

Naar een omgekeerde lockdown!

Open brief aan de Belgische regering en expertengroepen vanwege artsen, specialisten, gezondheidswetenschappers, onderzoekers en zorgverleners

24 augustus 2020 (inhoudelijke aanpassingen op basis van voortschrijdend onderzoek op 6 september 2020)

INLEIDING

Het Sars-Cov-2 virus heeft zijn plaats verworven tussen alle andere pathogenen die deel uitmaken van ons dagelijks bestaan. Als dusdanig moeten we ervan uit gaan dat dit niet zal verdwijnen. Op basis van negen maanden wetenschappelijke data blijkt meer en meer dat de huidige maatregelen disproportioneel zijn. We stellen de huidige aanpak in vraag en eisen enerzijds een wetenschappelijke verantwoording en een evaluatie van de collaterale schade. Anderzijds stellen we voor om over te gaan naar een omgekeerde lockdown die proportioneel deze groepen kan beschermen die hier baat bij hebben en een afbouw van acties die het socio-psychologische welbevinden van de bevolking negatief beïnvloeden en bijgevolg zeer grote schade aanrichten.

Het Sars-Cov-2 indijken lijkt op het eerste zicht een aanvaardbare strategie echter zal dit het probleem nooit oplossen, tenzij we aanvaarden om de rest van onze dagen door te brengen in een angstmaatschappij waarin persoonlijke vrijheden worden beperkt zonder veel wetenschappelijke onderbouw.

Voor de seizoensgriep die jaarlijks wereldwijd tussen de 320.000 en 650.000 doden veroorzaakt (in een pandemisch jaar tot een miljoen) hebben we nooit maatregelen genomen, de ouderen afgeschermd of thuiswerk promoot (2). Er werd zelden een narratief aan gekoppeld.

We begrijpen dat er bij de aanvang van de crisis onduidelijkheid heerste over de ernst en de impact van dit virus, het voorzichtigheidsprincipe indachtig kan men de toenmalige eisen t.o.v. de bevolking aanvaarden. Met de data waarover we vandaag beschikken blijkt het narratief dat destijds werd opgestart een eigen leven te zijn gaan leiden en lijkt het er sterk op dat de protagonisten in dit verhaal dit in stand willen houden.

Op basis van (de meest recente) wetenschappelijke artikels en argumentatie stellen we dan ook de huidige aanpak in vraag:

DE DATA EN FRAMING

Tijdens de eerste lockdown werd de focus gelegd op de ziekenhuis (IC)-opnames en de overlijdens. Nu er in verhouding nauwelijks overlijdens en ziekenhuisopnames te melden zijn wordt de communicatie gevoerd rond het stijgend aantal besmettingen. Besmettingen die op zich niets zeggen. Test patiënten op streptokokken, stafylokokken, verkoudheids(corona) virussen en velen zullen positief testen. We lijken te vergeten dat we in symbiose leven met pathogenen.

Als verklaring horen we dat sommige patiënten met lichte tot matige ernst ook cardiale en pulmonale letsels vertonen. We geven graag mee dat dit eveneens is vastgesteld in overzichtsstudies voor de seizoensgriep (Influenza) (14, 15, 16, 17) waarbij meer dan 20% van de cases ziekenhuisopname vereisen en tot 8% komt te overlijden. Verder wordt er terecht aangehaald dat een groter aantal besmettingen kan leiden tot het bereiken van zwakkere personen. Dit is met andere pathogenen in onze samenleving ook altijd zo geweest, het nul-risico bestaat nu eenmaal niet.

Meer nog, verschillende studies tonen aan dat 50% tot 80% van de besmette populatie geen of lichte symptomen vertonen. 10% tot 15% vertoont zwaardere (niet-levensbedreigende) symptomen en een kleine restgroep, onderhevig aan comorbiditeiten en meestal op hoge leeftijd, loopt het risico op intensieve behandeling (18, 19, 20). Dit onderscheidt zich weinig van een echte influenza-infectie. Voor dit laatste hebben we nooit eerder zulke maatregelen genomen of hospitalisaties ingeroepen (cfr. 'flatten the curve')). Ze werden zelden getest en als 'natuurlijk overlijden' weggeschreven. Dit roept dan ook ethische vragen op.

We merken verder op dat vele epidemiologische definities naar voor werden gebracht tijdens het verloop van de pandemie. De CFR (Case Fatality Rate), de IFR (de Infection Fatality Rate) en de mortaliteitsgraad, om de belangrijkste te noemen. Deze zijn echter onderhevig aan correcte en representatieve data. Sinds de aanvang is het duidelijk dat de mortaliteitscijfers een amalgaam betreffen van oversterfte, bevestigde en niet-bevestigde cases. Zo valt op de Sciensano website te lezen dat op het contingent van 9.885 Covid-19 overlijdens, 74% uit de woonzorgcentra 'mogelijke gevallen' zijn. 49% van de gerapporteerde overlijdens vonden plaats in ziekenhuizen waarvan 95% bevestigd werd als Covid-19 (1). Zoals we weten dalen IFR/CFR naarmate een pandemie langer duurt en er meer data beschikbaar zijn. Waar bij aanvang de IFR werd geschat tussen 1 en 3,6% (1B,1C,3) blijkt op basis van cijfers uit juni (2) dat de IFR tussen de 0,3% en 0,5% zou liggen. Nog een maand later blijkt uit een studie van Stanford University (3) dat we internationaal al op 0,24% uitkomen. Voor een pandemische seizoensgriep vinden we 0,10% tot 0,17% terug (4). Men kan niet ontkennen dat Sars-Cov-2 een hogere mortaliteit inhoudt dan de seizoensgriep, althans op basis van de data die tot op heden beschikbaar zijn. Anderzijds kunnen we aannemen dat naarmate de pandemie vordert de IFR nog zal dalen en zien we ook dat de meerderheid van de overlijdens te betreuren zijn bij de ouderen en/of zwakkere risicogroepen.

DE RT-PCR TEST, T-CEL REACTIE EN KLINISCH ONDERZOEK

Bij RT-PCR testen zouden tussen 2,3 en 6,9% van de testen vals-positief zijn (4B,5B). Een zeer recente overzichtsstudie (03/09) meldt dat er sprake is van overraportering doordat 'oude' infecties van niet-besmettelijke personen 'positieve' stalen kunnen opleveren (5C). Volgens de CDC in de Verenigde Staten zou het terugbrengen van 40 naar 30 testcycli zorgen voor een daling van 70% aan 'positieve gevallen' doordat de test nu reageert op genetisch materiaal en oude infecties (5D). Onderzoekers vonden verder bij T-cel-reactietests in een populatie niet-besmette personen tot 60% Sars-Cov-2 reactiviteit met CD4+T-cellen wat suggereert dat er sprake is van kruisreacties met andere verkoudheids-(corona) virussen (5). De helft van deze testen zouden dus mogelijk 'vals positief' zijn. We zijn ons bewust dat er eveneens 'vals negatieve' casussen voorkomen. (6).

Bij aanvang van de symptomen ziet men bij RT-PCR testen tot 38% 'vals negatieve', dit daalt tot 20% en vanaf dag 9 stijgen deze terug naar 66% op 21 dagen na de besmetting (6). Het massaal testen heeft dus weinig tot geen zin, zeker niet als deze gebruikt worden om projecties te maken zoals nu dagelijks gebeurt en waarop de maatregelen steeds worden gebaseerd.

Het klinisch testen van symptomen is ook niet sluitend, Sciensano's protocol laat artsen dan ook toe om 'negatieve cases' toch als 'positief' te melden als ze hiervoor klinische redenen opmerken. Het massaal testen en traceren lijkt dus weinig efficiënt en we pleiten er dan ook voor om deze maatregel niet verder te koppelen aan 'quarantaine' en andere maatregelen. Laten we het vertrouwen teruggeven aan de bevolking die kan inschatten of ze een risico hebben gelopen. Geef de huisarts de plaats die hij/zij verdient. Indien de anamnese (verblijf in risicogebied, contact met gekende Covid-19 besmet persoon,...) wijst op een risico en/of mogelijke symptomatologie is het aan de arts en patiënt om een persoonlijke strategie uit te werken.

MONDMASKERS EN DE OVERHYGIENE

Naast het feit dat er nog steeds geen evidentie is over het nut van mondklappers in open lucht wordt dit massaal aangemoedigd. Het is aannemelijk dat dit kan bijdragen wanneer social distancing niet kan gegarandeerd worden, hoewel dit laatste ook een voorafname is zonder veel wetenschappelijke onderbouw.

Ruim 8 maanden wordt onze maatschappij onderworpen aan strikte hygiënische regels. Vanuit de gezondheidszorg pogen we al jaren te sensibiliseren om af te stappen van overhygiënische maatregelen vermits onderzoek aantoont dat deze een nefaste invloed hebben op onze

immuniteit (7,8,9,10,11). Fysiologisch hebben we nood aan contact met pathogenen om het adaptieve immuunsysteem actief te houden. Sinds enkele weken werd nu ook de mondkemperplicht ingevoerd. We dreigen af te glijden naar mogelijks een grotere vatbaarheid voor allerlei pathogenen. De collaterale schade aan toenames van allergieën, myocardiopathieën en hogere vatbaarheid voor influenza en coronastammen dreigt meer schade te berokkenen. In het najaar zal influenza opnieuw opduiken (in combinatie met Sars-Cov-2) en een mogelijke afname van natuurlijke weerbaarheid zou tot nog meer slachtoffers kunnen leiden. Onderzoek toont aan dat lage-en middeninkomenslanden waar hygiënische normen precair zijn ook minder mortaliteit kennen voor Sars-Cov-2. Kruisimmuniteit blijkt dus bij te dragen tot weerbaarheid (21).

Met onze aanpak valt dan ook een hogere oversterfte te verwachten in het najaar. Groepsimmuniteit lijkt moeilijk te verwerven, echter onze T-cellen zijn in staat als 'herkenners' ons te wapenen, dan wel op voorwaarde dat we er mogen mee in contact komen.

De huidige aanpak zou er kunnen toe bijdragen dat we onszelf als maatschappij vastzetten in lockdowns en extra maatregelen om 'controle' te behouden. Een vicieuze cirkel waar we nooit meer dreigen uit te komen. Wat is de hier de logica achter?

HET VACCIN ALS ULTIEME EXITSTRATEGIE

Met influenza-vaccinatie hebben we decennia ervaring, echter blijkt uit overzichtsstudies dat we er in 10 jaar tijd maar 3 keer in geslaagd zijn een vaccin te ontwikkelen dat een efficiëntie van boven de 50% haalde. Verder blijkt uit een Cochrane-review van 2016 dat er geen enkel bewijs is dat het inenten van zorgverleners ter preventie van overdracht enig nut heeft (22). Ook het inenten van onze ouderen blijkt weinig efficiënt. Boven de 55 jaar oud blijkt de seroprevalentie zelden boven de 50% uit te komen. Boven de 75 jaar is de efficiëntie bijna onbestaande (12,13).

Voor Sars-Cov-2 is de mutatiegraad nog niet goed gekend, een vaccin zou dus mogelijks kunnen bijdragen. Hoewel de seroprevalentie bij ouderen al in vraag mag worden gesteld op basis van voorgaand geciteerd Influenza-onderzoek. Ook stellen we ons vragen bij de snelheid waarmee dit nieuwe vaccin op de markt zou komen. Het is onmogelijk in te schatten wat de efficiëntie en de bijwerkingen zullen zijn op middellange en lange termijn. Ter verdediging van de huidige maatregelen wordt het voorzichtigheidsprincipe naar voor geschoven, waarom dan niet met dit vaccin?

Het Oxford-onderzoek, recent gebracht in de media, werd aangehaald als een zeer positieve stap voorwaarts. Bij het lezen valt op dat het werd

uitgevoerd op een gezonde populatie in de leeftijdscategorie 18 tot 55 jaar. Meer dan 50% van de testgroep vertoonde bijwerkingen. De vaccinatie-efficiëntie bleek goed, echter werd dit louter opgevolgd tot 3 maanden na toediening (13B). Ondertussen weten we dat bij transmissie van Sars-Cov-2 de antistoffen na zes maanden voor een groot deel verdwijnen. Het valt dus af te wachten wat een eventueel vaccin zal bijdragen. Waarom leggen we al de eieren in die mand?

NAAR OMGEKEERDE LOCKDOWN

Het narratief waarmee de pandemie initieel werd benaderd staat duidelijk niet meer in verhouding tot wat we vandaag weten. Waarom wordt dit narratief in stand gehouden? We roepen de experts en beleidsmakers op om de maatregelen te plaatsen in de huidige én brede wetenschappelijke context. Mits transparante en correcte informatie zal de burger begrip tonen voor het voortschrijdend inzicht en als dusdanig opnieuw motivatie vinden om adequate maatregelen te volgen.

De collaterale schade op socio-economisch en bio-psychosociaal vlak zal leiden tot een toename aan depressies, angsten, zelfmoorden, intra-familiaal geweld en zoals we onlangs in de pers mochten lezen ook kindermisbruik. Een kosten-baten-impactsanalyse door drie Belgische onafhankelijke onderzoekers wees hier al op in mei op basis van data van de eerste lockdown (23).

Het verguisde Zweden heeft ondertussen aangetoond dat we deze schade kunnen beperken. Hun sterftecijfer van 5776 op 82852 testen scoort alleszins beter dan België en dit zonder verplicht mondkmaskergebruik en overhygiënische maatregelen. De Zweedse data zijn perfect vergelijkbaar met België: ongeveer evenveel inwoners, vergelijkbaar aantal inwoners in de grootsteden (98% van Zweden is onbewoond) . Ook qua socio-demografie, urbanisatiegraad en medische zorg verschillen we weinig (23).

Sars-Cov-2 zal niet verdwijnen en wordt één van de zovele pathogenen die deel zullen blijven uitmaken van ons leven. We moeten er dan ook voor zorgen dat onze maatschappij opnieuw naar het 'oude normaal' kan terugkeren, zeker nu de data aantonen dat onze maatregelen disproportioneel zijn.

We stellen voor om naar een omgekeerd lockdown te evolueren waarbij risicopatiënten samen met hun arts een strategie kunnen uitwerken rond het nemen van de nodige individuele maatregelen tot zelfbescherming. Preventieve gezondheidspromotie kan helpen om de ganse bevolking blijvend te informeren over de gevaren die ze als vector hebben t.o.v. van de zwakkeren in de samenleving. Dit zou tevens bijdragen in een daling van de mortaliteit bij de seizoensgriep waar we tot op heden geen maatregelen voor namen en elk najaar/voorjaar een piek zagen in de woonzorgcentra, zonder dat deze personen werden getest. Een voorbeeld

zou kunnen zijn als griep in de familie circuleert dat we als bevolking op eigen initiatief een mondkapje dragen als we op bezoek gaan. Voor scholen blijkt ook dat het risico zeer klein is, niet meer of minder dan bij alle andere virale ziekten die we in de dagelijkse praktijk zien. Kinderen confronteren met dit huidige beleid ondermijnt hun psychologisch welbevinden dat mogelijks een impact zal hebben op hun verdere socio-psychologische leven. Dit valt niet te rijmen met een gezondheidsbeleid en de impact zal hier ook niet gering zijn voor de toekomstige uitgaven in de gezondheidszorg. Kortom: bescherm diegene die het nodig hebben, laat de rest van de populatie vrij bewegen zodat de ziekte zich natuurlijk kan verspreiden. Het zal op termijn het virus verzwakken (13B).

Laten we met ons land een voorbeeld zijn voor de rest van de wereld en onszelf in vraag stellen, evolueren naar een wetenschappelijk-kritische analyse zonder taboes en durven kiezen voor een omgekeerde lockdown. Het nul-risico bestaat niet, laten we met Sars-Cov-2 op een gezonde manier samenleven.

auteur: Sam Brokken reflecties/review: Dr. Van Wynsberge, Dr. Van Tussenbroek

met dank aan Prof. Dr. Calle en dr. Frederik Feys

Bron: [Omgekeerde lockdown](#)

**Ondertekend door meer dan duizend artsen,
specialisten, gezondheidswetenschappers,
onderzoekers en zorgverleners:**



(<https://omgekerdelockdown.simplesite.com>)