinds januari 2020 tot juli 2021.<sup>6</sup>

**Our World in Data:** 18.145 vanaf 6 maart 2020 tot 11 juli 2021.<sup>7</sup>

**CBS:** 28.741 sinds het begin van de meldingen tot en met maart 2021.<sup>8</sup> Vanaf april 2021 zijn de exacte oversterftcijfers van het CBS nog niet bekend. In de periode april - september 2021 meldt het RIVM 4.848 coronadoden.<sup>9</sup>

**Rijksoverheid:** 17.766 sinds het begin van de meldingen tot maandag 12 juli.<sup>10</sup>

De bronnen gebruiken verschillende definities van coronasterfte, waardoor de cijfers sterk uiteenlopen. Zo telt de Rijksoverheid alleen sterfte waarbij COVID-19 als oorzaak is vastgesteld. Het CBS telt echter naast de vastgestelde gevallen ook de overlijdens waarbij COVID-19 de vermoedelijke doodsoorzaak is. Voor dit figuur zijn de cijfers van OECD gehanteerd, omdat zij oversterftcijfers weergeven en niet COVID-19-sterftcijfers. De werkelijke oversterfte per land kan echter afwijken van de aantallen die in dit figuur worden weergegeven. Een belangrijke beperking van de economische analyse is het feit dat de omvang van steunpakketten eveneens een impact heeft op de mate van economische groei en hier niet voor gecorrigeerd is. Daarnaast is het zo dat de meerjarige effecten niet zichtbaar zijn in deze analyse en dat deze analyse slechts tot 1 juli 2021 loopt. In plaats van de werkelijke economische groei in de periode januari 2020 tot juli 2021 te meten zou men er ook voor kunnen kiezen om de economische performance te meten door de werkelijke groei af te zetten tegen de verwachte economische groei in deze periode, o.b.v. voorspellingen begin 2020. Het is echter lastig om te becijferen wat de verwachte economische groei zonder COVID-19 had moeten zijn voor de tweede helft 2020 en 2021 waardoor hier niet voor is gekozen.

<sup>1</sup> OECD, Excess deaths by week, 2020 and 2021, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=104975>

<sup>2</sup> OECD, Quarterly GDP, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://data.oecd.org/gdp/quarterly-gdp.htm>

<sup>3</sup> Financial Times, Coronavirus tracker: the latest figures as countries fight the COVID-19 resurgence, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://www.ft.com/content/a2901ce8-5eb7-4633-b89c-cbdf5b386938>

<sup>4</sup> The New York Times, Coronavirus World Map: Tracking the Global Outbreak, geraadpleegd op 16 september, beschikbaar via: <https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/COVID-cases.html>

<sup>5</sup> The Economist, Tracking COVID-19 excess deaths across countries, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker>

<sup>6</sup> OECD, Excess deaths by week, 2020 and 2021, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=104975>

<sup>7</sup> Our World in Data, Netherlands: Coronavirus Pandemic Country Profile, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/netherlands#cumulative-confirmed-deaths-how-do-they-compare-to-other-countries>

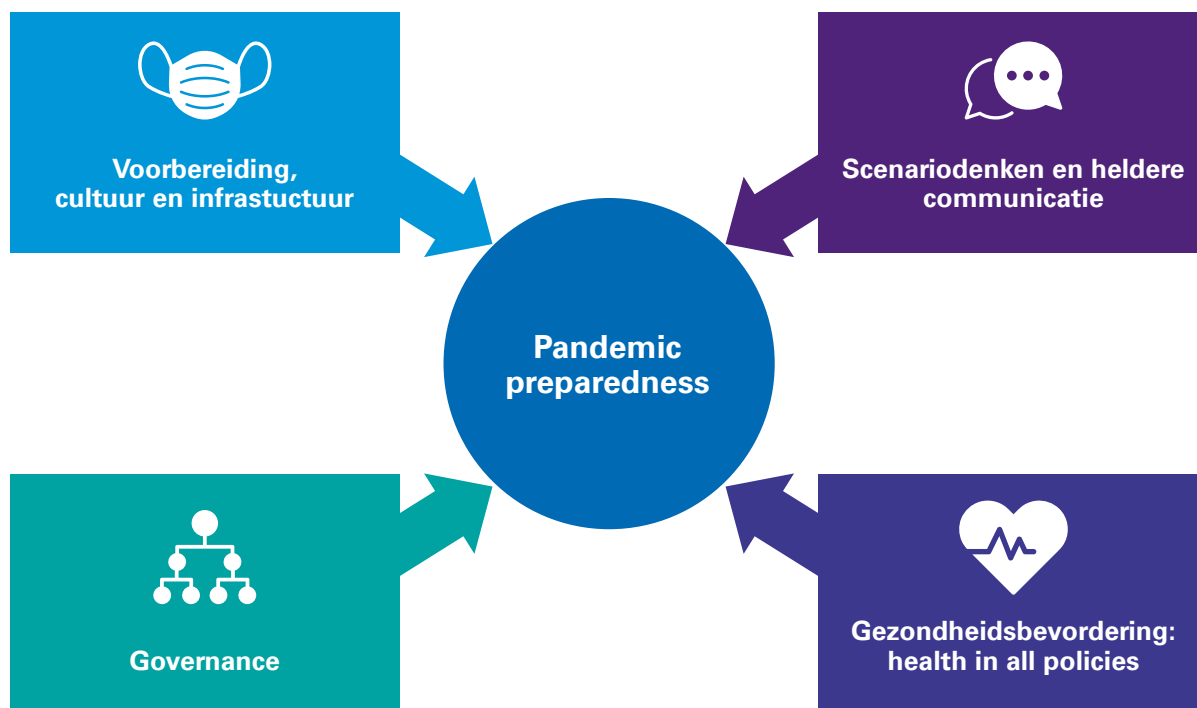
<sup>8</sup> CBS, In maart stierven 1,6 duizend mensen aan COVID-19, beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/26/in-maart-stierven-1-6-duizend-mensen-aan-covid-19>

<sup>9</sup> RIVM, Ontwikkeling COVID-19 in grafieken, geraadpleegd op 23 september 2021, beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/grafieken>

<sup>10</sup> Rijksoverheid, Coronadashboard, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/landelijk/sterfte>

Uit onze analyse blijkt dat de volgende zaken in Nederland verder verbeterd moeten worden, willen we beter voorbereid zijn op een eventuele volgende pandemie en als onderdeel daarvan Nederland gezonder maken.

**Figuur B** Bouwstenen pandemic preparedness



## Voorbereiding, cultuur en infrastructuur

Voorbereiding, cultuur en infrastructuur zijn van groot belang in het bestrijden van een pandemie en in belangrijke mate verweven. In deze paragraaf lopen we de verschillende aspecten langs.



### Ziekenhuiscapaciteit

- Het duurzaam verhogen van ziekenhuiscapaciteit is weinig zinvol, gelet op de exponentiële groei van virussen. Tegen deze groei is geen enkele capaciteit opgewassen en paradoxaal genoeg hadden meer beschikbare IC-bedden waarschijnlijk geleid tot meer gezondheidsschade ten gevolge van de mitigatiestrategie die stuurt op ziekenhuiscapaciteit.
- Het is raadzaam een permanente infrastructuur te ontwerpen voor het optimaliseren van ziekenhuiscapaciteit in crisistijd. Specifiek gaat het dan om het verdelen van schaarse capaciteit in de vorm van een LCPS. Het LCPS heeft gedurende de tweede golf een goede rol vervuld.
- Tevens is het van belang om eerder dan nu het geval was na te denken welke ziekenhuisverplaatste zorg er mogelijk is. Huisartsen, de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingstehuizen hebben bij de tweede en derde golf een belangrijke bijdrage geleverd aan het vergroten van de ziekenhuiscapaciteit.
- Waarschijnlijk hadden zelfstandige klinieken een nog grotere bijdrage kunnen leveren in het overnemen van electieve zorg, indien actiever zorg verplaatst was, en daarmee het stuwmeer aan reguliere zorg kunnen verminderen.
- Verder is het zinvol de wet- en regelgeving aan te passen om het mogelijk te maken om (tijdelijk) ook bekwame, maar onbevoegde verpleegkundigen/zorgprofessionals te laten werken op bijvoorbeeld IC's, zodat bij vereiste opschalingen meer mogelijk is. Tevens dienen grotere aantallen beademings- en andere cruciale apparatuur op voorraad te liggen.



## Geen Nederlands exceptionalisme: 'plan for the worst, hope for the best'

- a. Bij een aantal grote beslissingen is gekozen voor een 'optimistisch' scenario, of anders gezegd niet het voorzorgsprincipe toegepast, vaak tegen de dan geldende wetenschappelijke consensus in. De meest in het oog springende adviezen zijn daarbij de initiële keuze voor groepsimmunitet/mitigatie (terwijl de WHO adviseerde in te dammen), een krap testbeleid (terwijl de WHO adviseerde 'test, test, test') en de langzame invoering van mondkapjes waarover in Nederland een slepend debat is gevoerd, terwijl het RIVM/OMT ook een FFP1-mondneusmasker had kunnen adviseren waarover geen twijfel bestaat wat betreft de effectiviteit. Het meest recente voorbeeld betreft de versoepelingen van 30 juni, waarbij in plaats van gradueel te versoepelen voor een 'big bang' is gekozen met een te snelle stijging van het aantal besmettingen tot gevolg, waardoor een deel van de bevolking besmet raakte voordat het de kans had gehad zich (volledig) te laten vaccineren.
- b. Alhoewel het aantal ziekenhuisopnames als gevolg van de meest recente versoepelingen mogelijk enigszins zal meevallen, zal een aanzienlijk deel van de jongeren (mogelijk blijvende) ziektelast ondervinden van long (langdurige) COVID. Noors prospectief onderzoek laat zien dat zes maanden na milde COVID-19 52% van de jongeren tussen 16-30 jaar oud persisterende klachten heeft variërend van: reuk- en smaakverlies (28%), vermoeidheid (21%), benauwdheid (13%) tot moeite met concentreren (13%) en geheugenproblemen (13%). Het RIVM ziet ook in de Nederlandse populatie persisterende long COVID-klachten. Niet alleen bij jongeren, maar juist ook in de leeftijdsgroep van 40-69 jaar heeft 39-41% nog klachten. In welke mate deze klachten op lange termijn alsnog verbeteren is onduidelijk, maar indien dit niet of maar beperkt het geval zal zijn, is deze impact mogelijk in te geringe mate meegewogen in de Nederlandse coronastrategie die eruit bestond het virus gecontroleerd rond te laten gaan. Anderzijds was de druk gedurende de hele crisis vanuit samenleving en (delen van de) Tweede Kamer groot om waar het kon te versoepelen. In die zin heeft het kabinet wellicht geluisterd naar de samenleving, maar met mogelijkerwijs uiteindelijk negatieve langdurige gevolgen voor een groot deel van de bevolking.
- c. Bij elk van de voorbeelden zijn nuanceringen en kanttekeningen te plaatsen. Zo heeft het kabinet in sommige gevallen juist wel (met succes) het voorzorgsprincipe gehanteerd, bijvoorbeeld bij de invoering van de avondklok in januari 2021 vooruitlopend op de opkomst van de alfa (Brtise) variant. Desalniettemin zijn het voorbeelden waarin de attitude 'plan for the worst, hope for the best' niet is toegepast, met nadelige gevolgen. In een volgende pandemie of soortgelijke crisis zou het goed zijn om deze attitude wel structureel te hanteren.



## Productie in EU en voorraadbeheer

- a. Tijdens de start van de pandemie werd goed zichtbaar hoe zeer we afhankelijk zijn geworden van het buitenland en dan met name China en India voor tamelijk 'simpele' producten zoals mondkapjes en generieke medicijnen.
- b. Tegelijkertijd laat de pandemie zien hoe wendbaar de markt is (een matrassenfabrikant die ineens mondkapjes produceert) en dat na enkele maanden schaarste de overvloed terugkeert, maar wel pas nadat bijvoorbeeld zorgverleners onbeschermd hun werk hebben moeten doen. Het lijkt een illusie en economisch ondoelmatig om alle productie in Nederland te willen hebben. Wel is het raadzaam om een inventarisatie te maken van wat essentiële producten en technologieën zijn die we sowieso binnen de grenzen van de EU willen produceren en in welke mate we in staat zijn op te schalen indien nodig. Het standaard afnemen van een deel van die producten binnen de EU in 'vredestijd' kan vervolgens leveringszekerheid bieden in crisistijd, alhoewel een volgende pandemie (of andere gezondheids crisis) ongetwijfeld weer anders van aard zal zijn en dus ook mogelijk onvoorspelbare vragen naar producten oplevert. Zo hoorden we laatst iemand gekscherend zeggen dat de volgende pandemie zomaar een gastro-intestinaal virus kan zijn en dat in dat geval wc-rollen inderdaad van essentieel belang kunnen zijn.
- c. Naast productie in de EU kan op Nederlands niveau ook werk gemaakt worden van een andere wijze van inkoop van bijvoorbeeld medicatie en/of medische hulp- en beschermingsmiddelen om zo een permanente voorraad beschikbaar te hebben. Te denken valt aan het (in aangepaste vorm) continueren van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) en het periodiek beleveren van zorginstellingen vanuit een centraal magazijn. Door deze wijze van inkoop en distributie kan een voorraad worden aangehouden, zonder dat producten over de houdbaarheidsdatum gaan.



- a. Leve de wetenschap! De snelheid en effectiviteit waarmee de vaccins zijn ontwikkeld zijn ongekend. De nieuwe mRNA-technologie is veelbelovend, ook voor andere toepassingsgebieden, en kan mogelijk op lange termijn de wereldbevolking van nog veel meer ziektelast bevrijden. Waar een maand lockdown de Nederlandse samenleving zo'n EUR 4 miljard kost, heeft de totale hoeveelheid gezette vaccins straks wellicht minder dan EUR 1-2 miljard gekost. Een enorm kosteneffectieve oplossing dus ook. De snelheid van de ontwikkeling van vaccins (met name de vectorvaccins) is deels te danken aan reeds bestaande onderzoeklijnen die gebruikt konden worden. Daarnaast is het parallel en grootschalig uitvoeren van onderzoeksfases een heel belangrijke voorwaarde voor succes gebleken.
- b. De logische weg voorwaarts is om veel actiever dan we nu doen 'oude' vaccinlijnen actief te houden en de mRNA-techniek breder in te zetten. De vraag is of de markt dit automatisch vormgeeft, of dat overheden actief met de farmaceutische industrieën in gesprek moeten om (op korte termijn) 'onrendabele' vaccinlijnen actief te houden om zo snel te kunnen ontwikkelen in tijden van pandemie.
- c. Tevens laat COVID-19 zien dat het wenselijk lijkt om te bezien in welke mate ook toelatingsprocedures van 'reguliere' medicatie versneld kunnen worden, zonder in te leveren op de kwaliteit van de beoordeling.



- a. Nederland zou baat hebben gehad bij het internationaal coördineren van maatregelen. Toen Nederland koos voor een lockdown, konden mensen alsnog naar terrasjes in België en Duitsland. Wanneer Nederland het virus onder controle had, kwamen inwoners van buurlanden juist naar Nederland. Dit maakt het voor Nederland (en de andere landen) lastig om het virus onder controle te houden. Beter was geweest als de EU-landen tegelijk de grenzen sloten (en openden).  
Bij toekomstige pandemieën zou je idealiter afgestemd beleid zien tussen de EU-landen, of op zijn minst tussen bijvoorbeeld Nederland, België en Duitsland. Onderzoek - na het beëindigen van deze pandemie - in welke mate dit daadwerkelijk mogelijk is.

## Scenariodenken en helder communiceren

- a. Meer dan eens zijn we in deze pandemie verrast door het virus. Bijvoorbeeld bij de start van de pandemie toen er eigenlijk geen draaiboek klaarlag. Meer dan eens klonk in Nederland het adagium dat 'zorgvuldigheid boven snelheid' ging, bijvoorbeeld bij de voorbereiding van de vaccinatiecampagne. Dat snelheid als zodanig in werkelijkheid juist een onderdeel is van zorgvuldigheid werd daarmee genegeerd en daarmee werd een schijntegenstelling gecreëerd. Tijdens deze pandemie dient snelheid 'as such' een kwaliteitskenmerk te worden in het beoordelen en uitvoeren van werkzaamheden.
- b. Het deels afwijken van de opgestelde vaccinatiestrategie door de Gezondheidsraad (vaccineer van oud naar jong) heeft mogelijk geleid tot gezondheidsschade en onnodig lange extra druk op ziekenhuizen. In het vervolg is het raadzaam te vaccineren van kwetsbaar naar niet kwetsbaar, ook om de uitvoerbaarheid te waarborgen en de (indruk van) lobbyinvloeden te voorkomen.
- c. Daarnaast is het verankeren van scenariodenken bij beleidsmakers cruciaal. Het denken in scenario's en ernaar handelen kost extra capaciteit en is daarmee ook in enige mate inefficiënt, maar zorgt wel voor wendbaarheid. Een mogelijke toepassing van scenariodenken in deze pandemie had het opstellen van een scenario met snelle beschikbaarheid van effectieve vaccins kunnen zijn. Waren we dan wellicht wel overgegaan op een indambleid? Of, bij de vaccinatiestrategie en vaccindistributiestrategie had zowel het scenario van AstraZeneca als een scenario met een of twee andere vaccins kunnen worden voorbereid om onnodige vertragingen te voorkomen.
- d. In iedere crisis is communicatie belangrijk en in deze rapportage doen we geen uitgebreide analyse van de gevoerde communicatie en mogelijke optimalisering daarvan. Eén punt dat in de bredere evaluaties zoals de mogelijke parlementaire enquête niet mag ontbreken is het (bewuste) gebrek aan klare taal rondom de Nederlandse beleidsdoelen, specifiek het vertoonde woordenspel met termen als groepsimmunitet, maximaal controleren, mitigeren en indammen door kabinet, RIVM en OMT. Alhoewel het in de politieke arena begrijpelijk is om beleidsruimte te willen behouden en daarmee scherp te taalgebruik niet per se gewenst is, denken we

dat het de kwaliteit van het debat en daarmee de beleidsvorming ten goede zou komen als bij een eventuele volgende pandemie heldere (internationaal wetenschappelijk geaccepteerde) termen gehanteerd worden voor de beleidsdoelstelling, namelijk: mitigeren, indammen of eradicatie.

- e. Het kabinet heeft meerdere plannings, routekaarten en openingsplannen gecommuniceerd, altijd met een disclaimer dat zaken onder voorbehoud waren. Hierop is desondanks veel kritiek gekomen, omdat vele zaken anders liepen dan gepland. Wij achten deze kritiek grotendeels onterecht, omdat de crisis nu eenmaal onvoorspelbaar is en een beeld van een perspectief nou eenmaal beter is dan geen. Wel is het raadzaam om niet meer te werken met data in de tijd, maar met epidemiologische targets (het aantal besmettingen, een R-waarde, etc.), aangezien dit meer motiverend werkt in het gedrag van burgers en deze targets ook wellicht beter de doelstellingen van het kabinetsbeleid refelecteren dan een datum sec dat ooit kan.
- f. Zeker aan het begin van de pandemie waren er tekorten aan onder andere tests en beschermingsmiddelen. Mogelijkerwijs hebben deze tekorten direct of indirect RIVM- en OMT-advisering ten aanzien van het gebruik daarvan beïnvloed, hetgeen bijvoorbeeld een verklaring kan zijn voor een startend krap testbeleid of terughoudendheid met het gebruik van mondkapjes. Wij adviseren hier in de toekomst expliciet stil te staan bij de mate waarin schaarste een rol heeft gespeeld in de totstandkoming van het advies. Wij zouden het te billijken vinden indien ten gevolge van schaarste (tijdelijk) tot suboptimale adviezen wordt gekomen (bijvoorbeeld een krap testbeleid). Immers er dient dan geprioriteerd te worden. Door dit nu niet, impliciet, deels achteraf te benoemen of te ontkennen is de (schijn van) mogelijke beïnvloeding door het kabinet richting het RIVM en OMT gewekt.

## Governance

Het zorglandschap en de regie daarop zijn in Nederland meer regionaal dan centraal vormgegeven. Dat kan in crisistijd een nadeel zijn, zowel op de lijn van regie/besluitvorming (command and control) als in operationele afstemming via ondersteunende processen en systemen. Deze governance is uitvoerig op de proef gesteld; hieronder gaan we in op een aantal aspecten hiervan.



### **VWS, RIVM, GGD GHOR Nederland en GGD'en**

- a. Zeker aan het begin van de pandemie was de samenwerking tussen VWS, RIVM, GGD GHOR Nederlanden GGD'en moeizaam. Het meest in het oog springende voorbeeld betreft de lange wachttijden voor de teststraten in het najaar van 2020. VWS en RIVM stelden het nieuwe testbeleid op, informeerden de GGD'en relatief laat en ook de inkoop van testcapaciteit door VWS was te laag, mede ten gevolge van OMT-advisering om primair gebruik te maken van de ziekenhuislaboratoriumcapaciteit.



- b. Gedurende de pandemie raakten partijen meer op elkaar ingespeeld en kwamen er betere overlegstructuren én kreeg men door betere data en ervaringen relatief meer grip op het virus. GGD'en schaalden meer dan eens snel op en bleken in staat steeds meer flexibel te kunnen opereren, bijvoorbeeld toen bleek dat de vaccinatiecampagne bij de start toch via de GGD'en zou verlopen of toen huisartsen uiteindelijk toch een kleinere rol in de vaccinatiecampagne kregen.
- c. Gedurende de pandemie is met name door de minister van VWS meermaals het gebrek aan mogelijkheden tot het voeren van regie benoemd. Tegelijkertijd is deze opmerking moeilijk te plaatsen, aangezien de wettelijke bevoegdheden van het departement bij een A-ziekte zeer groot zijn, inclusief het verregaand voeren van de regie. Soms leek het gedurende de pandemie alsof het departement enerzijds de bestaande bestuurlijke structuren in stand wilde houden, anderzijds de regie wilde voeren, en op weer een ander moment het ook prettig vond niet over alles de regie daadwerkelijk te voeren, omdat de lokale uitvoering dit al goed deed. Een goede (juridische) analyse naar welke instrumenten de status A-ziekte biedt, en het waar nodig verduidelijken van deze instrumenten, lijkt een belangrijke stap in het verder trekken van lessen uit deze pandemie.
- d. Om de verbeterde samenwerking tussen ketenpartijen vast te houden denken wij dat een permanente crisorganisatie die de samenwerking, IT en datadeling tussen VWS, RIVM en GGD'en bevordert wenselijk is. Conform de suggestie van GGD GHOR Nederland kan men denken aan een (slapende) crisorganisatie die huist bij het RIVM en de interface vormt naar alle GGD'en en waar kennis over testen, BCO en vaccineren samenkomt. De kennis die op dit moment met name aanwezig is bij de lokale GGD'en, de COVID-19-directies van VWS en de Corona Programma Organisatie (CPO) van GGD GHOR Nederland zou daar samen kunnen komen, zodra de huidige pandemie (hopelijk vanaf voorjaar 2022) in rustiger vaarwater komt. Deze organisatie met werktitel 'Landelijke Crisis Functionaliteit' (LCF) zou dan de opschaling kunnen verzorgen bij een onverhoopte escapemutant of volgende pandemie.
- e. Het valt te overwegen om een Chief Medical Officer in het departement aan te stellen, om zo ook een deel van de medische kennis die nu bij het OMT aanwezig is, ook in huis te hebben bij het departement.



## OMT

- a. Het OMT is met afstand het meest invloedrijke orgaan geweest in de pandemiebestrijding. Ook andere landen hebben stevig geleund op soortgelijke adviesorganen. Gedurende de crisis is het OMT in een kwetsbare positie gekomen, omdat een deel van zijn leden ook een direct belang had bij de advisering rondom de testcapaciteit richting ziekenhuislaboratoria in plaats van andere laboratoria. Alhoewel ook deze casus zorgvuldige analyse behoeft, zou het goed zijn om hier lering uit te trekken en nader te bezien hoe de onafhankelijkheid in het OMT verder gewaarborgd kan worden.
- b. Verder is het zo dat binnen de EU de verschillende OMT's hun regeringen anders adviseerden. Kijkend naar de resultaten van de pandemiebestrijding en de gegeven adviezen, lijken met name de Deense, Finse en Noorse regering optimale adviezen gekregen te hebben. Het zou onzes inziens de moeite waard zijn om te onderzoeken in welke mate ook buitenlandse deskundigen betrokken kunnen worden in de OMT-advisering. Het voordeel hiervan kan zijn het inbrengen van tegengeluid, om zogenaamde 'group think' (een fenomeen dat in iedere groep op de loer ligt) zo veel mogelijk te voorkomen.



## Veiligheidsregio's en andere partijen in de regio

- a. Op regionaal niveau is er een groot aantal partijen dat gedurende deze pandemie heeft moeten samenwerken (onder andere veiligheidsregio's, GHOR, ROAZ, RONAZ, GGD'en). Uit onze analyse blijkt dat de regionale governance versnipperd is, anderzijds zijn er nu eenmaal veel partijen die hun rol moeten spelen en expertise moeten inbrengen en is een frictieloze samenwerking waarschijnlijk een illusie. De nieuwe Wet veiligheidsregio's brengt meer duidelijkheid; desalniettemin lijkt een diepgaandere analyse of, en zo ja in welke mate, de regionale governance geoptimaliseerd kan worden van belang.





## Informatiegovernance

- a. Meer dan eens is gebleken in deze crisis dat IT en data van cruciaal belang zijn om zicht te houden op het virus en ook tijdig te kunnen bijsturen. In het begin van de crisis bleek al snel dat de versnipperde IT-en datasystemen niet of slechts beperkt geschikt waren hiervoor. In korte tijd zijn hiervoor oplossingen bedacht, van het informatie-uitwisselpunt voor ziekenhuizen door Philips, de capaciteitsmanagementrol door het LCPS, de data-infrastructuur vanuit de GGD'en tot het Coronadashboard van het Rijk. Wel zijn alle voorbeelden adhocoplossingen, soms met datadiefstal tot gevolg zoals bij het GGD-systeem. Het verbeteren van de informatiegovernance in de zorg staat natuurlijk al langere tijd op de agenda, maar deze pandemie onderstreept onze inziens de noodzaak tot het verdiepen, versnellen en centraliseren van de beslissingen die vereist zijn. Verder lijkt het voor de hand te liggen om met name de primaire IT- en data-infrastructuur van GGD'en (zowel testen als BCO) te vernieuwen en ook in te zetten op zelf-BCO aangezien dit schaalbaarder is.
- b. Een van de meest succesvolle communicatiemiddelen richting het publiek is het Coronadashboard geweest, dat in feite een metadashboard is vanuit verschillende databronnen. Wij denken dat een dergelijk dashboard ook behulpzaam kan zijn voor andere dossiers, variërend van het klimaatdossier tot woningbouw.



## Gezondheidsbevordering: health in all policies

- a. Als de pandemie iets duidelijk heeft gemaakt is het dat leefstijl en iemands sociaaleconomische achtergrond een grote rol hebben in het risico op gezondheidsschade. Om de kwetsbaarheid van Nederland te reduceren is het van belang om groot in te zetten op gezondheidsbevordering. Het stimuleren van een gezonde leefstijl vraagt om integrale preventie die zich niet alleen richt op afzonderlijke leefstijlfactoren, maar ook op de sociale en fysieke leefomgeving. Tegelijkertijd weet iedereen die werkzaam is in het vak van gezondheidsbevordering dat de hoeksteen daarvan, namelijk gedragsverandering bij burgers, moeizaam te bewerkstelligen is.
- b. Hiertoe kunnen maatregelen worden getroffen die burgers uitnodigen gezonde keuzes te maken (bijvoorbeeld door de invoering van suikertaks), om meer te bewegen (bijvoorbeeld door meer snelle fietspaden voor elektrische fietsen, natuurgebieden en parken te ontwikkelen) én te ontmoeten en ontspannen (bijvoorbeeld door te investeren in bibliotheken, musea en podia). Dit draagt ook bij aan de vermindering van onder andere eenzaamheid en overgewicht en daaraan gerelateerde ziekten.
- c. Een ontwikkeling die reeds is ingezet binnen het domein van de sociale en fysieke leefomgeving is het meewegen van gezondheidsbelangen in beleid bij stads- en gebiedsontwikkelingen (*Health in all policies*). Hiertoe is de eerste aanzet gedaan binnen de Nationale Omgevingsvisie en deze wordt in 2022 bekrachtigd in de Omgevingswet. Het merendeel van de gemeenten is momenteel bezig met het uitwerken van een regionale omgevingsvisie. Deze ontwikkeling zorgt voor een betere borging van gezondheid binnen de leefomgeving en draagt daarmee bij aan de gezondheidsbevordering van de burgers in de desbetreffende regio's.
- d. De GGD'en kunnen een sleutelrol vervullen bij het ontwikkelen van een preventie-ecosysteem door als netwerkpartij te fungeren. Wat hier van belang is, is dat er een register komt van bewezen effectieve collectieve interventies om zo veel mogelijk effectiviteit van beleid te waarborgen, zoals recent bijvoorbeeld de interventie 'JOGG' succesvol gebleken is. Uit analyse van Rijksuniversiteit Groningen blijkt dat JOGG in staat is obesitas bij kinderen te verminderen. Tussen 2013 en 2018 ging in deelnemende gemeenten aan het JOGG-programma het percentage te zware kinderen in de armere wijken omlaag van 32 naar 24%. Mede op basis van dit soort informatie kan de GGD de regionale preventie-infrastructuur coördineren, waarbij regionale kennisuitwisseling (bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een regionaal (digitaal) platform of samenwerkingsomgeving) plaatsvindt over reeds bestaande of nieuwe preventie-initiatieven.
- e. Daarnaast is het noodzakelijk om in de komende jaren een aantal wetten te moderniseren om gezondheidsbevordering te stimuleren. Hiertoe dienen voornamelijk de verantwoordelijkheden van verschillende partijen (onder andere gemeenten, GGD'en, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders, etc.) ten aanzien van gezondheidsbevordering vastgelegd te worden. Momenteel is dit onvoldoende geborgd in onder andere de Wet publieke gezondheid, de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg, waardoor het ontbreekt aan eigenaarschap op dit thema.

## 2. Inleiding

Nu het COVID-19-virus ten gevolge van vaccinaties enigszins op zijn retour lijkt en tegelijkertijd een nieuw kabinet geformeerd wordt, kijken velen van ons vooruit naar hoe de samenleving na de pandemie zich zal ontwikkelen. Voor iedereen die betrokken was bij de pandemiebestrijding zijn de afgelopen anderhalf jaar een stresstest geweest; niemand heeft iets zo impactsvols als een pandemie in zijn werkzame leven meegemaakt.

In deze rapportage beschrijven we hoe onzes inziens het (publieke en curatieve) gezondheidszorgstelsel zich de komende jaren moet ontwikkelen om de geleerde lessen vanuit de COVID-19-periode een plek te geven. In deze rapportage starten we in hoofdstuk 3 met een terugblik op de start en het verloop van de pandemie. We kijken wat er goed ging, wat er beter kon en waar mogelijk ook hoe andere landen het hebben aangepakt. Op basis van deze analyse destilleren we een agenda voor de nabije toekomst om ons gezondheidszorgstelsel meer robuust en wendbaar te maken.

We zijn ons ervan bewust dat veel van de geleerde lessen met de kennis van nu getrokken worden en dat fouten maken tijdens een crisis eerder regel dan uitzondering is. Ons doel is dan ook slechts het aanrijken van ons perspectief om zo als Nederland sterker uit deze pandemie te komen. Verder zijn we ons ervan bewust dat deze rapportage slechts een begin van een terugblik zal zijn en dat er vele, wellicht ook meer uitgebreide analyses zullen volgen, bijvoorbeeld via een parlementaire enquête. Desalniettemin hopen we juist nu, kort na (of wellicht wel tijdens) de grootste crisis, onze bijdrage te leveren, zodat ook op relatief korte termijn de eerste verbeteringen al in gang gezet kunnen worden.



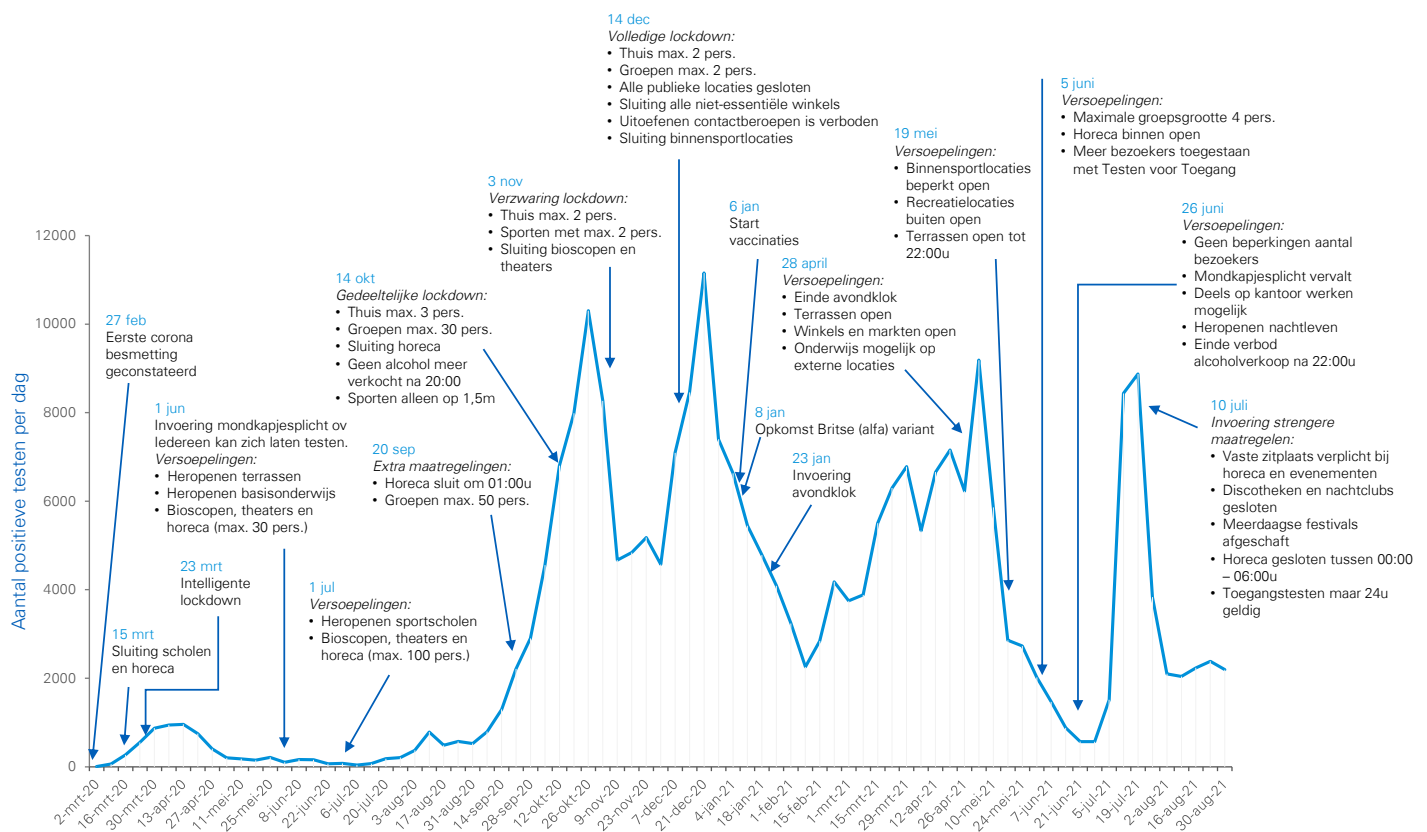
# 3. Een korte terugblik op de COVID-19-pandemie

In dit hoofdstuk kijken we terug op de COVID-19 pandemie. Dit doen we aan de hand van een feitelijke beschrijving van de gebeurtenissen. Vervolgens gaan we dieper in op een viertal thema's:

1. Informatie uitwisseling blijkt cruciaal
2. Schade in de reguliere zorg en het welbevinden van mensen
3. Testen voor Toegang
4. Nederland in vergelijking met overige landen

## 3.1 De COVID-19-pandemie

**Figuur 1** Een blik op de belangrijkste gebeurtenissen tijdens de COVID-19-pandemie<sup>11,12</sup>



Op 27 februari 2020 werd in Nederland de eerste coronabesmetting geconstateerd. Mede dankzij terugkerende wintersporters, carnaval en een tekort aan coronatesten verspreidde de uitbraak zich snel door heel Nederland. Begin maart 2020 werden de eerste maatregelen ingevoerd, zoals frequent handen wassen en elkaar geen hand meer schudden. Een paar weken later ging Nederland in gedeeltelijke lockdown en werden horecagelegenheden,

scholen en kinderopvang tijdelijk gesloten. Deze maatregelen werden verlengd tot en met mei 2020.

De druk op de zorg leidde tot een groot tekort aan beschermingsmiddelen vanaf maart 2020. Mede hierdoor grepen besmettingen in verpleeghuizen met veel kwetsbare mensen om zich heen. Uit onderzoek naderhand bleek dat deze schaarste ook een rol heeft gespeeld in het handhaven

<sup>11</sup> Rijksoverheid, Coronavirus tijdlijn, beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn>

<sup>12</sup> Rijksoverheid, Coronadashboard, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/landelijk/positief-geteste-mensen>

van een beperkte mondkapjesplicht, alhoewel het RIVM stelt dat dit nooit een bepalende factor is geweest.<sup>13</sup> Lang was namelijk het advies om beschermingsmiddelen voor de zorg te behouden en niet beschikbaar te stellen aan het publiek in verband met het (mogelijke) tekort.

Toen de meeste andere buurlanden in de zomer van 2020 een mondkapjesplicht invoerden, bleef het RIVM bij het standpunt dat mondkapjes kunnen leiden tot schijnveiligheid en dat daarmee de toegevoegde waarde van mondkapjes beperkt zou zijn, ook toen het bewijs zich opstapelde dat mondkapjes wel degelijk enigszins zouden kunnen bijdragen aan het beheersen van de pandemie, alhoewel andere maatregelen doorslaggevend zouden zijn.<sup>14,15</sup> Dit was mede gebaseerd op de notie dat de grootste verspreidingsrol was weggelegd voor de grote druppels en dat aerosolen slechts een (zeer) beperkte factor spelen. Op aandringen van de bevolking en door politieke druk is uiteindelijk toch op 1 december 2020 een mondkapjes plicht ingevoerd in publieke binnenruimtes. Hiermee was Nederland een van de laatste Europese landen die deze maatregel invoerde.<sup>16</sup>

Naast een tekort aan beschermingsmiddelen was er vanaf het begin van de pandemie ook een capaciteitsgebrek met betrekking tot testen. In tegenstelling tot het WHO-advies ('test, test, test'), werd in Nederland aanvankelijk een terughoudend testbeleid gevoerd.<sup>17</sup> Vanaf 1 juni 2020 werd het beleid gewijzigd en kon iedereen met symptomen zich laten testen. Mede door lang in te zetten op testen in ziekenhuizen en (te) beperkt inkopen bij laboratoria buiten het ziekenhuizen ontstonden er wachttijden voor tests. De keuze voor het laten testen in ziekenhuizen werd mogelijk mede gedreven door belanghebbenden vanuit de medische microbiologie die tevens zitting hadden in het OMT.<sup>18</sup> Ook werd in deze periode duidelijk welke enorme operationele opgave GGD'en hadden in het neerzetten van de teststraten en hoe de coördinatie tussen VWS, RIVM, GGD GHOR NL en lokale GGD'en soms moeizaam verliep en de wachttijden voor testen buiten de gestelde normen vielen.<sup>19</sup>

In juni daalde het aantal besmettingen naar ongeveer 200 per dag.<sup>20</sup> Toch was zowel het kabinet als het OMT van mening dat versoepelingen in de maatregelen pas konden worden doorgevoerd als de ontwikkeling van het virus goed inzichtelijk was én er voldoende capaciteit was voor

testen en traceren.<sup>21</sup> Het langzaam versoepelen zou ook als voordeel hebben dat de effecten van de versoepelingen duidelijker in beeld kwamen. Ondanks dit goede voornemen en waarschuwingen van partijen, liep door de versoepelingen en het niet ingrijpen toen de R-waarde geruime tijd boven de 1 was, het aantal besmettingen in de periode juli-september 2020 wederom hard op.<sup>22</sup> Begin september werden er per dag meer dan 1.000 positieve testen geregistreerd. Desalniettemin werd pas halverwege oktober een intelligente lockdown aangekondigd, bestaande uit een evenementenverbod, sluiting van horeca en een verbod op het verkopen van alcohol na 20:00 uur. Daarnaast mochten mensen thuis maximaal drie personen per dag ontvangen en gold er een maximumaantal van dertig personen in binnenruimtes.

Deze nieuwe maatregelen bleken niet voldoende om het aantal besmettingen terug te dringen. Hierdoor werd er op 14 december 2020 een volledige lockdown ingevoerd; op dat moment waren er rond de 10.000 besmettingen per dag. De volledige lockdown hield in dat alle publieke locaties gesloten werden, inclusief alle niet-essentiële winkels. Daarnaast werd ook het uitoefenen van contactberoepen verboden en sloten de binnensportlocaties. In dezelfde maand, negen maanden na de start van de crisis, werd overigens wel de benodigde testcapaciteit behaald.<sup>23</sup>

In januari 2021 daalde het aantal besmettingen in Nederland fors. Toch werd er op 23 januari een avondklok ingesteld. Dit maakte de risico's van de opmars van de alfa (Brtise) variant van het coronavirus zo klein mogelijk maken. Ondanks de vooruitziende blik, bleken de maatregelen niet opgewassen te zijn tegen de nieuwe, meer besmettelijke, variant. Hierdoor steeg het aantal besmettingen in februari opnieuw.

De voorbereiding van de vaccinatiecampagne in Nederland verliep stroef, doordat men de verwachting had dat het vaccin van AstraZeneca als eerste markttoelating zou krijgen. Het grote voordeel van dit vaccin was dat het makkelijk te distribueren was en men zou de reguliere griepvaccinatiestructuur gebruiken. Toen bleek dat Pfizer als eerste markttoelating kreeg, moesten de GGD'en alsnog als eerste van start met prikken, terwijl zij in de originele plannen pas in de zomer van 2021 van start zouden gaan.

<sup>13</sup> de Volkskrant, Schaarste speelde wél een rol bij mondkapjesrichtlijn ouderenzorg, beschikbaar via: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/schaarste-speelde-wel-een-rol-bij-mondkapjesrichtlijn-ouderenzorg-b801e4e3/>

<sup>14</sup> Nature, Face masks: what the data say, beschikbaar via: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02801-8>

<sup>15</sup> Nature human behaviour, Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions, beschikbaar via: <https://www.nature.com/articles/s41562-020-01009-0>

<sup>16</sup> Our World in Data, Face coverings, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://ourworldindata.org/policy-responses-COVID#face-coverings>

<sup>17</sup> Trouw, Nederland gaat meer testen, maar is dat niet veel te laat? Vijf vragen en antwoorden, beschikbaar via:

<https://www.trouw.nl/nieuws/nederland-gaat-meer-testen-maar-is-dat-niet-veel-te-laai-vijf-vragen-en-antwoorden-ba20d6c0/>

<sup>18</sup> NRC, Hoe Nederland de controle verloor, beschikbaar via: <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/06/19/hoe-nederland-reageerde-op-het-nieuwe-virus-uit-china-van-niks-aan-de-hand-tot-blinde-paniek-a4003075>

<sup>19</sup> de Volkskrant, Nederlander wil nu opeens wél een coronatest; op sommige locaties loopt de wachttijd op tot twee dagen, beschikbaar via: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/nederlander-wil-nu-opeens-wel-een-coronatest-op-sommige-locaties-loopt-de-wachttijd-op-tot-twee-dagen-b5e2ebe5/>

<sup>20</sup> Rijksoverheid, Coronavirus tijdlijn, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn>

<sup>21</sup> Persconferentie 11 mei 2021, beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/mediateksten/2021/05/11/letterlijke-tekst-persconferentie-minister-president-rutte-en-minister-de-jonge-11-mei-2021>

<sup>22</sup> NOS, Experts waarschuwen kabinet: neem binnen drie dagen nieuwe maatregelen, beschikbaar via: <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2341651-experts-waarschuw-kabinet-neem-binnen-drie-dagen-nieuwe-maatregelen>

<sup>23</sup> Het Parool, Geen symptomen, wel een coronatest: het mag binnenkort, beschikbaar via: <https://www.parool.nl/nederland/geen-symptomen-wel-een-coronatest-het-mag-binnenkort-b64ca9f9/>

Hierdoor begon de vaccinatiecampagne een kleine twee weken later dan in andere Europese landen.<sup>24</sup>

Gaandeweg maakte Nederland steeds meer tempo met vaccineren, en was de aanlevering van de vaccins de bottleneck. In het eerste kwartaal van 2021 was er veel discussie over de volgorde waarin gevaccineerd diende te worden en week het kabinet meermaals af van de volgorde die de Gezondheidsraad adviseerde, bijvoorbeeld door eerst zorgmedewerkers te vaccineren, terwijl op dat moment de ouderen nog niet gevaccineerd waren en deze keuze dus hoogst waarschijnlijk tot gezondheidsschade zou leiden.<sup>25</sup> Tevens waren er impactvolle adviezen van de Gezondheidsraad over het alleen gebruiken van AstraZeneca bij 60-plussers, hetgeen ertoe leidde dat staande afspraken verzet dienden te worden wat niet bijdroeg aan een optimale vaccinatiebereidheid. De prikpaauze als zodanig heeft waarschijnlijk eveneens gezondheidsschade opgeleverd.<sup>26</sup> Mensen die uiteindelijk afzagen van een AstraZeneca-vaccin kregen later alsnog de mogelijkheid om zich met een mRNA-vaccin te laten vaccineren.<sup>27</sup>

Medio 2021 heeft Nederland de achterstand qua vaccinaties ingehaald en leek ook de vaccinatiebereidheid relatief hoog<sup>28,29</sup>. Vanwege de olopemde vaccinatiegraad daalde het aantal besmettingen in juni fors. In plaats van gradueel te versoepelen werden op 26 juni opnieuw vele versoepelingen tegelijkertijd doorgevoerd. Zo waren er onder andere geen beperkingen meer in het aantal bezoekers, verviel de mondkapjesplicht en werd het nachtleven weer geopend. Daarnaast kregen mensen na één prik met Janssen zonder coronatest dezelfde dag nog toegang tot het nachtleven. Nederland kon gaan 'dansen met Janssen'.<sup>30</sup> Het beleid was mede bedoeld om mensen over te halen om zich te laten vaccineren, en dit werkte enigszins aangezien met name jongeren zich lieten vaccineren.<sup>31</sup>

De combinatie van versoepelingen, een te soepel toelatingsbeleid een beperkte deelname van de brede horeca aan Testen voor Toegang en fraude met Testen voor Toegang resulteerde echter wederom in een hoge piek in de besmettingen. Op 10 juli werd daarom een beperkt deel van

de maatregelen opnieuw ingevoerd - voornamelijk gericht op het nachtleven en festivals - waarna snel een geleidelijke daling in de besmettingen te zien was.

Nederland bereikt op 19 september 2021 een volledige vaccinatiegraad van 63,3% van alle inwoners. Dit is bovengemiddeld in Europa, er zijn landen die hoger scoren zoals Portugal die zit op 81%.<sup>32</sup>

### 3.2 Informatie-uitwisseling blijkt cruciaal

Om zicht en grip op het virus te houden én om eenduidig te communiceren zijn data en IT cruciaal. Spreiding van patiënten tussen ziekenhuizen blijkt in de crisis noodzakelijk, om zo goed gebruik te maken van alle beschikbare capaciteit. Bij het overbrengen van patiënten is een adequate uitwisseling van patiëntinformatie cruciaal. In veel gevallen was het in Nederland nog niet goed mogelijk om dit type informatie ad hoc uit te wisselen.

Een door Philips ontwikkeld COVID-19 portaal werd ingezet als landelijke voorziening om tijdelijk gegevens effectief te kunnen delen bij het verplaatsen van patiënten.<sup>33</sup> Zowel landelijk als binnen de ROAZ-regio's (Regionaal Overleg Acute Zorg) was er in het begin van de crisis te weinig stuurinformatie beschikbaar.

Ook was de patiëntenspreiding over ziekenhuizen deels een handmatige exercitie, waarbij ziekenhuizen het aantal beschikbare bedden telefonisch doorgaven aan het landelijke schakelpunt. Ook andere systemen werden in het begin van de crisis in hoog tempo klaargezet om beter zicht te krijgen op capaciteit en om bepaalde typen informatie uit te wisselen (zowel beelden als data).<sup>34</sup> Dat leidde in sommige gevallen tot onduidelijkheid, omdat ziekenhuizen bijvoorbeeld zelf mochten beslissen of de systemen werden gebruikt.<sup>35</sup>

Voor alle partijen in zowel de publieke als curatieve zorg is data cruciaal om zicht te houden op de virusontwikkeling. Dat kwam in de vorm van het Coronadashboard:<sup>36</sup> een meta-dashboard dat gegevens uit meerdere bronnen van onder andere GGD'en, RIVM en NICE combineert en overzichtelijk

<sup>24</sup> Our World in Data, Policy Responses to the Coronavirus Pandemic, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://ourworldindata.org/policy-responses-COVID>

<sup>25</sup> Trouw, Zorgmedewerkers eerder vaccineren dan ouderen is onverstandig, beschikbaar via: <https://www.trouw.nl/opinie/zorgmedewerkers-eerder-vaccineren-dan-ouderen-is-onverstandig-bc610d32/>

<sup>26</sup> Trouw, Kabinet neemt advies gezondheidsraad over, en stopt vaccineren 60-minners met AstraZeneca, beschikbaar via: <https://www.trouw.nl/binnenland/kabinet-neemt-advies-gezondheidsraad-over-en-stopt-vaccineren-60-minners-met-astrazeneca-b24add9c/>

<sup>27</sup> NOS, AstraZeneca-weigeraars kunnen binnen paar weken ander vaccin krijgen, beschikbaar via: <https://nos.nl/artikel/2383149-astrazeneca-weigeraars-kunnen-binnen-paar-weken-ander-vaccin-krijgen> en zie ook: NTVG, Prikpaauze AstraZeneca proportioneel?, beschikbaar via: <https://www.ntvg.nl/artikelen/prikpaauze-astrazeneca-proportioneel/volledig>

<sup>28</sup> Rijksoverheid, Coronadashboard, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl>

<sup>29</sup> de Volkskrant, Op 1 juli heeft elke Nederlander die het wil tenminste één vaccin prik gehad: hoe komt minister De Jonge daarbij?, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/op-1-juli-heeft-elke-nederlander-die-het-wil-tenminste-eeen-vaccin-prik-gehad-hoe-komt-mi-nister-de-jonge-daarbij-ba8e3d8>

<sup>30</sup> NOS, Kan je meteen dansen na je Janssen-prik? 'Dat is akelig snel', beschikbaar via: <https://nos.nl/artikel/2387445-kan-je-meteen-dansen-na-je-janssen-prik-dat-is-akelig-snel>

<sup>31</sup> Our World in Data, Coronavirus (COVID-19) Vaccinations, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

<sup>32</sup> Our World in Data, Coronavirus (COVID-19) Vaccinations, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

<sup>33</sup> Philips, Lancering landelijk online portaal voor het digitaal uitwisselen van relevante COVID-19 patiëntgegevens tussen ziekenhuizen. Beschikbaar via: <https://www.philips.nl/a-w/about/news/archive/standard/about/news/press/2020/20200415-lancering-landelijk-online-portaal-voor-het-digitaal-uitwisselen-van-relevante-covid-19-patientgegevens-tussen-ziekenhuizen.html>

<sup>34</sup> NOS, Waar is nog een ziekenhuisbed vrij? Nieuw systeem moet direct antwoord geven, beschikbaar via: <https://nos.nl/artikel/2328856-waar-is-nog-eeen-ziekenhuisbed-vrij-nieuw-systeem-moet-direct-antwoord-geven>

<sup>35</sup> De Volkskrant, Conflict over nieuw systeem dat bedden telt brengt minister De Jonge in lastige positie, beschikbaar via: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/conflict-over-nieuw-systeem-dat-bedden-telt-brengt-minister-de-jonge-in-lastige-positie-b82b495e/>

<sup>36</sup> Rijksoverheid Coronadashboard, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>

presenteert. Het dashboard ontwikkelde zich als een goed middel voor communicatie en public awareness. Er bestond geen adequaat IT-landschap voor de COVID-19-bestrijding. De bestaande systemen waren onvoldoende gekoppeld en niet in staat de grote stroom van data op een veilige manier te verwerken. Dit heeft geleid tot vertragingen en storingen in de datavoorziening. Ook was er sprake van een securityincident in januari 2021, waarbij grote hoeveelheden data van Nederlanders vanuit de GGD ten gevolge van diefstal uit systemen op straat kwamen te liggen.<sup>37</sup>

Er was vervolgens onvoldoende ruimte om ingrijpende veranderingen door te voeren, zoals het tijdig vervangen van kritieke, maar onveilige applicaties. Er was een goede IT-infrastructuur voor datadeling nodig die snel kan worden opgeschaald in tijden van crisis, gericht op het verbeteren van onze zorg en gericht op effectief samenwerken, binnen en buiten crisissituaties.

### 3.3 Schade in de reguliere zorg en het welbevinden van mensen

Het doel van het kabinet was om de zorg tijdens de pandemie zo veel mogelijk te ontlasten. Hierdoor werd niet-acute zorg uitgesteld en werden vrijheidsbeperkende maatregelen ingevoerd om het aantal besmettingen te reduceren.

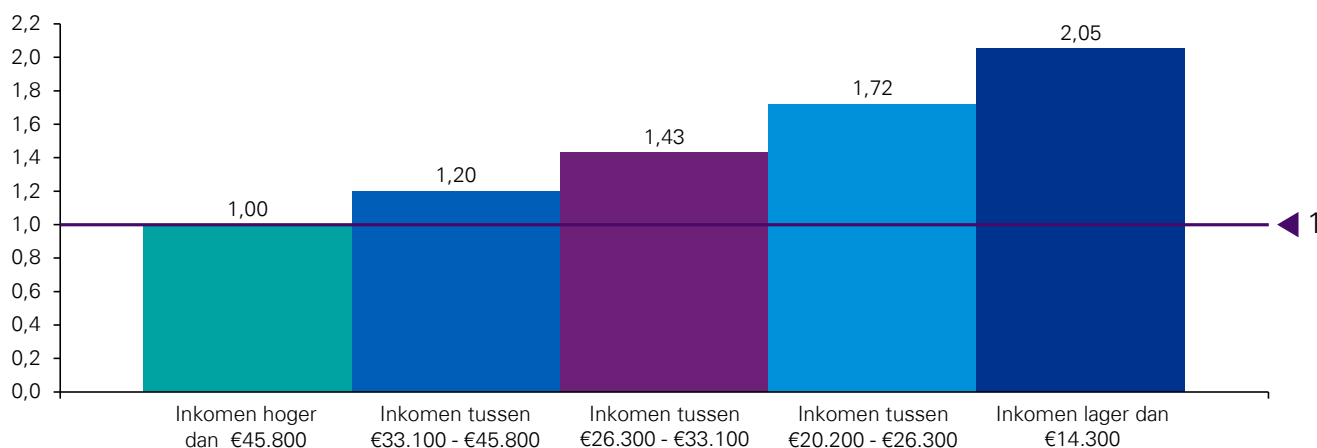
Door het uitstellen van niet-acute zorg kwam er indirect een zware druk te liggen op de reguliere zorg. OK-personeel, -ruimtes en -apparatuur werden ingezet voor het creëren van honderden extra IC-bedden voor ernstig zieke coronapatiënten. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat er hierdoor tussen de 34.000 en 50.000 gezonde levensjaren verloren gaan.<sup>38</sup> Een deel van de verloren levensjaren kan worden hersteld als de behandelingen alsnog worden uitgevoerd. Naarmate de pandemie langer duurt stapelen deze behandelingen zich echter op.

Ten tweede zorgden de vrijheidsbeperkende maatregelen ervoor dat het mentaal en sociaal welbevinden van Nederlanders onder druk is komen te staan. Volgens onderzoek van het RIVM ervaren meer mensen gevoelens van eenzaamheid en minder mensen ervaren hun sociale contacten als 'goed'.<sup>39</sup> Daarnaast is er een toename te zien van psychische klachten zoals gevoelens van depressie en angst en problemen met slapen.

Ook zorgen de vrijheidsbeperkende maatregelen voor een negatieve verandering in ons gedrag. Zo wordt er meer gerookt, minder bewogen en is het aantal mensen met overgewicht toegenomen. Dit zijn juist aspecten die het beloop van COVID-19 verslechteren. De crisis bevestigt dat leefstijl meer is dan een individuele keuze. Het stimuleren van een gezonde leefstijl vraagt om integrale preventie, die zich niet alleen richt op afzonderlijke leefstijlfactoren, maar ook op de sociale en fysieke leefomgeving.

#### Figuur 2

Relatieve risico's COVID-19 sterfte naar huishoudinkomen berekend door het CBS.<sup>40</sup> De inkomensgroepen zijn gebaseerd op vijf kwartielen van de Nederlandse bevolking. De getallen geven relatieve risico's weer ten opzichte van de referentiegroep (inkomens hoger dan EUR 45.800). Het CBS heeft bij de berekening ook rekening gehouden met andere kenmerken (geslacht, leeftijdsgroep, migratieachtergrond en regio).



<sup>37</sup> De Volkskrant, Datalek bij GGD: gegevens van miljoenen Nederlanders in handen van criminelen, beschikbaar via: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/datalek-bij-ggd-gegevens-van-miljoenen-nederlanders-in-criminele-handen-b7f17bea/>

<sup>38</sup> RIVM, 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, beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/publicaties/impact-van-eerste-covid-19-golf-op-reguliere-zorg-en-gezondheid-inventarisatie-van>

<sup>39</sup> RIVM, Resultaten 10e ronde gedragsonderzoek, beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden/resultaten-10e-ronde-ge-dragsonderzoek>

<sup>40</sup> CBS, Sociaal-demografische verschillen in COVID-19-sterfte tijdens de eerste golf van de corona-epidemie, beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/sociaal-demografische-verschillen-in-covid-19-sterfte-tijdens-de-eerste-golf-van-de-corona-epidemie?onepage=true>



Zo blijkt ook dat het verschil tussen bevolkingsgroepen door de pandemie werd vergroot. Deze verschillen doen zich voor langs verschillende scheidingslijnen, zoals opleiding en inkomen, woonomgeving, migratieachtergrond, leeftijd en geslacht. De crisis lijkt harder toe te slaan bij lager opgeleiden. Zo worden zij vaker getroffen door het virus en hebben zij een slechter beloop van de ziekte. Zo is in figuur 2 te zien dat het risico om te sterven voor huishoudens met de laagste inkomens, twee keer zo groot is als voor de huishoudens met de hoogste inkomens. Ze hebben ook vaker onzekere banen die bij een economische terugval als eerste verdwijnen. De combinatie van ontwikkelingen op dit gebied geeft een zorgelijk beeld, zeker als de pandemie nog lang aanhoudt, mede omdat ook de vaccinatiegraad lager is in deze groepen.

Een andere bevolkingsgroep die veel nadelen heeft ondervonden aan Corona zijn kinderen. Door het sluiten van de scholen hebben zij een groot deel van de lasten gedragen. Echter is de gezondheidswinst van deze maatregelen voor hen zelf relatief klein. Uit onderzoek blijkt dat de coronamaatregelen juist een negatief effect hebben op de gezondheid en het welzijn van kinderen en jongeren.<sup>41</sup>

### 3.4 Testen voor Toegang

Sinds het begin van de pandemie is er debat gevoerd over het nut en de noodzaak van testen. Na aandringen vanuit de Tweede Kamer in het najaar 2020 besluit het kabinet het systeem van Testen voor Toegang op te zetten. Een veelgehoord sentiment is dat activiteiten sowieso leiden tot meer verspreiding van het COVID-19-virus. Recent onderzoek vanuit de Fieldlab-experimenten laat echter zien dat testen 24 uur voorafgaand aan activiteiten ertoe leidt dat mensen die onbewust een COVID-19-infectie hebben eruit worden gefilterd, terwijl er niet of nauwelijks besmettingen tijdens de activiteit plaatsvinden, althans in de resultaten die nu beschikbaar zijn voor congressen, theaterbezoeken en voetbalwedstrijden. Daarnaast lost het Testen voor Toegang concept het belangrijke probleem van de relatief lage testbereidheid onder Nederlanders op, aangezien de testbereidheid 'automatisch' oploopt tot 100%.

Een terugkerend kritiekpunt zijn de met Testen voor Toegang gemoeide kosten, welke zouden kunnen oplopen tot EUR 500-700 miljoen. Opvallend hierbij is dat er gekozen is voor een strikte scheiding tussen spoor 1-testen (via de

GGD'en) en spoor 2-testen (via Testen voor Toegang). Deze keuze is opvallend, gelet op de huidige testovercapaciteit bij GGD'en, die mogelijk meer doelmatig had kunnen worden ingezet. En alhoewel de kosten voor de lockdown fors zijn – naar schatting zo'n EUR 4 miljard per maand – kan de economische activiteit maar slechts gedeeltelijk hervat worden met Testen voor Toegang en is het daarmee onduidelijk of de volledige kosten van Testen voor Toegang worden terugverdiend via extra economische activiteit.<sup>42</sup> Voor essentiële zaken (bijvoorbeeld het testen voor onderwijsdeelname) lijkt een (volledige) overheidsbijdrage voor de hand te liggen, terwijl voor de niet-essentiële activiteiten uit deze pilots het profijtbeginsel met daarmee dus (gedeeltelijke) betaling door bezoekers logisch lijkt.

Tegelijkertijd blijkt uit dit onderzoek dat de betalingsbereidheid door burgers zelf beperkt lijkt te zijn, hetgeen een dilemma vormt. Daarnaast is een gehoord argument dat de eventuele extra kosten voor testen bij deelname aan een activiteit niet voor iedereen betaalbaar zijn en dat er daarmee ongelijkheid ontstaat.<sup>43</sup> Ons is opgevallen dat een deel van deze bezwaren samen lijkt te vallen met de timing van het Testen voor Toegang. Het is een begrijpelijk gevoel: we zitten waarschijnlijk aan het einde van de pandemie, waarom dan nu nog deze infrastructuur opzetten? Het draagvlak was in bijvoorbeeld het najaar van 2020 waarschijnlijk een stuk groter geweest: dan hadden scholen wellicht wel open kunnen blijven, waren ook andere activiteiten mogelijk geweest gedurende de lockdowns en hadden deze testen kunnen bijdragen aan het verlagen van de virusincidentie in de tweede en derde golf. Voor een volgende pandemie lijken de lessons learned het tijdig opzetten van een Testen voor toegangstest (uiteraard mits de bevoorrading, sensitiviteit en specificiteit van tests dat toelaten) en het strikter controleren om fraude te voorkomen zoals Duitsland en Denemarken ook doen.<sup>44,45</sup> Ondanks het Testen voor toegang-concept lopen de besmettingen na de versoepelingen van 30 juni snel op. Het lijkt erop dat zowel de handhaving door organisatoren als de fraude met QR-codes een rol speelt, en de geldigheidsduur van veertig uur. Een waarschijnlijk nog belangrijker rol speelt het gegeven dat een groot deel van de horeca niet meedoet met het Testen voor toegang-concept, omdat zij formeel geen nachtclub zijn, maar tegelijkertijd de anderhalve meter niet kunnen waarborgen.<sup>46</sup>

<sup>41</sup> NJi, Effect van corona op jeugd, gezin en jeugdveld, beschikbaar via: <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Effect-van-corona-op-jeugd%2C-gezin-en-jeugdveld.pdf>

<sup>42</sup> KPMG, Hoe verder in 2021, beschikbaar via: [https://www.vno-ncw.nl/sites/default/files/hoer\\_verder\\_in\\_2021\\_def.pdf](https://www.vno-ncw.nl/sites/default/files/hoer_verder_in_2021_def.pdf)

<sup>43</sup> KPMG, Evaluatie Testen voor Toegang mei en juni, beschikbaar via: <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2021D27715&did=2021D27715>

<sup>44</sup> KPMG, Evaluatie Testen voor Toegang mei en juni, beschikbaar via: <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2021D27715&did=2021D27715>

<sup>45</sup> Trouw, in Duitsland is de testsamenleving allang een feit, beschikbaar via: [https://www.trouw.nl/buitenland/in-duitsland-is-de-testsamenleving-allang-een-feit-het-lijkt-goed-te-werken--bf7df3d4/?utm\\_campaign=shared\\_earned&utm\\_medium=social&utm\\_source=twitter](https://www.trouw.nl/buitenland/in-duitsland-is-de-testsamenleving-allang-een-feit-het-lijkt-goed-te-werken--bf7df3d4/?utm_campaign=shared_earned&utm_medium=social&utm_source=twitter)

<sup>46</sup> RTL Nieuws, Met valse testuitslag naar de club: 'Zo is het niet meer veilig', beschikbaar via: <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5238846/uitgaan-testuitslag-club-kroeg-veilig-hugo-de-jonge-testen-voor>

### 3.5 Nederland in vergelijking met overige landen

Sinds de uitbraak in China heeft COVID-19 zich over de hele wereld verspreid. Vrijwel elk land treft maatregelen tegen de verspreiding van het virus. Echter, welke maatregelen worden getroffen verschilt per land. De uiteenlopende strategieën van de landen blijken ook grote impact te hebben op de economie. Nederland kiest – ondanks veelvuldig gebruik van de term ‘indammen’ door kabinet, OMT en RIVM – niet voor een strategie van indammen, maar voor mitigatie van het virus, hetgeen inhoudt sturen op het voorkomen van IC-overbelasting, maar het virus ‘gecontroleerd’ laten rondgaan in de samenleving. Een soortgelijke strategie is door veel landen in de EU en ook door de VS gevolgd, alhoewel er wel belangrijke nuanceverschillen te plaatsen zijn binnen de mitigatie-strategie, waarbij Nederland samen met Zweden en het Verenigd Koninkrijk als enige bij de aanvang van de pandemie koos voor een strategie van groepsimmunitet, hetgeen later in elk van de landen is bijgesteld tot een mitigatiestrategie.

Door sommigen werd verwacht dat strenge maatregelen, met als doel eliminatie van het SARS-CoV-2 virus, zouden zorgen voor een grotere krimp in de economie, terwijl anderen betoogden dat juist een indamstrategie de beste uitkomsten zal hebben voor zowel economie als volksgezondheid.<sup>47</sup> Het nu beschikbare onderzoek laat zien dat indammen de beste resultaten voor zowel economie als volksgezondheid oplevert. Wel is er discussie in welke mate landen zoals Nederland, die midden op een continent liggen, eigenstandig succesvol kunnen besluiten tot indammen, gegeven de vele reisbewegingen over het continent.

Een voorbeeld van geslaagd indambeleid op een eiland is Australië, dat vanaf het begin een streng coronabeleid heeft geïmplementeerd. Australië laat een relatief sterke

#### Oversterfte

Wanneer de aantallen sterftegevallen met elkaar worden vergeleken moet rekening gehouden worden met het feit dat niet alle landen coronasterfte op dezelfde manier registreren. België en Frankrijk registreren alle sterfte in verzorgingstehuizen als coronasterfte, zelfs als dit niet is aangetoond. Andere landen registreren coronasterfte alleen als dit met een test is aangetoond. Wij kiezen er daarom voor om oversterfte te hanteren als proxy voor coronasterfte. Oversterfte is het aantal mensen dat meer gestorven is in vergelijking met het gemiddelde van de voorgaande jaren.

economische groei (1,9% stijging in BBP) zien en maar een oversterfte van 4.606.<sup>48,49</sup> Echter, ook Denemarken, dat qua geografie meer lijkt op Nederland, had een economische groei van 1,3% BBP en oversterfte van 999. Dit terwijl Nederland tijdens de pandemie een relatief grote economische krimp had (0,2% daling in BBP) en een oversterfte van 24.041. Ook is het van belang om op te merken dat de economische krimp in sterke mate beïnvloed is door de mate van steunpakketten door regeringen.<sup>50</sup>

In figuur 3 is de oversterfte uitgezet tegen de economische groei voor 25 verschillende landen. Hier is te zien dat de landen die de meest ingrijpende maatregelen hebben ingevoerd om het Sars-CoV-2-virus te elimineren (Australië en Nieuw-Zeeland), ook de landen zijn waar de oversterfte laag is gebleven. Bovendien is de economische impact van de pandemie in deze landen kleiner dan in andere landen. Sterker nog, inzetten op indammen in plaats van mitigeren zorgt niet alleen voor betere gezondheidsuitkomsten en minder economische schade, maar – paradoxaal genoeg – voor minder langdurige inbreuk op vrijheden, zo laat ook ander internationaal onderzoek zien.<sup>51</sup>



<sup>47</sup> KPMG en VU, De tweede golf dat zijn wij, beschikbaar via: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/nl/pdf/2020/services/de-tweede-corona-golf-dat-zijn-wij.pdf>

<sup>48</sup> OECD, Quarterly GDP, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://data.oecd.org/gdp/quarterly-gdp.htm#indicator-chart>

<sup>49</sup> OECD, Excess deaths by week, 2020 and 2021, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=104975>

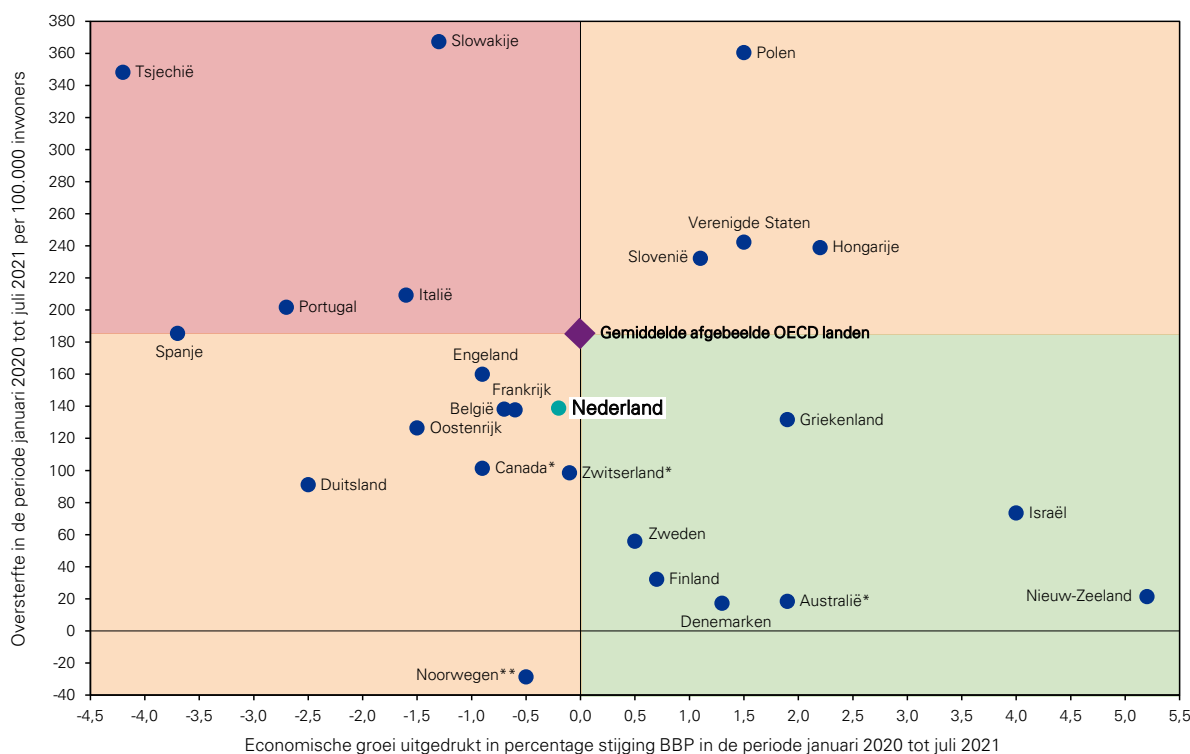
<sup>50</sup> Centraal Planbureau, Economische analyse steunpakket 2020, beschikbaar via: <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Notitie-Economische-analyse-steunpakket-2020.pdf>

<sup>51</sup> Miquel Oliu-Barton, Bary S R Pradelski, Philippe Aghion et al., The Lancet, SARS-CoV-2 elimination, not mitigation, creates best outcomes for health, the economy, and civil liberties, beschikbaar via: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00978-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00978-8/fulltext)



**Figuur 3**

Oversterfte en de percentage groei in BBP per land in de periode januari 2020 – juli 2021



\* De oversterfte van Australië en Zwitserland is bekend tot week 22 (van de 25) van 2021. De oversterfte van Canada is bekend tot week 20 (van de 25) van 2021

\*\* In Noorwegen zijn er in de periode januari 2020 – juli 2021 minder mensen overleden dan verwacht.

De oversterftcijfers zijn gebaseerd op de oversterftcijfers van OECD<sup>52</sup> en gecorrigeerd voor het aantal inwoners per land. De economische groei is uitgedrukt in percentage stijging van het BBP per land in de periode januari 2020 tot juli 2021. De cijfers zijn gebaseerd op de kwartaalcijfers van OECD.<sup>53</sup> OECD totaal geeft het gemiddelde van alle OECD-landen weer met volledige data. Voor de oversterfte zijn verschillende bronnen geraadpleegd. Voor Nederland zijn hiervoor de onderstaande aantallen gevonden:

**Financial Times:** 19.741. Begint met tellen na de eerste 100 coronadoden tot 18 april 2021.<sup>54</sup>

**New York Times:** 18.049 sinds 21 januari 2020 tot en met 12 juli 2021.<sup>55</sup>

**The Economist:** 18.567. Begint met tellen na de eerste 50 coronadoden tot 4 juli 2021.<sup>56</sup>

**OECD:** 24.041 sinds januari 2020 tot juli 2021.<sup>57</sup>

**Our World in Data:** 18.145 vanaf 6 maart 2020 tot 11 juli 2021.<sup>58</sup>

**CBS:** 28.741 sinds het begin van de meldingen tot en met maart 2021.<sup>59</sup> Vanaf april 2021 zijn de exacte oversterftcijfers van het CBS nog niet bekend. In de periode april - september 2021 meldt het RIVM 4.848 coronadoden.<sup>60</sup>

**Rijksoverheid:** 17.766 sinds het begin van de meldingen tot maandag 12 juli.<sup>61</sup>

De bronnen gebruiken verschillende definities van coronasterfte, waardoor de cijfers sterk uiteenlopen. Zo telt de Rijksoverheid alleen sterfte waarbij COVID-19 als oorzaak is vastgesteld. Het CBS telt echter naast de vastgestelde gevallen ook de overlijdens waarbij COVID-19 de vermoedelijke doodsoorzaak is. Voor dit figuur zijn de cijfers van OECD gehanteerd, omdat zij oversterftcijfers weergeven en niet COVID-19-sterftcijfers. De werkelijke oversterfte per land kan echter afwijken van de aantallen die in dit figuur worden weergegeven. Een belangrijke beperking van de economische analyse is het feit dat de omvang van steunpakketten eveneens een impact heeft op de mate van economische groei en hier niet voor gecorrigeerd is. Daarnaast is het zo dat de meerjarige effecten niet zichtbaar zijn in deze analyse en dat deze analyse slechts tot 1 juli 2021 loopt. In plaats van de werkelijke economische groei in de periode januari 2020 tot juli 2021 te meten zou men er ook voor kunnen kiezen om de economische performance te meten door de werkelijke groei af te zetten tegen de verwachte economische groei in deze periode, o.b.v. voorspellingen begin 2020. Het is echter lastig om te becijferen wat de verwachte economische groei zonder COVID-19 had moeten zijn voor de tweede helft 2020 en 2021 waardoor hier niet voor is gekozen.

<sup>52</sup> OECD, Excess deaths by week, 2020 and 2021, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=104975>

<sup>53</sup> OECD, Quarterly GDP, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://data.oecd.org/gdp/quarterly-gdp.htm>

<sup>54</sup> Financial Times, Coronavirus tracker: the latest figures as countries fight the COVID-19 resurgence, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://www.ft.com/content/a2901ce8-5eb7-4633-b89c-cbdf5b386938>

<sup>55</sup> The New York Times, Coronavirus World Map: Tracking the Global Outbreak, geraadpleegd op 16 september, beschikbaar via: <https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/COVID-cases.html>

<sup>56</sup> The Economist, Tracking COVID-19 excess deaths across countries, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker>

<sup>57</sup> OECD, Excess deaths by week, 2020 and 2021, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=104975>

<sup>58</sup> Our World in Data, Netherlands: Coronavirus Pandemic Country Profile, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/netherlands#cumulative-confirmed-deaths-how-do-they-compare-to-other-countries>

<sup>59</sup> CBS, In maart stierven 1,6 duizend mensen aan COVID-19, beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/26/in-maart-stierven-1-6-duizend-mensen-aan-covid-19>

<sup>60</sup> RIVM, Ontwikkeling COVID-19 in grafieken, geraadpleegd op 23 september 2021, beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/grafieken>

<sup>61</sup> Rijksoverheid, Coronadashboard, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/landelijk/sterfte>



Nederland lijkt zich net zoals Zwitserland, België en Frankrijk in de middenmoot te bevinden wat betreft oversterfte en economische krimp. Een vergelijking met de best presterende landen is echter wellicht niet fair, gelet op het feit dat Australië en Nieuw-Zeeland beide geografisch geïsoleerd zijn. Maar ook als we Nederland vergelijken met meer soortgelijke Europese landen, zoals Finland en Denemarken, blijkt dat Nederland zowel op de economische groei als op oversterfte beduidend minder goed in staat is geweest de pandemie te managen. Economisch gezien doet Nederland het relatief goed, mede dankzij ruimhartige steunpakketten, beperkte afhankelijkheid van toerisme en een relatief digitale economie. En alhoewel het uitgangspunt van Nederland solide was met een goed functionerend zorgstelsel, zijn we ook een relatief dichtbevolkt land waardoor besmettingen sneller rondgaan.

Het verschil in prestatie lijkt voor een (belangrijk) deel te wijten aan het verschil in beleid dat de landen voerden. Zowel Finland als Denemarken schakelde snel na de eerste besmettingen; beide landen behoorden tot de eerste Europese landen die een lockdown invoerden.<sup>62,63</sup> Bovendien was zowel Finland als Denemarken consequent in zijn boodschap: 'test, trace, isolate' is vanaf de eerste besmetting tot op de dag van vandaag de strategie geweest. Ook hadden beide landen vanaf het begin strenge grenscontroles met verplichte tests en quarantaine voor alle reizigers.<sup>64</sup>

Een ander voorbeeld dat beleid ertoe doet is Zweden. Zweden lijkt in veel opzichten op Denemarken en Finland, maar heeft een significant ander beleid gehanteerd. De aanpak van Zweden was voornamelijk gericht op

aanbevelingen en eigen verantwoordelijkheid van de burger, hierbij werden beperkte restricties opgelegd.<sup>65</sup> Met deze aanpak deed Zweden het in eerste instantie op economisch gebied slechter ten gevolge van een verlaagd consumentenvertrouwen, maar vanaf eind 2020 ziet Zweden toch een stijging in het BBP. De oversterfte in Zweden is wel hoger dan in de andere Scandinavische landen.

Naast de ingevoerde maatregelen zijn er ook grote verschillen te zien in de vaccinatiecampagnes van landen. Hoewel Australië goed was in het indammen van het virus is het minder succesvol in zijn vaccinatiecampagne. Deze kwam pas laat op gang en op 16 september 2021 is slechts een vaccinatiegraad van 35,7% behaald.<sup>66</sup> Alle EU-landen krijgen in principe hetzelfde aantal vaccins geleverd, omgerekend naar inwonertal. Toch verschilt het tempo van het vaccineren behoorlijk. Zo heeft Malta op 16 september 2021 al 188,31 vaccins per 100 inwoners gezet. Dit in vergelijking met 34,68 vaccins per 100 inwoners in Bulgarije. In vergelijking met de rest van Europa doet Nederland het op dit gebied beter dan gemiddeld en staat met 133,14 vaccins per 100 inwoners op de achtste plek.<sup>67</sup>

### 3.6 Agenda voor de toekomst

Zoals in iedere crisis gaan er zaken mis. Nederland lijkt in vergelijking met andere landen een gemiddelde prestatie te hebben geleverd in de bestrijding van de coronacrisis, waarbij de economische prestaties wellicht hoger scoren dan de volksgezondheidskant. Zoals eerder gezegd, is terugkijken met de kennis van nu makkelijk, maar tegelijkertijd moeten we juist van deze kennis profiteren.

<sup>62</sup> Financial Times, First to close — first to reopen: Denmark's gain from virus response, beschikbaar via: <https://www.ft.com/content/ca2f127e-698a-4274-917f-cbe2231a08d7>

<sup>63</sup> Our World in Data, Policy Responses to the Coronavirus Pandemic, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://ourworldindata.org/policy-responses-COVID>

<sup>64</sup> Nature human behaviour, Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions, beschikbaar via: <https://www.nature.com/articles/s41562-020-01009-0>

<sup>65</sup> The Lancet, The Swedish COVID-19 strategy revisited, beschikbaar via: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00885-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00885-0/fulltext)

<sup>66</sup> Our World in Data, Coronavirus (COVID-19) Vaccinations, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Statistics and Research - Our World in Data

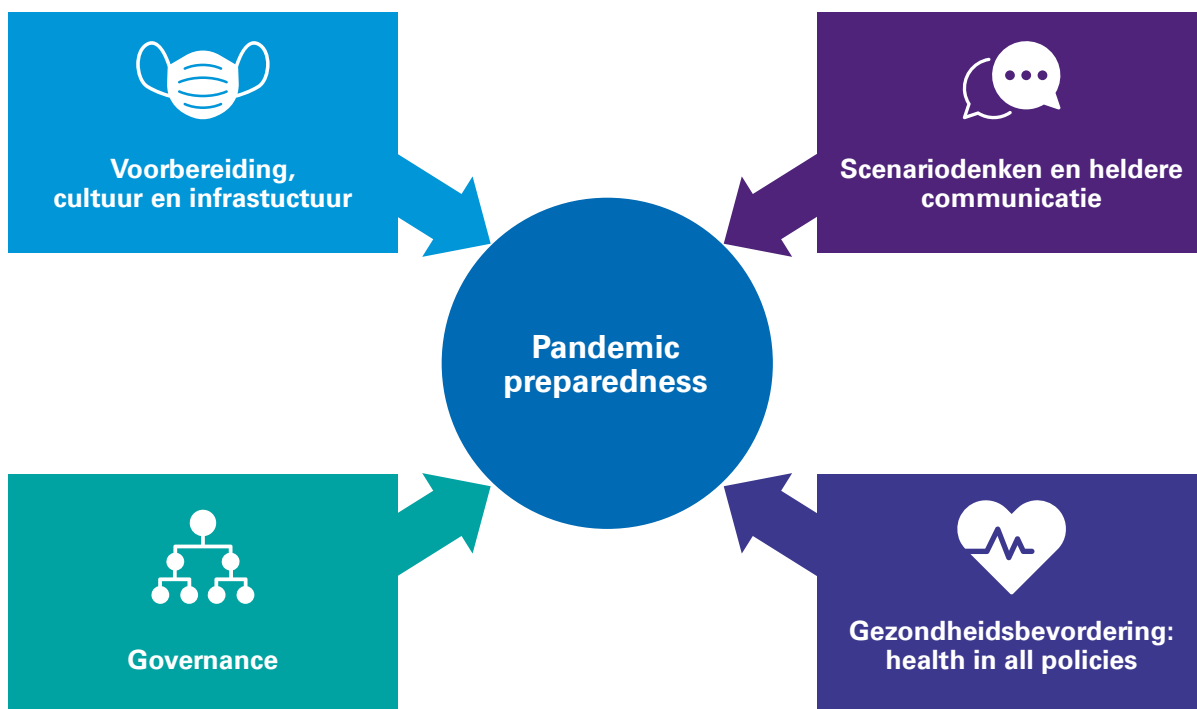
<sup>67</sup> de Volkskrant, Hoe gaat het met vaccineren in Nederland en wereldwijd? De belangrijkste grafieken op een rij, geraadpleegd op 16 september 2021, beschikbaar via: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/hoe-gaat-het-met-vaccineren-in-nederland-en-wereldwijd-de-belangrijkste-grafieken-op-een-rij~b7109a05/>

# 4. Toekomstagenda voor pandemic preparedness

In dit hoofdstuk beschrijven we de toekomstagenda van een beter (publiek) gezondheidszorgstelsel in Nederland dat moet leiden tot een hogere pandemic preparedness. We beschrijven dit aan de hand van vier onderwerpen:

1. Voorbereiding, cultuur en infrastructuur
2. Scenariodenken en heldere communicatie
3. Governance
4. Gezondheidsbevordering: health in all policies

**Figuur 4** Bouwstenen pandemic preparedness



## 4.1 Voorbereiding, cultuur en infrastructuur

De kans lijkt groot dat nieuwe, soortgelijke virussen als SARS-CoV-2 nieuwe pandemieën in Nederland veroorzaken. Door een forse toename in het internationale reisgedrag in de laatste dertig jaar kunnen virussen zich sneller en vaker verspreiden. Ook zijn de wereldwijde verstedelijking, de bevolkingsgroei, toename in voedselproductie en veehouderij factoren die het risico op nieuwe pandemieën

vergroten. De WHO en EDHC propageren al langer 'pandemic preparedness'<sup>68</sup> en hebben daar ook raamwerken en draaiboeken voor ontwikkeld, die inmiddels gevoegelijk bekend zijn bij velen. Op basis van deze aanbevelingen en de Nederlandse context hebben we de belangrijkste zaken op een rij gezet waarmee we ons beter kunnen voorbereiden.

<sup>68</sup> WHO, Pandemic preparedness, beschikbaar via: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/pandemic-influenza/pandemic-preparedness>



## Ziekenhuiscapaciteit

Niet eerder hebben zo velen van ons dagelijks de ziekenhuisbezetting tot zich genomen. Tijdens de piek van de pandemie waren zo'n 3.000 COVID-19-patiënten opgenomen, van wie zo'n 850 op de IC. Dit soort aantallen aanvullende patiënten leidt tot verdringing van de reguliere zorg. Ook leidden golven meermaals tot het risico van de zogenaamde code zwart, hetgeen voor iedere betrokkene (patiënten, de professionals, de bevolking, beleidsmakers) leidt tot angstige situaties. Alle reden dus om nog eens goed te kijken naar de ziekenhuiscapaciteit en specifiek ook de IC-capaciteit.

Op basis van de ervaring met de pandemie en de specifieke tekorten aan (IC-)bedden lijkt het logisch om meer ziekenhuisbedden beschikbaar te willen hebben. Tegelijkertijd hebben we ook gezien hoe moeilijk het is om bijvoorbeeld IC-capaciteit op te schalen, simpelweg omdat het personeel niet beschikbaar is en als het wel beschikbaar is opgeleid moet worden.<sup>69</sup>

De grootste innovatie in de opschaling van de capaciteit werd zichtbaar door ziekenhuisverplaatste zorg, waardoor huisartsen, thuiszorg, verpleeg- en verzorgingstehuizen een groot deel van de behandeling voor hun rekening namen en zo capaciteit vrijspeelden in het ziekenhuis.<sup>70,71</sup> Een andere innovatie is de actieve sturing op spreiding van COVID-19-zorg door het LCPS. Alleen al in de tweede golf zijn er meer dan 3.500 patiënten verplaatst en is schaarse capaciteit beter verdeeld.<sup>72</sup> Waarschijnlijk hadden zelfstandige klinieken een nog grotere bijdrage kunnen leveren in het overnemen van electieve zorg, indien actiever zorg verplaatst was en daarmee het stuwmeer aan reguliere zorg kunnen verminderd werd.<sup>73,74</sup>

Door het fenomeen van exponentiële groei is 'opschalen' een beperkt begrip en zijn lockdowns het enige middel om ziekenhuizen niet te laten overstromen. Daarom lijkt het duurzaam creëren van (significante) overcapaciteit van IC's of ziekenhuisbedden minder zinvol. Paradoxaal genoeg hadden – ten gevolge van het sturen op ziekenhuisbezetting – meer beschikbare IC-bedden waarschijnlijk tot meer gezondheidsschade geleid.

Om de volgende keer beter klaar te zijn voor een pandemie is een structurele functie van het LCPS in de landelijke spreiding in geval van een pandemie of andere gezondheids crisis van belang. Verder is het onzes inziens zinvol de wet- en regelgeving aan te passen om het mogelijk te maken om (tijdelijk) ook bekwame, maar onbevoegde verpleegkundigen/zorgprofessionals te laten werken op bijvoorbeeld IC's, zodat bij vereiste opschalingen meer mogelijk is. Tevens dienen beademings- en andere cruciale apparatuur in grotere aantallen op voorraad te liggen.

## Surveillance

Een van de manieren om grip te houden op de virologische ontwikkelingen/micro-organismeontwikkelingen en wellicht bij een volgende (dreigende) pandemie sneller te kunnen ingrijpen is het uitbreiden van het huidige surveillancenetwerk. Dit functioneert als peilstation voor de landelijke surveillance van infectieziekten. Dit alleen in Nederland doen is van weinig toegevoegde waarde, zo laten de verschillende varianten van het COVID-19-virus zien. Dit moet een wereldwijd netwerk zijn, gebaseerd op het reeds bestaande WHO-netwerk. Dit netwerk verder uitbreiden en adequaat bekostigen lijkt een voorwaarde om bij toekomstige pandemieën snel te kunnen handelen, alhoewel het gezegd moet worden dat de genetische code van het SARS-CoV-2-virus reeds op 12 januari 2020 gedeeld is door China met de WHO, hetgeen onzes inziens snel is en dus laat zien dat de ruimte voor optimalisatie wellicht beperkt is.<sup>75</sup>

<sup>69</sup> Het Parool, Ziekenhuizen: Afgesproken aantal IC-bedden lijkt onhaalbaar, beschikbaar via: <https://www.parool.nl/nederland/ziekenhuizen-afgesproken-aantal-ic-bedden-lijkt-onhaalbaar~be0fecfe/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>

<sup>70</sup> LHV, Praktische tips voor in de huisartsenpraktijk tijdens COVID-19, beschikbaar via: <https://www.lhv.nl/product/praktische-tips-voor-in-de-huisartsenpraktijk-tijdens-covid-19/>

<sup>71</sup> NOS, Amsterdamse huisartsen nemen deel coronazorg ziekenhuizen over, beschikbaar via: <https://nos.nl/artikel/2355804-amsterdamse-huisartsen-nemen-deel-coronazorg-ziekenhuizen-over>

<sup>72</sup> LCPS, Patiëntenspreiding op basis van bezetting, beschikbaar via: <https://lcps.nu/patientverplaatsingen/>

<sup>73</sup> KPMG, Oude Structuren, Nieuwe Contouren, beschikbaar via: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/nl/pdf/2021/sectoren/oude-structuren-nieuwe-contouren-health-check.pdf>

<sup>74</sup> Zorgvisie, IGJ geeft zelfstandige klinieken pluin voor hoe ze in coronatijd ziekenhuiszorg overnemen, beschikbaar via: <https://www.zorgvisie.nl/igj-geeft-zelfstandige-klinieken-pluin-voor-hoe-ze-in-coronatijd-ziekenhuiszorg-overnemen/>

<sup>75</sup> WHO, Archived: WHO Timeline – COVID-19, beschikbaar via: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline-covid-19>

## Geen Nederlands exceptionalisme: 'plan for the worst, hope for the best'

Helaas heeft deze pandemie uitgewezen dat het vaak tegenzit bij het bestrijden van een pandemie. Het meest sprekende voorbeeld is wellicht de aanloop naar de tweede golf in de zomer van 2020, waar beleidsmakers te lang niet ingrepen, met als gevolg hoge besmettingscijfers tot diep in 2021. Het ligt wellicht niet in de menselijke aard om rekening te houden met negatieve scenario's en ook een land moet wellicht eerst – net zoals het mensen zelf betreft – het negatieve scenario beleven, voordat lessen worden geleerd, ondanks ervaringen in het buitenland en waarschuwingen van experts buiten het OMT.

Ook binnen het RIVM en OMT is bij een aantal grote beslissingen gekozen voor een 'optimistisch' scenario, of anders gezegd niet het voorzorgsprincipe toegepast, vaak tegen de dan geldende wetenschappelijke consensus in. De meest in het oog springende adviezen zijn daarbij de initiële keuze voor groepsimmunitet/mitigatie (terwijl de WHO adviseerde in te dammen), een krap testbeleid (terwijl de WHO adviseerde 'test, test, test') en de langzame invoering van mondkapjes waarover in Nederland een slepend debat gevoerd is, terwijl het RIVM/OMT ook simpelweg een FP1-mondneusmasker had kunnen adviseren waarbij er geen twijfel over de effectiviteit was en de tekorten snel verdampen in de loop van 2020 na grote bestellingen door Nederland. Het meest recente voorbeeld zijn de versoepelingen van 30 juni, waarbij in plaats van gradueel te versoepelen voor een 'big bang' is gekozen met een te snelle stijging van het aantal besmettingen tot gevolg, waardoor een deel van de bevolking besmet raakte voordat zij de kans had gehad zich (volledig) te laten vaccineren. Alhoewel het aantal ziekenhuisopnames wellicht enigszins zal meevallen, zal een aanzienlijk deel van de jongeren (mogelijk blijvende) ziekte last ondervinden van long COVID. Noors prospectief onderzoek laat zien dat zes maanden na milde COVID-19 (dus zonder ziekenhuisopname) 52% van de jongeren tussen 16-30 jaar oud persisterende klachten heeft variërend van: reuk- en smaakverlies (28%), vermoeidheid (21%), benauwdheid (13%) tot moeite met concentreren (13%) en geheugenproblemen (13%).<sup>76</sup> Het RIVM ziet ook in de Nederlandse populatie persisterende long COVID-klachten.

Niet alleen bij jongeren, maar juist ook in de leeftijdsgroep van 40-69 jaar heeft 39-41% nog klachten.<sup>77</sup> In welke mate deze klachten op termijn alsnog verbeteren is onduidelijk, maar indien dit niet of maar beperkt het geval zal zijn, is deze impact mogelijk in te geringe mate meegewogen in de Nederlandse coronastrategie die eruit bestond het virus gecontroleerd rond te laten gaan. Anderzijds was de druk gedurende de hele crisis vanuit samenleving en (delen van de) Tweede Kamer groot om waar het kon te versoepelen, en in die zin heeft het kabinet deze wens die ook in de samenleving heerste juist laten meewegen, alhoewel misschien te veel kijkend naar de uiteindelijke uitkomsten.

Voor elk van de voorbeelden zijn nuanceringen en kanttekeningen te plaatsen. Zo heeft het kabinet in sommige gevallen juist wel (met succes) het voorzorgsprincipe gehanteerd, bijvoorbeeld bij de invoering van de avondklok in januari 2021 vooruitlopend op de opkomst van de alfa (Britse) variant. Desalniettemin is er onzes inziens een groot aantal voorbeelden van situaties waarin de attitude 'plan for the worst, hope for the best' niet is toegepast, met nadelige gevolgen. In een volgende pandemie of soortgelijke crisis zou het goed zijn om deze attitude wel te hanteren.

## Productie in EU en voorraadbeheer

Tijdens de start van de pandemie werd goed zichtbaar hoe zeer we afhankelijk zijn geworden van het buitenland en dan met name China en India voor tamelijk 'simpele' producten zoals mondkapjes en generieke medicijnen. Tegelijkertijd laat de pandemie zien hoe wendbaar de markt is (een matrassenfabrikant die ineens mondkapjes produceert) en dat na enkele maanden schaarste de overvloed terugkeert, maar wel pas nadat bijvoorbeeld zorgverleners onbeschermd hun werk hebben moeten doen. Het lijkt een illusie en economisch ondoelmatig om alle productie in Nederland te willen of kunnen hebben. Wel is het raadzaam om een inventarisatie te maken van wat essentiële producten en technologieën zijn die we sowieso binnen de grenzen van de EU willen produceren en in welke mate we in staat zijn op te schalen indien nodig. Het standaard afnemen van een deel van de producten binnen de EU in 'vredestijd' kan vervolgens leveringszekerheid bieden in crisistijd.

Het lijkt ons raadzaam dit te organiseren en de eventuele (beperkte) kostenstijging voor lief te nemen en te beschouwen als een verzekeringspremie naar de toekomst, alhoewel een volgende pandemie (of andere crisis) ongetwijfeld weer anders van aard zal zijn en dus ook mogelijk onvoorspelbare vragen naar producten oplevert. Zo hoorden we laatst iemand gekscherend zeggen dat de volgende pandemie zomaar een gastro-intestinaal virus kan zijn en dat in dat geval wc-rollen inderdaad van essentieel belang kunnen zijn. Dit voorbeeld illustreert dat ook met goede voorbereiding de werkelijkheid voor verrassingen kan (zal) zorgen en dat scenariodenken (zie verder) van groot belang is.

Naast productie in de EU kan op Nederlands niveau ook werk gemaakt worden van een andere wijze van inkoop van bijvoorbeeld medicatie en/of medische hulp- en beschermingsmiddelen om zo een permanente voorraad beschikbaar te hebben. Te denken valt aan het (in aangepaste vorm) continueren van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) en het periodiek belevaren van zorginstellingen vanuit een centraal magazijn. Door deze wijze van inkoop en distributie kan een voorraad worden aangehouden, zonder dat producten over de houdbaarheidsdatum gaan.

<sup>76</sup> Nature Medicine, Long COVID in a prospective cohort of home-isolated patients, beschikbaar via: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01433-3>

<sup>77</sup> RIVM, Long COVID ook na milde corona: tussentijdse resultaten, beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/nieuws/long-covid-ook-na-milde-corona-tussentijdse-resultaten>

## R&D

Leve de wetenschap! Het is meermaals uitgeroepen na het toegediend krijgen van een vaccin. De snelheid en effectiviteit waarmee de vaccins zijn ontwikkeld door de farmaceutische industrie zijn ongekend. De nieuwe mRNA-technologie is veelbelovend, ook voor andere toepassingsgebieden, en kan mogelijk op lange termijn de wereldbevolking van nog veel meer ziektelast bevrijden. Waar een maand lockdown de Nederlandse samenleving zo'n EUR 4 miljard kost, heeft de totale hoeveelheid gezette vaccins straks wellicht minder dan EUR 1-2 miljard gekost. Een enorm kosteneffectieve oplossing dus ook.

De snelheid van de ontwikkeling van vaccins (met name de vectorvaccins) is deels te danken aan reeds bestaande onderzoeklijnen die gebruikt konden worden. Daarnaast is het parallel uitvoeren van onderzoeksfases een heel belangrijke voorwaarde voor succes gebleken zoals onderstaande figuren laten zien.

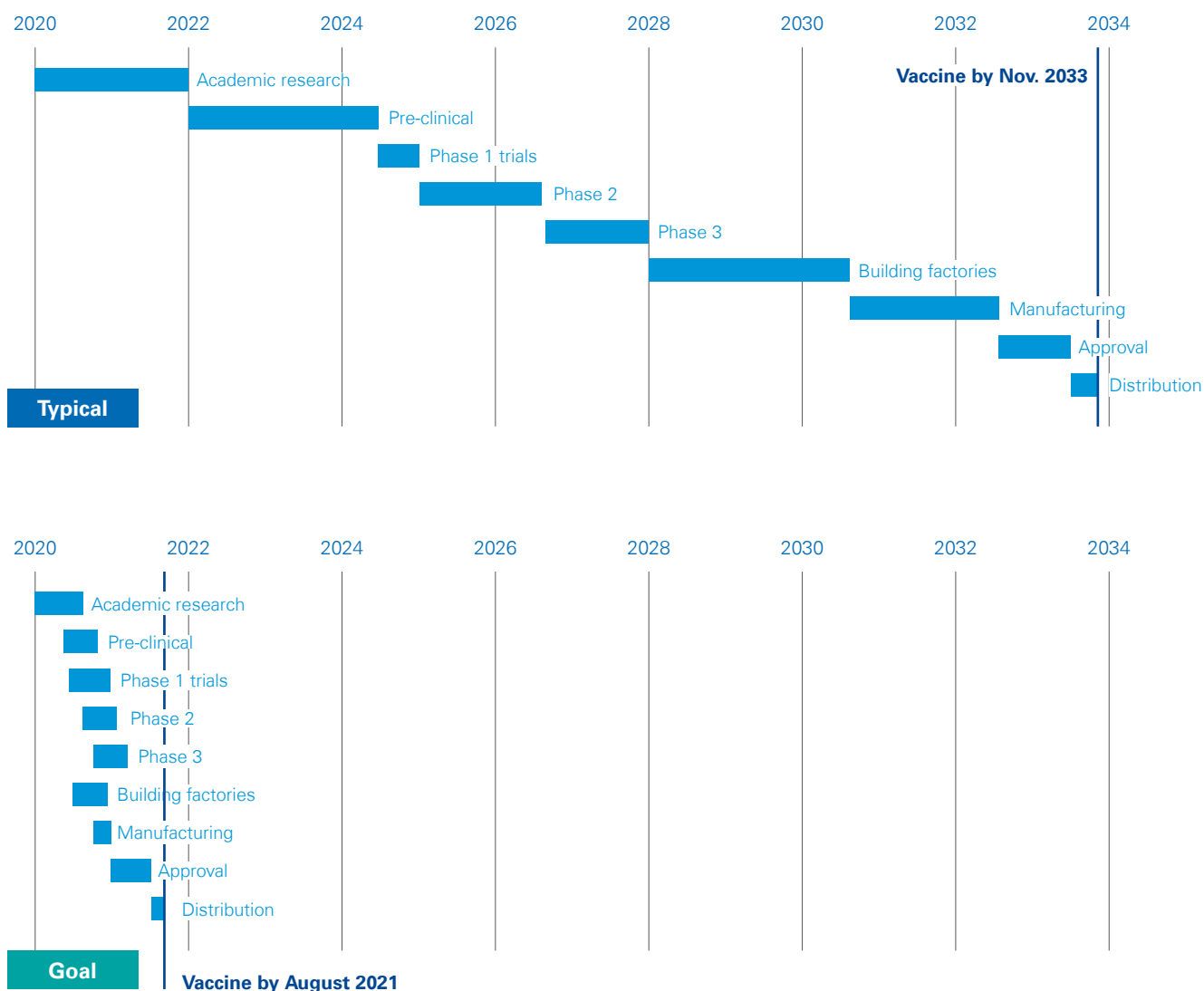
De logische weg voorwaarts is om veel actiever dan we nu doen 'oude' vaccinlijnen actief te houden en de mRNA-technologie breder in te zetten. De vraag is of de markt dit automatisch vormgeeft, of dat overheden actief met de farmaceutische industrieën in gesprek moeten om (op korte termijn) 'onrendabele' vaccinlijnen actief te houden om zo snel te kunnen ontwikkelen in tijden van pandemie.

Alhoewel dit een complex veld is dat nadere analyse behoeft, lijkt het er deels op dat we ook een forse dosis geluk hebben gehad met zulke snelle en effectieve vaccins en lijkt meer actieve overheidsbetrokkenheid wenselijk.

Tevens laat COVID-19 zien dat procedures versneld kunnen worden zonder op veiligheid in te boeten. Tevens laat COVID-19 zien dat het wenselijk lijkt om te bezien in welke mate ook toelatingsprocedures van 'reguliere' medicatie versneld kunnen worden, zonder in te leveren op de kwaliteit van de beoordeling.

**Figuur 5** De versnelling in ontwikkeling van vaccins

(Bron: *Opinion | How Long Will a Vaccine Really Take? The New York Times (nytimes.com)*, by Stuart A. Thompson)





## EU-samenwerking

Nederland zou baat hebben gehad bij het internationaal coördineren van maatregelen. Toen Nederland koos voor een lockdown, konden mensen alsnog naar terrasjes in België en Duitsland. En andersom: toen Nederland het virus onder controle had, kwamen inwoners van buurlanden juist naar Nederland. Dit maakt het voor Nederland (en de andere landen) lastig om het virus onder controle te houden. Beter was geweest als de EU-landen tegelijk de grenzen sloten (en openden). Bij toekomstige pandemieën zou je idealiter afgestemd beleid zien tussen de EU-landen, of op zijn minst tussen bijvoorbeeld Nederland, België en Duitsland, zoals ook *The Economist* reeds vroeg in de pandemie beschreef.<sup>78</sup>

## 4.2 Scenariodenken en helder communiceren

Meer dan eens zijn we in deze pandemie verrast door het virus. Bij de start van de pandemie, toen er eigenlijk geen draaiboek klaarlag of kort na de start van de pandemie toen uitgebreid testen en mondkapjes wel degelijk zinvol bleken. En, toen niet AstraZeneca maar Biontech/Pfizer als eerste vaccin op de markt kwam en de vaccindistributiestrategie op de schop moest. Ook moest de Gezondheidsraad gedurende de vaccinatiecampagne meermaals met bijstellingen komen, bijvoorbeeld door AstraZeneca alleen voor 60-plussers in te zetten. Alhoewel voor Haagse/Bilthovense begrippen vaak een ongekend snelle reactie werd ingezet, bleek het virus toch vaak te snel en was de communicatie soms ongelukkig.<sup>79</sup> Daarnaast bleek de Gezondheidsraad meer tijd nodig te hebben dan wenselijk was in de pandemie, bijvoorbeeld in de adviezen over de inzet van AstraZeneca.<sup>80</sup> Meer dan eens klonk in Nederland het adagium dat 'zorgvuldigheid boven snelheid' ging, bijvoorbeeld bij de voorbereiding van de vaccinatiecampagne.<sup>81</sup> Dat snelheid als zodanig in de werkelijkheid juist een onderdeel is van zorgvuldigheid (immers, iedere week vertraging leidt tot gezondheidsschade) werd daarmee genegeerd en daarmee werd een schijntegenstelling gecreëerd. Meer dan tijdens deze pandemie dient snelheid 'as such' een kwaliteitskenmerk te worden in het beoordelen en uitvoeren van werkzaamheden.

Nu zal iedere bestrijding van een crisis of pandemie niet vlekkeloos verlopen, maar een voorbereiding in vreedstijdt helpt ontegenzeggelijk. Dit houdt in het opstellen en bijhouden van draaiboeken, het oefenen met ketenpartners zodat partijen (en personen) elkaar kennen. En daarnaast is het verankeren van scenariodenken bij beleidsmakers cruciaal. Het denken in scenario's en ernaar handelen kost extra capaciteit en is daarmee ook in enige mate inefficiënt, maar zorgt wel voor wendbaarheid. Een voorbeeld van een mogelijke toepassing van scenariodenken in deze pandemie zou bijvoorbeeld kunnen zijn het opstellen van een scenario met snelle beschikbaarheid van effectieve vaccins. Waren we dan wellicht wel overgegaan op een indambeleid? Of, bij de vaccinatiestrategie en distributie had zowel het scenario van AstraZeneca als een scenario met een of twee andere vaccins kunnen worden voorbereid om onnodige vertragingen te voorkomen.

In iedere crisis is communicatie belangrijk en in deze rapportage doen we geen uitgebreide analyse van de gevoerde communicatie en mogelijke optimalisering daarvan. Eén punt dat in de bredere evaluaties zoals de waarschijnlijke parlementaire enquête niet mag ontbreken is het (bewuste) gebrek aan klare taal rondom de Nederlandse beleidsdoelen, specifiek het vertoonde woordenspel met termen als groepsimmunitet, maximaal controleren, mitigeren en indammen door kabinet, RIVM en OMT. Alhoewel het in de politieke arena begrijpelijk is om beleidsruimte te willen behouden en daarmee scherpte in taalgebruik niet per se gewenst is, denken we dat het de kwaliteit van het democratisch debat en daarmee beleidsvorming zeer ten goede zou komen als bij een eventuele volgende pandemie heldere (internationaal wetenschappelijk geaccepteerde) termen gehanteerd zouden worden voor de beleidsdoelstelling, namelijk: mitigeren (ook wel controleren genoemd), indammen (ook wel containment, uitdoven of eliminatie of genoemd) of eradicatie.<sup>82</sup>

<sup>78</sup> *The Economist*, Could travel bubbles offer a route to economic recovery?, beschikbaar via: <https://www.economist.com/finance-and-economics/2020/05/14/could-travel-bubbles-offer-a-route-to-economic-recovery>

<sup>79</sup> Algemeen Dagblad, RIVM-vaccinatiebaas: 'Miljoenen doses AstraZeneca die na half mei komen, zijn niet meer nodig', beschikbaar via: <https://www.ad.nl/binnenland/rivm-vaccinatiebaas-miljoenen-doses-astrazeneca-die-na-half-mei-komen-zijn-niet-meer-nodig-a03948a0/>

<sup>80</sup> Het Parool, Vijftigers in de wacht: gezondheidsraad talmt met advies over AstraZeneca, beschikbaar via: <https://www.parool.nl/nederland/vijftigers-in-de-wacht-gezondheidsraad-talmt-met-advies-over-astrazeneca-be113f0c/>

<sup>81</sup> Trouw, Inenten: Voor De Jonge gaat zorgvuldigheid boven snelheid, beschikbaar via: <https://www.trouw.nl/binnenland/inenten-voor-de-jonge-gaat-zorgvuldigheid-boven-snelheid-baf28e8c/>

<sup>82</sup> KPMG en VU, De tweede golf dat zijn wij, beschikbaar via: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/nl/pdf/2020/services/de-tweede-corona-golf-dat-zijn-wij.pdf>

### 4.3 Governance

Het zorglandschap (publiek en curatief) en de regie daarop is in Nederland meer regionaal dan centraal vormgegeven. Dat kan in crisistijd een nadeel zijn op zowel de lijn van regie/ besluitvorming (command and control) als in operationele afstemming via ondersteunende processen en systemen. Deze governance is uitvoerig op de proef gesteld, hieronder gaan we in op een aantal aspecten hiervan.

#### VWS, RIVM, GGD GHOR NL en GGD'en

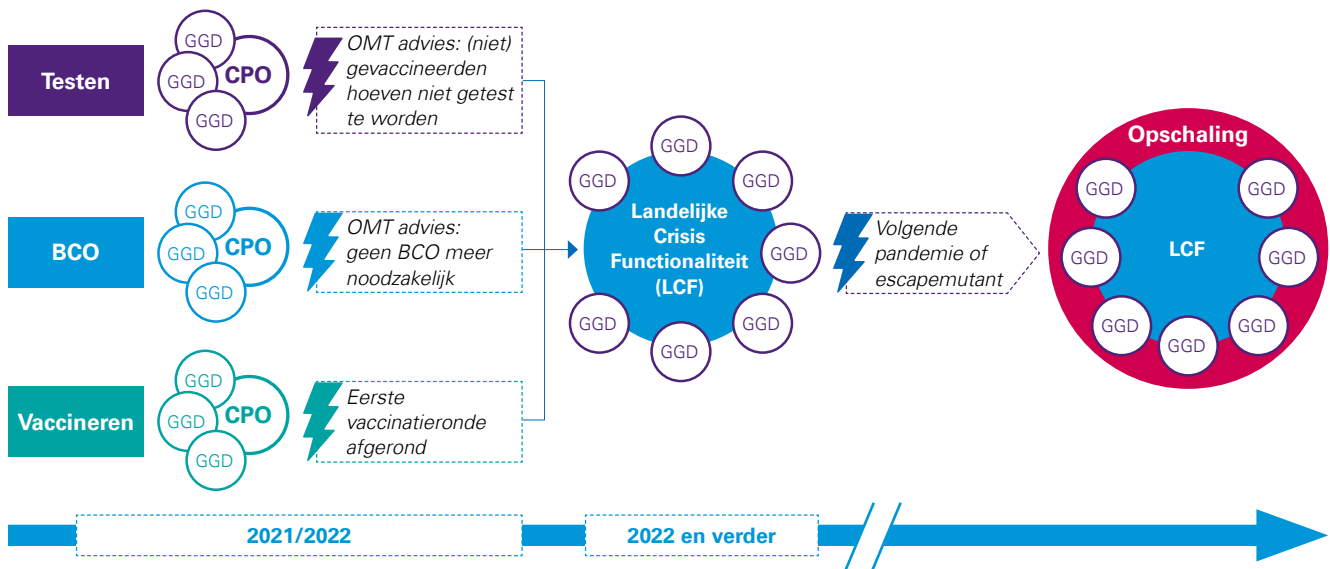
Zeker aan het begin van de pandemie was de samenwerking tussen VWS, RIVM, GGD GHOR Nederland en GGD'en moeizaam. Het meest in het oog springende voorbeeld betreft de lange wachttijden voor de teststraten in het najaar van 2020. VWS en RIVM stelden het nieuwe testbeleid op, informeerden de GGD'en relatief laat en ook de inkoop van testcapaciteit door VWS was te laag, mede ten gevolge van OMT-advisering om primair gebruik te maken van de ziekenhuislaboratoriumcapaciteit.<sup>83</sup> Gedurende de pandemie raakten partijen meer op elkaar ingespeeld en kwamen er betere overlegstructuren én kreeg men door betere data en ervaringen relatief meer grip op het virus.

Tevens is gedurende de pandemie meermaals het gebrek aan de mogelijkheden tot het voeren van regie benoemd. In NRC<sup>84</sup> verzucht de minister van VWS dat hij met zo veel partijen moet samenwerken en dat het voor VWS onmogelijk is om iedereen te laten doen wat nodig is. Tegelijkertijd is deze opmerking moeilijk te plaatsen, aangezien de wettelijke bevoegdheden van het departement bij een

A-ziekte zeer groot zijn, inclusief het verregaand voeren van de regie.<sup>85</sup> Soms leek het gedurende de pandemie alsof het departement enerzijds de bestaande bestuurlijke structuren in stand wilde houden, anderzijds de regie wilde voeren, en op weer een ander moment het ook prettig vond niet over alles de regie daadwerkelijk te voeren, omdat dit lokaal beter kon. Een goede (juridische) analyse naar welke instrumenten de status A-ziekte biedt en het waar nodig verduidelijken van deze instrumenten lijkt een belangrijke stap in het verder trekken van lessen uit deze pandemie.

Om de verbeterde samenwerking tussen ketenpartijen vast te houden denken wij dat een permanente crisisorganisatie die de samenwerking, IT en datadeling tussen VWS, RIVM en GGD'en bevordert wenselijk is. Conform de suggestie van GGD GHOR Nederland kan men denken aan een (slapende) crisisorganisatie die huist bij het RIVM en de interface vormt naar alle GGD'en en waar kennis over testen, BCO en vaccineren samenkomt.<sup>86</sup> De kennis die zich op dit moment met name bij de lokale GGD'en, de COVID-19-directies van VWS en de Corona Programma Organisatie (CPO) van GGD GHOR Nederland bevindt zou daar samen kunnen komen, zodra de huidige pandemie (hopelijk vanaf voorjaar 2022) in rustiger vaarwater komt. Deze organisatie met werktitel 'Landelijke Crisis Functionaliteit (LCF)' zou dan de opschaling kunnen verzorgen bij een onverhoopte escapemutant of volgende pandemie.

**Figuur 6** Schematische weergave hoe bestaande kennis geborgd kan worden in een op te richten landelijke crisisfunctionaliteit



<sup>83</sup> Het Verweij Jonker Instituut heeft recent een diepgravende analyse gedaan op de onderliggende problematiek en oplossingsrichtingen. Rapportage beschikbaar via: [https://www.verweij-jonker.nl/wp-content/uploads/2021/06/321080\\_Versterking\\_van\\_de\\_publieke\\_gezondheid\\_WEB.pdf](https://www.verweij-jonker.nl/wp-content/uploads/2021/06/321080_Versterking_van_de_publieke_gezondheid_WEB.pdf)

<sup>84</sup> NRC, We hebben de hele crisis moeten improviseren, beschikbaar via: <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/11/27/we-hebben-de-hele-crisis-moeten-improviseren-2-a4021765>

<sup>85</sup> Nauta Dutilh, Publieksrecht: De bevoegdheden van de overheid en overheidsinstanties, beschikbaar via: <https://www.nautadutilh.com/nl/coronavirus/publiek-recht-de-bevoegdheden-van-de-overheid-en-overheidsinstanties>

<sup>86</sup> GGD GHOR Nederland, Position paper governance crisis organisatie, beschikbaar hier: <https://ggdghor.nl/wp-content/uploads/2021/06/Position-paper-governance-gezondheids crisis.pdf>





### Wie neemt welke regie?

Er zijn op regionaal niveau diverse overlegtafels, gremia en organisaties. Deze verschillen in samenstelling per regio en staan bovendien los van de vele samenwerkingsverbanden die er op regionaal en bovenregionaal niveau zijn vormgegeven. Bijvoorbeeld gericht op het organiseren van uitwisseling van informatie of coördineren van (transmurale) zorg: *'wie doet wat'*.

Ook zijn er in diverse regio's aanpassingen nodig geweest in de structuur van regionale samenwerking. Zoals een interregionaal beleidsteam tussen meerdere veiligheidsregio's, een Regionaal Overleg Niet Acute Zorg (RONAZ) naast een crisis-ROAZ, de veiligheidsregio's en een regionaal crisisteam zorg en een bestuurlijk overleg Care.<sup>87</sup>

Alle overleggen, gremia en organisaties hebben hun eigen taak wat leidt tot een versnippering van de regiefunctie op het geheel. Het verdient de aanbeveling duidelijk te maken hoe de taakverdeling is belegd, waar welke coördinatiefunctie is ondergebracht en hoe het zicht op het totaal optimaal kan worden bewaakt. Anderzijds zijn er nu eenmaal verschillende taken en is een frictieloze samenwerking tussen alle benodigde partijen waarschijnlijk een illusie.

### OMT

Het OMT is met afstand het meest invloedrijke orgaan geweest in de pandemiebestrijding. Door deze wijze van werken wist het kabinet zich verzekerd van een solide wetenschappelijke basis van zijn besluiten, alhoewel meer dan eens is gebleken dat besluiten in een pandemie met slechts 50% van de kennis moeten worden genomen en dat dus ook de wetenschap niet over alle antwoorden beschikt. Desalniettemin is de opzet met een zwaar adviesorgaan voor een crisis zoals deze een passende en ook veel voorkomende opzet, ook in andere landen. Gedurende de crisis is het OMT in een kwetsbare positie gekomen, omdat een deel van zijn leden ook een direct belang had bij de advisering rondom de testcapaciteit richting ziekenhuislaboratoria in plaats van andere laboratoria. Op basis van onder andere de reconstructie van het NRC en Follow The Money lijkt dit directe belang ook een (belangrijke) rol te hebben gespeeld in de keuze voor de ziekenhuislaboratoria en de daaruit volgende tekorten aan tests.<sup>88,89</sup> Alhoewel ook deze casus zorgvuldige analyse behoeft, zou het goed zijn om hier lering

uit te trekken en nader te bezien hoe de onafhankelijkheid in het OMT verder gewaarborgd kan worden.

Verder is het zo dat binnen de EU de verschillende OMT's hun regeringen anders adviseerden. Kijkend naar de resultaten van de pandemiebestrijding en de gegeven adviezen lijken met name de Deense, Finse en Noorse regering optimale adviezen gekregen te hebben. Het zou onzes inziens de moeite waard zijn om te onderzoeken in welke mate ook buitenlandse deskundigen betrokken kunnen worden in de OMT-advisering. Het voordeel hiervan kan zijn het inbrengen van tegengeluid, om zogenaamde 'group think' (een fenomeen dat in iedere groep op de loer ligt) zo veel mogelijk te voorkomen en onafhankelijkheid te borgen.

Tot slot behoeft het samenspel tussen VWS en het RIVM/ OMT aandacht. Begrijpelijkerwijs is het departement afhankelijk van de OMT-adviezen. Idealiter zou er binnen het departement nog meer (gelijkwaardige) expertise aanwezig zijn, om zo nog beter de afwegingen van het OMT ook eigenstandig te kunnen wegen. In Engeland en Scandinavië is de Chief Medical Officer van het departement de hoogste medische woordvoerder. Ook in Nederland zou een dergelijke rol kunnen helpen om vanuit duidelijke deskundigheid en vaardigheid het centrale beleid met autoriteit uit te dragen.

### 4.4 Gezondheidsbevordering: Health in all policies

Als de pandemie iets duidelijk heeft gemaakt, is het dat leefstijl en iemands sociaaleconomische achtergrond een grote rol hebben in het risico op gezondheidsschade. Daarnaast legt de crisis kwetsbaarheden van onze samenleving bloot die al veel langer spelen. Denk aan ongelijke kansen in het onderwijs, onzekerheden op de arbeidsmarkt en knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg en het sociaal domein. Maatschappelijke ongelijkheid, beperkte kansen om mee te doen in de samenleving en pessimisme over de toekomst kunnen een wissel trekken op het vertrouwen van mensen in elkaar en in instituties.

<sup>87</sup> IFV, COVID-19: Directeuren Publieke Gezondheid en GHOR over zorgcontinuïteit, beschikbaar via: <https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/20200605-IFV-rapport-DPG-en-GHOR-over-zorgcontinuïteit.pdf>

<sup>88</sup> NRC, Hoe Nederland de controle verloor, beschikbaar via: <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/06/19/hoenederland-reageerde-op-het-nieuwe-virus-uit-china-van-niks-aan-de-hand-tot-blinde-paniek-a4003075>

<sup>89</sup> Follow The Money, Hoe 'testen, testen, testen' stukliep op een muur van eigenbelang, beschikbaar via: <https://www.ftm.nl/artikelen/coronatesten-belangen-arts-microbiologen>

Om de kwetsbaarheid van Nederland te reduceren is het van belang om groot in te zetten op gezondheidsbevordering. Het stimuleren van een gezonde leefstijl vraagt om integrale preventie die zich niet alleen richt op afzonderlijke leefstijlfactoren, maar ook op de sociale en fysieke leefomgeving. Tegelijkertijd weet iedereen die werkzaam is in het vak van gezondheidsbevordering dat de hoeksteen daarvan, namelijk gedragsverandering bij burgers, moeizaam te bewerkstelligen is. Hiertoe kunnen maatregelen worden getroffen die burgers uitnodigen gezonde keuzes te maken (bijvoorbeeld door de invoering van suikertaks<sup>90</sup>), meer te bewegen (bijvoorbeeld door meer snelle fietspaden voor elektrische fietsen, natuurgebieden en parken te ontwikkelen) én te ontmoeten en ontspannen (bijvoorbeeld door te investeren in bibliotheken, musea en podia). Dit draagt bij aan de vermindering van onder andere eenzaamheid en overgewicht en daaraan gerelateerde ziekten.

Een ontwikkeling die reeds is ingezet binnen het domein van de sociale en fysieke leefomgeving is het meewegen van gezondheidsbelangen in beleid bij stads- en gebiedsontwikkelingen (Health in all policies). Hiertoe is de eerste aanzet gedaan binnen de Nationale Omgevingsvisie<sup>91</sup>; deze wordt in 2022 bekrachtigd in de Omgevingswet.<sup>92</sup> Het merendeel van de gemeenten is momenteel bezig met het uitwerken van een regionale omgevingsvisie. Deze ontwikkeling zorgt voor een betere borging van gezondheid binnen de leefomgeving en draagt daarmee bij aan de gezondheidsbevordering van de burgers in de desbetreffende regio's.

Daarnaast is het noodzakelijk om in de komende jaren een aantal wetten te moderniseren om gezondheidsbevordering te stimuleren. Hiertoe dienen voornamelijk de verantwoordelijkheden van verschillende partijen (onder andere gemeenten, GGD'en, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders, etc.) ten aanzien van gezondheidsbevordering vastgelegd te worden. Momenteel is dit onvoldoende geborgd in onder andere de Wet publieke gezondheid, de Zorgverzekeringswet<sup>93</sup> en de Wet langdurige zorg, waardoor het ontbreekt aan eigenaarschap op dit thema. Het vastleggen van verantwoordelijkheden van deze partijen voorkomt nadere fragmentatie van preventie-initiatieven en stimuleert het ontwikkelen van een structureel preventie-ecosysteem.

### Voorbeelden van wetten die aanpassingen behoeven:

In de Wet Publieke Gezondheid (WPG) zijn de taken voor gemeenten op het gebied van gezondheidsbevordering niet concreet geformuleerd. En daarmee is ook niet duidelijk wie wat moet betalen.

Gemeenten hebben op grond van de huidige WPG de verantwoordelijkheid om gezondheidsbeschermende en -bevorderende maatregelen te nemen. In de wet ontbreekt het echter aan concrete taken ten aanzien van gezondheidsbevordering en wordt geen verband gelegd met het sociaal domein.

De huidige Zorgverzekeringswet (Zvw) heeft het karakter van een schadeverzekering. Daarom moet er bij een individuele verzekerde sprake zijn van (een vastgesteld verhoogd risico op) gezondheidsschade om geïndiceerde of zorggerelateerde preventie in te kunnen zetten. Dit maakt het voor individuele zorgverzekeraars ingewikkeld om bij te dragen aan collectieve preventie.

De GGD'en kunnen een sleutelrol vervullen bij het ontwikkelen van dit preventie-ecosysteem door als netwerkpartij te fungeren. Wat hier van belang is, is dat er een register komt van bewezen effectieve collectieve interventies om zo veel mogelijk effectiviteit van beleid te waarborgen, zoals recent bijvoorbeeld de interventie 'JOGG' succesvol gebleken is. Uit analyse van Rijksuniversiteit Groningen blijkt dat JOGG in staat is obesitas bij kinderen te verminderen. Tussen 2013 en 2018 ging in deelnemende gemeenten aan het JOGGprogramma het percentage te zware kinderen in de armere wijken omlaag van 32 naar 24%.<sup>94,95</sup> Mede op basis van dit soort informatie kan de GGD de regionale preventieinfrastructuur coördineren, waarbij regionale kennisuitwisseling (bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een regionaal (digitaal) platform of samenwerkingsomgeving) plaatsvindt over reeds bestaande of nieuwe preventie-initiatieven. Op deze wijze vindt er kruisbestuiving plaats tussen organisaties rondom preventie, worden de preventie-initiatieven op één plek gebundeld en wordt reeds aanwezige expertise in de regio optimaal benut. Daarnaast kan de GGD een rol spelen als matchmaker tussen vraag en aanbod in de regio op het gebied van preventie.

<sup>90</sup> RIVM, Suikertaks: een vergelijking tussen drie Europese landen: Kenmerken en effecten van een belasting op suikerhoudende dranken, met overwegingen voor Nederland, beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/publicaties/suikertaks-vergelijking-tussen-drie-europese-landen-kenmerken-en-effecten-van-belasting>

<sup>91</sup> RIVM, Nationale Omgevingsvisie (NOVI), beschikbaar via: <https://www.denationaleomgevingsvisie.nl/default.aspx>

<sup>92</sup> Rijksoverheid, Omgevingswet, beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/omgevingswet>

<sup>93</sup> de Volkskrant, Het aantal Nederlanders met overgewicht groeit. Dat kan zo niet langer, vinden drie grote zorgverzekeraars, beschikbaar via: [https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/het-aantal-nederlanders-met-overgewicht-groeit-dat-kan-zo-niet-langer-vinden-drie-grote-zorgverzekeraars-b791e-19b5/?utm\\_source=link&utm\\_medium=app&utm\\_campaign=shared%20content&utm\\_content=free](https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/het-aantal-nederlanders-met-overgewicht-groeit-dat-kan-zo-niet-langer-vinden-drie-grote-zorgverzekeraars-b791e-19b5/?utm_source=link&utm_medium=app&utm_campaign=shared%20content&utm_content=free)

<sup>94</sup> de Volkskrant, Aantal kinderen met overgewicht daalt flink in armere wijken dankzij speciaal programma, beschikbaar via: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/aantal-kinderen-met-overgewicht-daalt-flink-in-armere-wijken-dankzij-speciaal-programma-b2186105/>

<sup>95</sup> Een voorbeeld van een dergelijke analyse van het Zorginstituut op individueel niveau is beschikbaar via: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj9gfSto-jxAhVP\\_aQKHZaRDgEQFnoECAMQAA&url=https%3A%2F%2Fwww.zorginstituutnederland.nl%2Fbinaries%2Fzinl%2Fdocumenten%2Fstandpunten%2F2018%2F02%2F21%2Fstandpunt-gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-bij-overgewicht-en-obesitas%2FPreventie%2Bbij%2Bovergewicht%2Ben%2BObesitas%2B-%2Bde%2Bgecombineerde%2Bleefstijlinterventie.pdf&usq=AOvVaw0303y0m-1QJOo7cqaFPd7xl](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj9gfSto-jxAhVP_aQKHZaRDgEQFnoECAMQAA&url=https%3A%2F%2Fwww.zorginstituutnederland.nl%2Fbinaries%2Fzinl%2Fdocumenten%2Fstandpunten%2F2018%2F02%2F21%2Fstandpunt-gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-bij-overgewicht-en-obesitas%2FPreventie%2Bbij%2Bovergewicht%2Ben%2BObesitas%2B-%2Bde%2Bgecombineerde%2Bleefstijlinterventie.pdf&usq=AOvVaw0303y0m-1QJOo7cqaFPd7xl)

# 5. Tot slot

Tot slot, wij hopen met deze rapportage bij te dragen aan het verder verbeteren van het (publieke) gezondheidszorgstelsel in Nederland. We zijn ons er goed van bewust dat lessen trekken met de kennis van nu veel makkelijker is dan in de onduidelijkheid van het moment de juiste keuzes maken. Met het uitvoeren van deze agenda zouden we bij een volgende pandemie echter wel beter voorbereid zijn en we hopen via deze rapportage hieraan bij te dragen. Eventuele vragen of opmerkingen vernemen we uiteraard graag.



# Contact

**Dr. David Ikkersheim**

*Partner KPMG Health*

Ikkersheim.david@kpmg.nl

**Laura Dignum**

*Senior Consultant KPMG Health*

Met medewerking van Arjan Ogink, Hylke Kingma, Francine Gresnigt en Tobias Postumus

© 2021 KPMG Advisory N.V., een naamloze vennootschap en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Deze publicatie is tot stand gekomen op initiatief van KPMG. De bevindingen in dit rapport zijn met de grootste zorgvuldigheid opgesteld, tegelijkertijd kunnen inzichten in de toekomst wijzigen. KPMG accepteert geen aansprakelijkheid jegens derde partijen.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken die onder licentie worden gebruikt door de zelfstandige ondernemingen die lid zijn van de wereldwijde KPMG organisatie.