

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Minder doden door testen?

Marc Bonten

Het Noorden van Nederland heeft minder besmettingen, minder patiënten op de IC en minder doden dan andere regio's (*De Telegraaf*, 26 april). Er is beweerd dat dat komt door een afwijkend beleid aldaar, met meer nadruk op het opsporen van COVID-19-geïnfecteerden en hun contacten, waardoor mini-uitbraken in de kiem gesmoord zijn.

Dat zou inderdaad kunnen. Het werkt zo: elke persoon met klachten die kunnen passen bij COVID-19 wordt zo snel mogelijk getest en bij een positief resultaat gaat de persoon in isolatie (of dat was misschien al gebeurd). Vervolgens wordt gevraagd met wie de persoon recent contact heeft gehad, deze mensen worden opgespoord, en bij klachten getest en preventief in isolatie geplaatst. Als deze aanpak inderdaad de oorzaak is van de lage sterftecijfers in het Noorden, dan zou je je kunnen afvragen of andere delen van Nederland niet hetzelfde hadden moeten doen.

Helaas hebben we niet te maken met een gerandomiseerd onderzoek, dus moeten we toch even heel goed naar de omstandigheden kijken.

Een paar belangrijke data daarbij zijn:

27 februari: de eerste patiënt in Nederland is geïdentificeerd, in Noord-Brabant;

1 maart: advies aan reizigers om thuis te blijven bij hoesten;

6 maart: advies voor Noord-Brabant om thuis te blijven bij hoesten;

9 maart: geen handen schudden en thuiswerken voor Noord-Brabant;

12 maart: advies om thuis te blijven bij hoesten, en thuiswerken waar mogelijk voor heel Nederland;

16 maart: sluiting scholen en kinderdagverblijven, sluiting horeca.

Op 16 maart was de epidemie in Nederland ongelijk verdeeld: op dat moment waren er pas 39 COVID-19 gevallen gemeld in Noord-Nederland (Friesland, Drenthe en Groningen) terwijl in Brabant de ziekenhuizen al overvol raakten. Op dat moment was daar een effectieve 'test and trace' niet meer mogelijk. Na het instellen van de lockdown is het aantal besmettingen in Noord-Nederland laag gebleven, terwijl in andere regio's het aantal besmettingen toenam. In Brabant piekte het aantal ziekenhuisopnames op 24 maart, drie weken na de start van de eerste maatregelen.

De maatregelen, successievelijk opgebouwd tussen 1 en 16 maart, hebben het geschatte effectieve reproductiecijfer gereduceerd van 'rond de 2' naar 'minder dan 1'. Er is geen reden om aan te nemen dat die maatregelen in Noord-Nederland anders zijn nageleefd. In gebieden met veel patiënten nam verspreiding met ongeveer 80% af, en we mogen gevoeglijk aannemen dat diezelfde maatregelen even effectief zijn in gebieden met minder verspreiding.

Een actief test-and-trace-beleid begint met het identificeren van nieuwe gevallen. Daarvoor moeten veel mensen getest worden. In maart had ongeveer 6% van de zorgmedewerkers met milde ziekteklachten in Brabantse ziekenhuizen COVID-19; 94% had het virus dus niet. In provincies waar op dat moment nog geen ziekenhuisopnames met COVID-19 plaatsvonden, zoals Noord-Nederland, zal de prevalentie niet hoger zijn geweest. Volgens de GGD zijn er tussen 12 maart en 20 april 1153 nieuwe COVID-19 patiënten geïdentificeerd in Noord-Nederland. Dat zijn er gemiddeld 29 per dag, in 3 provincies. De vraag is in hoeverre het specifieke beleid om contactpersonen op te sporen heeft bijgedragen aan het voorkomen van verspreiding ten tijde van de lockdown. Zelfs als test-and-trace 50% van alle verspreiding kan voorkomen, dan is dat bij aanwezigheid van een maatregel die 80% voorkomt nauwelijks bijdragend aan het totaal aantal voorkomen besmettingen.

Om te kunnen concluderen dat het afwijkende beleid tot minder doden heeft geleid zouden er – uitgaande van een sterfte van 1% – minimaal 100 ziektegevallen voorkómen moeten zijn door het opsporen van geïnfecteerden en contactpersonen, in een situatie waarin iedereen in de lockdown zat.

Er zijn nog drie andere verklaringen voor minder sterfte door COVID-19 in een regio met beperkte verspreiding; (1) de weinige COVID-19-patiënten in het ziekenhuis kregen betere zorg omdat er nog geen sprake was van een overbelast zorgsysteem; (2) er waren minder infecties en sterfte in verzorgingshuizen; (3) verspreiding trad minder vaak op in risicogroepen voor sterfte. In Duitsland bijvoorbeeld speelde de uitbraak zich in het begin vooral buiten de risicogroepen af, waardoor er bij eenzelfde aantal besmetten toch beduidend minder sterfte was. Maar deze verklaringen kun je moeilijk toeschrijven aan ruimhartiger testen.

Het aantal verrichtte testen is overigens niet eens het hoogst in Noord-Nederland: tot en met 16 april was het aantal verrichte testen per 100.000 inwoners 435 in Friesland, 1073 in Groningen/Drenthe, en 1176 in Utrecht. Alle andere regio's zaten tussen 806 en 1056. Desalniettemin was het percentage positieve testen het laagst in Groningen/Drenthe (6%) en het hoogst in Limburg (31%).

Moleculaire analyse van de eerste 190 virussen in Brabant toont aan dat er in korte tijd heel veel introductie van verschillende virusstammen plaatsvond. Die konden herleid worden naar Noord-Italië, Duitsland en Frankrijk. En dit was waarschijnlijk nog maar het topje van de ijsberg van het aantal daadwerkelijke introducties. De latere vakantieperiode van Zuid-Nederland (vanaf 22 februari), vergeleken met Noord-Nederland (vanaf 15 februari), zou daar weleens aan hebben kunnen bijdragen. Op 22 en 29 februari waren er in Italië 62 en 1100 patiënten gemeld. Daarnaast verspreidt het virus zich waarschijnlijk makkelijker in een dichter bevolkt gebied en zeker als er ook nog carnaval gevierd wordt. Dat het virus in die eerste weken niet alle regio's van Nederland bereikt heeft, komt overeen met andere landen: ook in Hubei en Lombardije werden in 6 weken niet alle regio's bereikt. Kortom de stelling dat een ander testbeleid tot 'minder besmettingen, minder patiënten op de IC en minder doden' heeft geleid lijkt vooralsnog wetenschappelijk niet te bewijzen. Daarvoor zullen eerst de alternatieve verklaringen uitgesloten moeten worden.

– Met dank aan Martin Bootsma en Hans Heesterbeek

– Marc Bonten; ntvg.nl/C4552