



Weekboek Corona: Verpleeghuis als sterfhuisconstructie

Posted on 11 april 2020 by Paul Hekkens

Waarin steeds duidelijker wordt dat er zorginstellingen zijn, waar zowel personeel als cliënten elkaar kunnen besmetten en er wekenlang geen of weinig beschermingsmateriaal was. Verantwoordelijke bewindslieden draaien om de hete brij heen. Wie zorgt er tijdens de Coronacrisis eigenlijk voor de bejaardenhuizen en de thuiszorg?

Vanaf zaterdag 4 april is het weer niet alleen droog en zonnig, maar ook nog eens warm. Bij mij roept dat als primaire reactie op dat ik de fiets voor een beurt naar de fietsenmaker breng. Met een slag in het wiel en remmen die slecht staan afgesteld, is het niet fijn toeren. Ik wandel graag, maar bij warm weer is fietsen juist heel aangenaam. Met mijn fiets in orde vergroot ik in coronatijd op een verantwoorde manier mijn bewegingsvrijheid.

Toch is het even wennen: fietsen in coronatijd. Hoe houd ik minimaal 1,5 meter afstand van tegenliggers op een smal fietspad, of van fietsers en brommers die mij passeren? Als ik ze hoor aankomen, geef ik een seintje dat ze afstand moeten

houden. Soms word ik echter verrast.

Niet alleen het weer is mooi. Na het weekend lijken ook cijfers met betrekking tot de coronaepidemie de goede kant op te gaan. Dan let ik vooral op het aantal in het ziekenhuis opgenomen coronapatiënten per dag. Dat lijkt mij het hardste cijfer. Maandag zijn dat er 260 terwijl er een paar dagen eerder nog een piek van 722 was. Voor wie in het ziekenhuis belandt, heeft de besmetting zo'n twee weken eerder plaatsgevonden.

Als ik dan terugreken, dan valt niet uit te sluiten dat het droge, koele weer van toen, daar een rol bij speelt. Het aantal in het ziekenhuis opgenomen patiënten is echter ook afhankelijk van het opnamebeleid. Dat is onder meer afhankelijk van hoe goed men denkt in staat te zijn coronapatiënten in de thuissituatie of in een verpleegkliniek te behandelen.

Het aantal mensen dat op *intensive care* belandt, vlakt ook af. Volgens Diederik Gommers die de intensivisten vertegenwoordigt, betekent dit allerm minst dat het gevaar nu is geweken. Het is begin van de week nog altijd zo dat het aantal coronapatiënten op de ic's toeneemt, waardoor de door opschaling ontstane overcapaciteit afneemt. Bovendien is het mogelijk dat er nieuwe brandhaarden ontstaan, waardoor het beroep op ic-plekken weer razendsnel kan oplopen.

Piek of neerwaartse trend?

Het aantal bevestigde besmettingen toont nog geen duidelijke neerwaartse trend. Op zondag 5 april heeft dat met 1224 nieuw besmettingen zelfs een nieuwe piek bereikt. Op 9 april wordt die piek benaderd met 1213 gevallen. Het probleem met cijfers van het aantal bevestigde besmettingen is dat het sterk afhangt van het aantal geteste personen, en ook van waar nu eigenlijk getest wordt.

Komt extra testcapaciteit beschikbaar, en wordt die vooral ingezet bij mensen die al symptomen vertonen, of bij mensen die werken op plekken waar veel besmettingen geconstateerd zijn, dan zal ook het aantal bevestigde besmettingen stijgen. In feite zijn alle nu beschikbare cijfers beleidsafhankelijk

Intensive care is zorg en geen therapie. Een therapie is een ingreep waar je beter van wordt. Zorg is het creëren van optimale omstandigheden om te genezen. Zorg kan belangrijk, zelfs levensnoodzakelijk zijn. Denk maar aan de nodige hygiënische omstandigheden om eventueel dodelijke infecties te voorkomen. Maar *intensive*

care is geen geneesmiddel en zeker geen wondermiddel.

Onderzoekster [Marika van der Schaaf](#) schetst een somber beeld van wat IC vermag. Ze stelt dat de helft van de mensen die langer dan 2 dagen op een IC liggen, niet meer het niveau van vóór die tijd halen. Van de overlevenden met een baan, is de helft na een jaar nog steeds niet aan het werk. Ouderen verliezen na een verblijf op de IC vaak hun zelfstandigheid. Vaak is bij ex-IC-patiënten sprake van moeite met organiseren, geheugen- en concentratieproblemen, angstklachten en depressieve klachten. Dit kluwen aan fysieke en psychische klachten vat Van der Schaaf samen met de term: *post-intensive-care-syndrom*.

Bijna een kwart van de spieren kwijt

Daarbij komt dat wie 10 dagen op bed ligt, 10 procent van de spiermassa kwijtraakt. Gemiddeld verblijven coronapatiënt 23 dagen op IC. Extrapolerend is de gemiddelde coronapatiënt na een IC-opname dus 23 procent van de spiermassa kwijt. Vooral bij oudere patiënt is die spiermassa moeilijk terug te winnen. Dikwijls is er ook blijvende longschade. En dan behoor je nog tot de coronapatiënten die de IC overleven.

De stand van zaken is dat tegenover de 100 coronapatiënten die op de IC hebben gelegen en gelden als genezen, 300 patiënten zijn die zijn overleden. De overige 1500 van de bijna 1900 coronapatiënten, liggen nog op de IC. Degenen die herstellen hebben overigens overwegend slechts kort op de IC gelegen. Naarmate coronapatiënten langer op de IC liggen, zijn de overlevingskansen lager.

Beademing wordt in de media gepresenteerd als wondermiddel. De rol van beademing bij de genezing van coronapatiënten wordt echter overschat. Het voorkomt weliswaar een acute dood, maar eenmaal aan de beademing komen veel patiënten er niet meer levend vanaf. Buiten bewustzijn gebracht ligt men een aantal weken aan de beademing om vervolgens alsnog te sterven.

Boris op de IC

Dan komt het bericht dat de Britse minister-president Boris Johnson is opgenomen op *intensive care*. Er wordt echter bij gezegd dat hij bij bewustzijn is, en op dat moment geen beademing behoeft. Het bovenstaande overziend, ziet dat er niet al te best uit. En als hij toch aan de beademing moet, dan ziet het er nog slechter uit.

Dan is het allereerst de vraag óf hij overleeft, en in de tweede plaats hoé hij overleeft. Is hij bij genezing nog wel in staat zijn huidige ambt als minister-president op te pakken?

Wellicht dat Van der Schaaf vanuit een soort beroepsdeformatie als specialist de nadelige gevolgen van IC-opname te sterk benadrukt, helemaal gratis zal verblijf op *intensive care* ook niet zijn. Laten we hoop putten dat de Volkskrant op donderdagmiddag meldt dat het weliswaar kantje boord was, maar dat Johnson het waarschijnlijk gaat redden.

Van covid-19 is nooit aangetoond dat het langer dan 1 maand actief is in een patiënt. Meestal is het virus drie weken na infectie al verdwenen. Dat hoeft echter niet te betekenen dat na drie weken het gevaar voor de coronapatiënten geweken is. Er liggen op de IC mensen die weliswaar genezen zijn van het virus, maar nog niet van de ernstige longinfecties als gevolg van het virus. Een patiënt kan dus overlijden aan corona zonder nog met corona besmet te zijn.

Beademing voor de rijken, maskers voor de armen

Beademingsapparatuur geldt als *hightech* waar mondkmaskers, denigrerend mondkapjes genoemd, als *lowtech* gelden. Rijke landen onderscheiden zich ook van arme landen doordat ze over beademingsapparaten beschikken. Mondmaskers daarentegen zie je ook in arme landen. Beademingsapparatuur is dus sexy, en mondkapjes zijn dat niet. Wellicht daarom dat studenten vooral geïnteresseerd zijn in het in elkaar knutselen van beademingsapparatuur. Dit soort initiatieven leveren ook de nodige media-aandacht op.

Of die in elkaar geknutselde oplossingen meteen inzetbaar zijn in een medische setting valt evenwel te betwijfelen. Iemand had ook bedacht dat één beademingsapparaat net zo goed voor twee patiënten gebruikt kan worden. Dit omdat het bestaande apparaat niet op volle toeren draait. Dan zal die overcapaciteit wel ergens voor nodig zijn, denk ik dan.

Vervolgens moet hoogleraar *intensive care* Leo Heunks eraan te pas komen om het enthousiasme te temperen. Bij het delen van het apparaat wordt uiteindelijk geen patiënt echt optimaal behandeld. Het eindresultaat kan zijn dat twee patiënten sterven, waar één gered had kunnen worden.

Mondmaskers zijn tegenwoordig slechts een wegwerpproduct. Tot voor kort was het niet meer dan vanzelfsprekend dat men in ziekenhuizen kan beschikken over voldoende mondmaskers en andere beschermingsmaterialen. Toch wordt in de strijd tegen het coronavirus de gezondheid van patiënten meer bedreigd door het ontbreken van beschermingsmiddelen dan door het ontbreken van beademingsapparatuur.

Schrijnend is daarom het ontbreken van beschermingsmaterialen. De kans is levensgroot aanwezig dat door dit tekort juist verpleeghuizen, thuiszorg en huisartsen besmettingshaarden van het coronavirus worden.

Besmet zorgpersoneel

Maandag 6 april meldt [Nieuwsuur](#) in de zorg 1100 bevestigde besmettingen en 1700 vermoedens van besmetting. Huisarts Bart Bruijn zegt dat de laatste twee weken alle patiënten die hij met een vermoeden van een covid-19 heeft gezien, mensen zijn die in de zorg werken. Verder heeft hij geen nieuwe gevallen met een corona-infectie gezien. Hij ziet als enige verklaring dat die mensen op hun werk besmet zijn, door het ontbreken van beschermende middelen.

Een instelling voor gehandicapten blijkt geen beroep meer te kunnen doen op hun gebruikelijke leverancier omdat alle leveringen zijn gevorderd door de overheid voor een landelijk inkoopconsortium. Van dat consortium krijgen ze vervolgens in drie weken tijd één doosje wegwerphandschoenen en één vuurwerkbril geleverd. Voor de instelling werken 3200 medewerkers die in direct contact met de gehandicapten staan.

Als uitdrukkelijke doelstelling van het kabinet in het kader van de corona-epidemie geldt ouderen en kwetsbaren te beschermen. Het omgekeerde gebeurt echter. Doordat schaarse beschermingsmiddelen worden onttrokken aan verpleeghuizen en zorginstellingen worden ze tot infectiehaarden. In de samenleving als geheel is de reproductiefactor van het virus laag, maar juist daar waar ouderen en kwetsbaren worden verzorgd, daar waart het virus rond.

Dat is overigens niet alleen een Nederlands probleem. Ook België kampt met infecties in verpleeghuizen, en ook hier is een gebrek aan beschermingsmiddelen de oorzaak. In Spanje is het allemaal nog een stuk erger. Daar zijn gevallen bekend dat het personeel de instellingen is ontvlucht, en de bewoners aan hun lot hebben overgelaten. Men heeft daar dode bejaarden op bed aangetroffen. De vraag is of je

van verzorgend en verplegend personeel wel kunt verwachten dat ze zonder voldoende bescherming aan het werk gaan, waarmee niet allen zichzelf maar ook hun gezin kans lopen besmet te geraken. Er is alle reden die vraag met nee te beantwoorden. Mocht het verplegend personeel het laten afweten, dan ontstaan ook in Nederlandse verpleeghuizen directe noodtoestanden.

De nieuwe minister

Martin van Rijn zit die maandagavond bij [OP1](#). Insteek van het gesprek is hoe zijn nieuwe baan als minister van Medische Zorg en Sport hem bevalt. Opmerkelijk is dat hij als PvdA'er op persoonlijke titel in een kabinet zonder PvdA toetreedt. Of is de keuze uit nood geboren, en ziet men hem als een goede kandidaat? Of is dit een poging van Rutte om het draagvlak voor zijn kabinet in Eerste en Tweede Kamer te vergroten? Volgens Rutte behoort Van Rijn tot de beste leden van het vorige kabinet.

Van Van Rijn wordt al sinds jaar en dag gezegd dat hij inhoudelijk zo sterk is. Als staatsecretaris heeft hij mij echter niet kunnen overtuigen. Allerlei dossiers leken in zijn handen te verzanden. Hugo Borst heeft hem vooral de manier waarop hij de ouderenzorg heeft ontmanteld aangerekend.

Als ik Van Rijn nu zie bij Op1 dan valt me meteen zijn gestresseerde stemgeluid op. Dan denk ik: zo iemand moet je niet aan de knoppen zetten van een ministerie dat een crisissituatie heeft te tackelen. Het tweede wat mij opvalt, is hoezeer hij nog steeds politicus is. Als hem wordt gevraagd hoe dat zit met dat gebrek aan beschermingsmiddelen, gaat hij eerst lang en breed uitleggen wat voor een geweldige prestatie het is geweest om de IC-capaciteit op te krikken naar 2400 bedden. Als de vraag dan herhaald wordt, zegt hij al het mogelijke te doen. Hij heeft wel 30 miljoen besteld.

Wekelijks zijn er naar zeggen 4,5 miljoen mondmaskers nodig in Nederland. Dat betekent dat hij 6 à 7 weken vooruit heeft besteld. Dat is niet veel als je bedenkt dat de levertijden lang zijn, dat niet elke bestelling daadwerkelijk geleverd wordt, en dat geleverde mondmaskers niet altijd van de gewenste kwaliteit zijn. Daarnaast weet Van Rijn te melden dat ook getracht wordt mondmaskers in Nederland te produceren. Ook is er sprake van een nieuw verdelingsmechanisme. Waar schaarste heerst stel je echter altijd deze of gene teleur.

Ernst Kuipers van Erasmus MC die ook aan tafel zit, is preciezer in zijn antwoord. Hij

vindt het prima dat nu ook in Nederland mondmaskers geproduceerd gaan worden. Dat zijn echter bij lange na niet genoeg om aan de vraag te voldoen. Daarnaast wordt er ook gewerkt aan het hergebruiken van maskers door ze te desinfecteren. Ook noemt hij dat nog preciezer dan nu gekeken kan worden welke mondmaskers in welke situatie gedragen kunnen worden.

Wellicht is dat een toelichting op het door Van Rijn genoemde verdelingsmechanisme. Waar Kuipers redelijkerwijs vertelt waar het op staat, komt de minister niet verder dan zeggen dat hij zijn best doet, en dat het gaat lukken. Dat zei Van Rijn in het vorige kabinet ook altijd. Vervolgens liet het resultaat op zich wachten.

Zuid-Koreaanse verbazing

Zuid-Korea geldt als een succesverhaal wat bestrijding van covid-19 betreft. Als baas van de plaatselijke RIVM, is Woo-Joo Kim daar verantwoordelijk voor. Per dag hebben ze er nu ongeveer 100 nieuwe bevestigde gevallen, waarvan de meeste zijn geïmporteerd uit Europa en Noord-Amerika.

In een interview van 4 april voor *Reporters Online* zegt Woo-Joo Kim: 'Ik begrijp niet dat mensen niet geloven dat maskers infectie voorkomen. En ik begrijp helemaal niet dat ze niet nuttig worden geacht voor gewone burgers. Het is bewezen dat het infectie voorkomt. (...) Daarom raden we maskers aan op drukke plaatsen, en juist naast het regelmatig wassen van de handen. Ik begrijp niet waarom ze het niet gewoon duidelijk kunnen uitleggen, zodat mensen dit goed kunnen doen, net als met handen wassen. (...) Voor gewone mensen en mensen op ziekenhuiskantoren en op gewone ziekenhuisafdelingen, raad ik chirurgische maskers aan. (...) Als je kijkt naar de grafieken, zie je dat het virus abrupt verspreidt in landen zonder maskers.'

In het [Amphia Ziekenhuis](#) te Breda is men ook tot de conclusie gekomen dat gewone chirurgische maskers in veel gevallen volstaan, zelfs bij de behandeling van coronapatiënten. De schaarse FFP2-maskers zijn alleen bij bepaalde handelingen nodig. De Oostenrijkse bondskanselier Sebastian Kurz betreedt het podium met chirurgisch mondmasker om voor dinsdag na Pasen een versoepeling van de lockdown-maatregelen aan te kondigen. Mondmaskers vormen een onderdeel van deze versoepeling. In Parijs wil men 2 miljoen mondmaskers onder de bevolking verdelen.

Het Nieuwe Normaal

Op dinsdagavond 7 april is er weer een persconferentie. Er worden geen belangrijke beleidswijzigingen aangekondigd. Wel geeft Mark Rutte aan dat eventuele versoepelingen stap voor stap zullen gebeuren. De 1,5 meter regel blijft dan de norm. Rutte zegt hierover: 'We zullen met elkaar moeten zoeken naar het nieuwe normaal in de anderhalve meter samenleving, een samenleving die wat dat betreft anders zal zijn dan zoals we die recent gewend waren. Wat kan er straks binnen die anderhalve meter misschien wel? En het is belangrijk dat daar binnen alle bedrijven, scholen en andere sectoren over wordt nagedacht, zodat we klaar staan als het moment daar is om de eerste stappen te zetten.'

In een advies aan het kabinet formuleert het zogeheten *Outbreak Management Team* een viertal voorwaarden voordat van een versoepeling sprake kan zijn: Ten eerste moet het aantal besmettingen omlaag. Ten tweede mogen de ziekenhuizen niet overvraagd zijn. Ten derde moeten er voldoende testen beschikbaar zijn. En ten vierde moet er voldoende capaciteit zijn voor contactonderzoek. Men denkt ook aan apps die behulpzaam kunnen zijn bij het contactonderzoek.

Wat ik mis in dit rijtje is dat er voldoende mondklappers moeten zijn. Eerst natuurlijk voor de ziekenhuizen en de overige zorginstellingen, maar vervolgens ook voor burgers die geacht worden weer aan het werk gaan. In een anderhalve meter samenleving zijn mondklappers nodig waar die anderhalve meter moeilijk te handhaven is. Ook kan ik me voorstellen dat het in de voedingssector gebruikelijk wordt mondklappers te dragen.

Een belangrijk verschil met Zuid-Korea is, naast het gebruik van mondklappers, de manier waarop men coronapatiënten isoleert. In Zuid-Korea komen de zwaardere gevallen terecht op speciaal hiervoor aangewezen ziekenhuizen. Lichtere gevallen gaan naar residentiële behandelcentra die inderhaast zijn ingericht. Patiënten worden dus gescheiden van hun familieleden. Thuisisolatie bij familie zoals dat in Nederland plaatsvindt, vindt Woo-Joo Kim een slecht idee. Dan raken ook familieleden besmet. 'En kunnen ze nog steeds winkelen?' vraagt hij aan de interviewer.

Woo-Joo Kim linkt thuisisolatie bij familie direct aan groepsimmunitet: 'Velen in de West denken dat het door groepsimmunitet kan worden gestopt, maar wat mij betreft is het een vergissing om daarop in te zetten. Covid-19 lijkt bij gezonde

mensen veel op griep – maar het verschil is de hoge sterfte bij ouderen en mensen met andere aandoeningen.'

Besmetten en onbesmetten samen

Viroloog Mark van Ranst zegt dat veel van de besmettingen die nu nog plaatsvinden in België binnen het eigen gezin plaatsvinden. Huisartsgeneeskundekundige Dirk Devroey waarschuwt in [Terzake](#) dat de helft van de 80.000 woonzorgcentrumbewoners in België zonder extra maatregelen niet zal overleven. Hij pleit voor testen om zowel qua bewoners als qua personeel een onderscheid te maken tussen besmet en onbesmet, en die twee groepen vervolgens van elkaar te scheiden.

Van Ranst legt uit: 'Je moet je realiseren dat die mensen net als wij in een gezin verblijven. Zij zitten met 20 of 30 samen. Als daar één iemand besmet geraakt, dan raakt iedereen besmet. Het personeel gaat elke dag naar huis. Gelukkig kunnen ze thuis ontspannen. Maar binnen kunnen ze op hun beurt weer besmet zijn. En op die manier kunnen ze zo ook de mensen besmetten. Je zit daar echt met een heel gevaarlijke valkuil van het coronavirus.'

Als het personeel na werktijd niet naar huis zou gaan, zou dat al een betere situatie opleveren. Dat is onder de huidige arbeidsverhoudingen echter moeilijk te realiseren. Des te belangrijker is het daarom dat het personeel over voldoende beschermingsmiddelen beschikt, niet enkel om zelf niet besmet te geraken, maar vooral om de bewoners niet te besmetten.

Hoeveel Corona is er onder het zorgpersoneel?

In de hoorzitting in de Tweede Kamer van woensdagochtend 8 april toont Jaap van Dissel van het RIVM een grafiek waaruit juist blijkt dat dat het aantal geconstateerde besmettingen onder zorgpersoneel is gedaald. Dit staat in directe tegenstelling tot eerder genoemde constatering van huisarts Bart Bruijn die zegt de laatste weken alleen nog maar coronabesmettingen te constateren bij zorgmedewerkers. Jammer genoeg geeft Van Dissel weinig toelichting. Een mogelijke verklaring van deze discrepantie is dat zorgmedewerkers met symptomen niet getest worden. Het RIVM registreert immers alleen maar via een test bevestigde gevallen.

Lodewijk Asscher van de PvdA stelt tijdens de hoorzitting of het misschien geen idee is om, net als het Amphia Ziekenhuis, zorgpersoneel al op ziekteverlof te sturen als ze slechts milde symptomen vertonen. Blijkbaar worden die medewerkers in dat geval niet getest op corona. Wat mij verbaast is dat het blijkbaar usance is dat verpleeghuispersoneel met lichte symptomen nog steeds geacht wordt in contact te treden met bewoners.

Van Dissel zegt dat domweg niet over voldoende gegevens te beschikken om uit te maken of deze maatregel effectief is. De crux is echter dat het Amphia Ziekenhuis deze maatregel heeft ingevoerd, niet op basis van onderzoek, maar op basis van door ervaring gevoed gezond verstand. Het is bedoeld als een maatregel in een situatie waarin testen niet mogelijk is, omdat er weinig testen beschikbaar zijn. Van Dissel zegt wel dat de situatie in verpleegtehuizen meer aandacht verdient. Er is dus kans op beter beleid in de toekomst.

De deurklink

Henk Krol brengt het onderzoek ter sprake van de Duitse viroloog Hendrik Streeck naar de besmettelijkheid van covid-19. Het betreft hier veldonderzoek naar de besmettingshaard in Heinsberg, nabij Sittard. Blijkbaar kijkt Krol, net als ik, wel eens Duitse televisie en heeft hij naar [Marcus Lanz](#) gekeken. Daar was Streeck te gast. Streeck heeft onderzocht in hoeverre de woonomgeving van mensen die geïnfecteerd zijn besmettelijk is. Men heeft virusmonsters uit zulk een woning genomen, en in het laboratorium geprobeerd het virus weer actief te maken. Als dat lukt, dan gaat het niet om dood virus, maar om levend virus dat kan leiden tot besmetting. Gelukkig lukte dat meestal niet.

De smartphone, de deurklink, de vork waarmee gegeten wordt waren volgens zijn voorlopige onderzoek niet besmettelijk. Een deurklink leidt alleen tot besmetting als een reeds besmette persoon in zijn hand hoest, en meteen daarna de deurklink vastpakt, waarna een onbesmet persoon ook weer de deurklink vastpakt.

Dicht bij elkaar dansen en uitgelaten feesten leiden daarentegen tot veel infecties. Als men dicht bij elkaar zit en een langdurig gesprek voert, kan dat ook leiden tot besmetting. Het is een kwestie van nabijheid in combinatie met de tijd die tot besmettelijkheid leidt.

Krol vraagt aan Van Dissel of we nog wat kunnen leren van de bevindingen van Streeck. Van Dissel heeft het in zijn antwoord over het testen van besmettelijkheid

in de keel. Daar wordt in Nederland ook onderzoek naar gedaan. Daar gaat bij mijn weten het onderzoek van Streeck in Heinsberg niet specifiek over. Het gaat om alle mogelijke besmettingen in de praktijk. Blijkbaar is Van Dissel niet op de hoogte van het onderzoek van Streeck. Dat is geen schande, maar dat kun je ook gewoon zeggen.

Niet te nerveus zijn

Als ik ga wandelen dan passeer ik regelmatig poortjes. Wat ik van Streeck leer, is dat ik me niet al te veel zorgen hoeft te maken als ik die poortjes en stegeltjes aanraak. Wat ik ook van Streeck leer, is dat ik niet al te nerveus hoeft te zijn als passanten terwijl ik wandel of fiets onvoldoende afstand bewaren. Besmettingsgevaar is namelijk een kwestie van afstand én van tijd. Een fietser die langs mij scheert, komt weliswaar te dichtbij, maar is in een mum van tijd ook weer verdwenen.

Minder geruststellend was een nieuwsbericht dat ik woensdagochtend 8 april hoorde op [Studio Brussel](#). Ik heb het op internet teruggezocht. Het onderzoek is gedaan door [Bert Blocken](#), gespecialiseerd in sportaerodynamica.

Wie wandelt, jogt of fietst, dient dat op grotere afstand van zijn voorganger te doen dan 1,5 meter. Bij wandelen is de ideale afstand 4 tot 5 meter, bij joggen 10 meter, en bij fietsen met 30 à 40 kilometer per uur zelfs 20 meter.

Blocken legt uit: 'Wie hoest of niest, verspreidt een wolk van druppeltjes. Als men op dat moment stilstaat, is een afstand van 1,5 meter voldoende zodat de ander hiermee niet in contact komt. Wie in beweging is, laat al hoestend of niezend ook in zijn slipstream druppeltjes achter en het gevaar is groot dat wie achterop komt door die wolk rijdt en druppeltjes opneemt. Hoe sneller men rijdt, hoe meer risico dat men in contact komt met druppeltjes van zijn voorganger.'

Wat mij al eerder is opgevallen is dat mensen met *eau de toilette* op zich een geurspoor achter zich laten. Als je op drie meter achter zo iemand kruist, dan ruik je nog steeds de *eau de toilette*. Nu weet ik niet of dat geurspoor vloeibaar of gasvormig is. Maar goed, het is wel een indicatie van wat er aan de hand is. Is dat nu voor mij een reden om niet meer te wandelen, en niet meer op de fiets te stappen in coronatijden? Mijn voorlopige conclusie is van niet. Afstand houden doe ik sowieso wel. Ik ga mijn voorganger niet op de hielen trappen, en ook niet in de nek hijgen. Ook heb ik niet de neiging om vlak achter mensen te kruisen. Maar het

is wel goed dat ik dit weet. Kan ik er nog beter rekening mee houden.

Wie spreekt namens de verpleeghuizen?

Wat mij opvalt, is dat geen van de uitgenodigde sprekers tijdens de hoorzitting in de Tweede Kamer specifiek de verpleeghuizen en thuiszorg vertegenwoordigd. Vorige week dacht ik nog dat inspecteur-generaal Gezondheidszorg en Jeugd Ronnie van Diemen-Steenhuizen die rol op zich zou nemen. Haar focus ligt echter vooral op samenwerking binnen ziekenhuizen. Ze heeft vooral die reorganisatie willen optimaliseren. Bedenk ook dat ouderenzorg in verpleegtehuizen niet louter gezondheidszorg is. Het is ook hulp bij dagelijkse activiteiten.

Diederik Gommers vertegenwoordigd de *intensive care* en dat doet hij op zich met verve. In zijn presentatie tijdens de hoorzitting verklaart hij op basis van een veranderd medisch inzicht dat zijn voorspellingen voor de IC-belasting te hoog waren. De onderliggende oorzaak van de volgelopen longen schijnt longembolie te zijn.

Longembolie wil zeggen dat de bloedvaten verstopt geraken die het met zuurstof gevulde bloed naar het hart vervoeren, om van daaruit door het lichaam gepompt te worden. Dat heeft blijkbaar een terugslag op de longen.

Nu de intensivisten die oorzaak beter in het vizier heeft, komen ze om de een of andere niet toegelichte reden tot lagere prognoses qua bezetting van IC-bedden. Ik vind dit wel een heel ingenieuze wijze om de hand in eigen boezem te steken: wij internisten hebben ons eigenhandig aan onze onwetendheid ontworsteld, en vanuit onze nieuw verworven kennis weten we nu wat we in onze onwetendheid verkeerd zagen. Met toegeven dat eerdere prognoses niet klopten weet Gommers toch een heldenrol voor zijn beroepsgroep op te eisen.

In de aanpak van Jaap van Dissel staat sinds het begin de IC-capaciteit centraal. Het is een expliciete beleidsdoelstelling: proberen te voorkomen dat de IC niet overbelast raakt. Dat is ook de reden waarom Gommers bij de hoorzittingen betrokken wordt. Wie vertegenwoordigt echter die andere doelstelling van het kabinetsbeleid: het beschermen van de ouderen en zwakken? Eigenlijk niemand toch?

Laat ik het eens *cru* zeggen. Het beleid ten aanzien van de ouderen is door de opeenvolgende kabinetten-Rutte steeds stiefmoederlijk behandeld. Het mocht

vooral niets kosten, omdat het niet bijdraagt aan de economische welvaart. Nu dreigen door gebrek aan beschermingsmiddelen vele ouderen en kwetsbaren besmet te raken met het coronavirus.

Besmetting is voor veel van die ouderen dodelijk. Dat zou wel eens kunnen oplopen tot de helft van de bewoners van verpleeghuizen. Maar vanuit het oogpunt van kostenbeheersing is dat een formidabele zaak. De last van een niet rendabele sector wordt dan veel kleiner. De sector wordt zelf kleiner. Tekorten aan verplegend en verzorgend personeel worden kleiner. Er hoeft ook minder pensioen en AOW aan ouderen te worden uitgekeerd.

Economisch gezien heeft de vroegtijdige dood van ouderen en kwetsbaren eigenlijk alleen maar voordelen. Die logica ligt steeds op de loer. Die logica zit ongetwijfeld ook in het hoofd van Rutte, in die zin dat hij deze consequenties beseft. Die logica zit ook in mijn hoofd. Anders kan ik dit hier nu zo niet opschrijven. In mijn artikel van vorige week bleek die logica ook te zitten in de hoofden van Damiaan Denys en Marli Huijser. Wat ik constateerde, was dat zij toehapten op die logica. De vraag die mij bezighoudt is of Rutte ook toehapt. Als hij toehapt, dan spreekt hij zich daar niet over uit. De vraag is niet wat hij over deze logica zegt, maar wat hij met die logica doet.

Inzetten op groepsimmunititeit volgt deze economische logica: indien dat beleid onverkort was doorgezet had dat veel ouderen het leven gekost. Beschermingsmiddelen overbrengen van verpleeghuizen naar ziekenhuizen volgt die logica ook. Je redt de relatief jongen die nog nuttig zijn voor de arbeidsmarkt ten koste van ouderen die toch al gepensioneerd zijn. Wat is de volgende zet van Rutte?

Wat er kan gebeuren gebeurt niet want het mag niet gebeuren

Tijdens de persconferentie van dinsdag 7 april suggereert minister [De Jonge](#) dat er voor het zorgpersoneel nog steeds genoeg beschermingsmiddelen zijn. Hem de wordt de vraag gesteld of de zorgplicht voor zorgmedewerkers in de verpleegzorg of thuiszorg vervalt, wanneer zij niet meer beschikken over persoonlijke beschermingsmiddelen, waaronder mondkapjes.

De Jonge antwoordt: 'We hebben gewoon te zorgen dat we mensen voldoende hebben te voorzien van persoonlijke beschermingsmiddelen, daar is alles op gericht.' De vervolgvraag wat er gebeurt op het moment dat voldoende

beschermingsmateriaal ontbreekt, beantwoordt De Jonge met: 'Maar in die situatie moeten we niet terechtkomen. Dus wat wij moeten doen, is zorgen dat er wel voldoende is. (...) U vraagt: Maar wat als het niet lukt? En ik zeg: Het moet lukken. (...) Deze vraag speelt nu nog niet, en mag ook niet gaan spelen, want we kunnen ons niet veroorloven dat mensen onbeschermd hun werk doen, en moeten zeggen: Ga ik mijn werk nog wel doen?'

Het antwoord van de minister wekt de woede van beroepsverenigingen en vakbonden. In het debat op woensdag 8 april is De Jonge genoodzaakt te erkennen dat er nu al tekorten aan beschermingsmiddelen zijn die de zorgmedewerkers direct raken. De inzet van het kabinet betreft dus niet het voorkomen dat er tekorten ontstaan, maar het wegwerken van tekorten die al bestaan.

Voor Geert Wilders is dit schieten op open doel. Er is een acuut besmettingsprobleem, en De Jonge kan niet eens een datum noemen wanneer dat probleem is opgelost. Lilian Marijnissen herhaalt de vraag of de zorgplicht van het zorgpersoneel vervalt, nu blijkt dat er onvoldoende beschermingsmiddelen zijn.

De Jonge antwoordt met morele chantage richting de verzorgenden: 'Die vraag kun je natuurlijk niet beantwoorden, want wie zou dat doen in de zorg? Wie zou de ouderen voor wie hij gewend is te zorgen, van wie hij houdt, wie zou die ouderen in de steek laten?'

Nou denk ik dan, bij het eerste hoestje kun je als verzorgende al zeggen dat je misschien besmet bent met het coronavirus, en dat je niet op je geweten wilt hebben dat de ouderen door jou ook besmet raken. Ook kun je zeggen dat je thuis ook nog een gezin hebt, en dat je daar ook verantwoordelijkheid voor hebt, en dat die verantwoordelijkheid nu even zwaarder weegt. Ook Arbo-rechtelijk gezien lijkt het mij zonneklaar dat je niet verplicht kunt worden zonder voldoende beschermingsmiddelen je werk te doen.

Inmiddels is het vrijdagochtend 10 april. Vandaag wordt het in Limburg nog warm en zonnig. Prima weer om te wandelen of te fietsen. Dit weekend komt er een weersomslag. Het wordt kouder en natter. Wat die weersomslag betekent voor het aantal coronabesmettingen, blijkt pas over enkele weken.

Op [teletekst](#) zie ik dat de productie van mondkapjes in Nederland trager op gang komt dan nodig: "Gisteren kondigden beddenfabrikant Auping en filterproducent Afpro aan zelf mondkapjes te gaan produceren." Een lovenswaardig initiatief! "Dat

was volgens de fabrikanten twee weken geleden al mogelijk, maar het ministerie van Volksgezondheid ging pas afgelopen woensdag akkoord.” Woensdag, dat is de dag nadat De Jonge op de persconferentie suggereerde dat ik er nog geen tekort aan beschermingsmiddelen bestaat. Als gevolg van die suggestie kreeg hij de verplegingssector over zich heen. Woensdag is ook de dag dat De Jonge in de Tweede Kamer moest toegeven dat er gewoonweg te weinig beschermingsmiddelen zijn. “Volgens de directeur van Afpro waren dat ‘kostbare weken’ en loopt Nederland nu achter de feiten aan bij het inkopen van grondstoffen voor het produceren van mondkapjes.” Nederland vist dus achter het net, omdat de verantwoordelijke ministers niet reageren op feiten, maar enkel op politieke consequenties. Pas als ze politiek in het nauw worden gedreven, doen ze daadwerkelijk iets.

Donderdagavond besteedt [Nieuwsuur](#) aandacht aan het onderzoek van Hendrik Streeck in Heinsberg. Zelf kwam Streeck weinig aan bod, omdat allerlei politici zich op de voorgrond drongen. Daaronder bevond zich ook Armin Laschet. Nu is hij nog minister-president van Noordrijn-Westfalen, maar hij kandideert voor het voorzitterschap van de CDU. Daarmee kandideert hij indirect ook ervoor Angela Merkel als bondskanselier op te volgen. Het onderzoek in Heinsberg dient als case om de bestaande *lockdown* te versoepelen. Laschet wil bondskanselier worden door te laten zien hoe de economie opnieuw opgestart kan worden. Even los van al het politieke gedoe dat nu om het onderzoek van Streeck ontstaat, zou ik Van Dissel toch willen adviseren van dat onderzoek kennis te nemen, want blijkbaar is het beleidsrelevant onderzoek.