

## Cautus-memo:

### Misleiding omtrent verlaging beschermingsgraad zorgmedewerkers

#### a. RIVM

Recent zijn de RIVM-adviezen voor de beschermingsgraad van zorgpersoneel aangepast. Voorheen luidde de richtlijn dat zorgmedewerkers die met Covid-19- (verdachte) patiënten in aanraking kwamen, een FFP1-masker moesten dragen; op de IC en bij hoogrisico-handelingen waarbij er veel aerosolen vrijkomen, zelfs een FFP2-masker.

In de nieuwe richtlijn stelt het RIVM<sup>1</sup> dat – behalve voor hoogrisico-handelingen – een chirurgisch mondmasker voldoende bescherming biedt bij het verzorgen van een Covid-19 (verdachte) patiënt, ongeacht of dit op of buiten de IC plaatsvindt. Maar chirurgische mondmaskers zijn niet ontworpen om de zorgmedewerkers te beschermen<sup>2</sup>: ze zijn ontworpen om de patiënt te beschermen tegen micro-organismen van de zorgverlener.

Om de versoepeling van beschermende maatregelen voor zorgverleners te kunnen begrijpen, kan er worden gekeken naar de zogeheten reductiefactor van de verschillende maskertypes. Daarbij gaat het om de reductie van blootstelling aan aerosolen binnen het masker vergeleken met buiten het masker. Dit is in laboratoriumomstandigheden onderzocht; het Health and Safety Laboratory for the Health and Safety Executive heeft daarover in 2008 gerapporteerd (blz. 14):

- voor chirurgisch mondmasker is de reductiefactor ongeveer 5
- voor FFP1 is de reductiefactor ongeveer 100
- voor FFP2 is de reductiefactor ongeveer 200

RIVM verantwoordt zijn aanpassing van het beleid door te wijzen naar wat bekend is over de besmettelijkheid in de richtlijn WHO 2020a:

*“Druppelinfectie: transmissie via grote druppels uit hoesten en niezen binnen een afstand van 1,5 meter. (...) Er zijn geen aanwijzingen dat het virus zich aerogeen (via zwevende deeltjes in de lucht) verspreidt, behalve via aerosolen tijdens aerosolvormende handelingen (zoals tracheale intubatie, niet-invasieve beademing, tracheostomie, cardiopulmonaire reanimatie, manuele handmatige beademing voorafgaand aan intubatie, bronchoscopie, handelingen aan de tracheostoma, uitzuigen) (WHO 2020a).”* RIVM Covid-19 richtlijn blz. 5.

*“Het advies houdt in dat op basis van de huidige kennis ten aanzien van de transmissieroute van COVID-19 via druppels en (in)direct contact, een chirurgisch mondneusmaker type IIR voldoende bescherming biedt voor gezondheidsmedewerkers die patiënten moeten verzorgen met COVID-19 (WHO, Leidraad-NVMM).”* RIVM Covid-19 richtlijn blz. 12

Deze aanpassing van het RIVM heeft er op haar beurt voor gezorgd dat het beleid in de regio's en ziekenhuizen is aangepast. Daarbij is aan de zorgmedewerkers medegedeeld: *“Hiermee blijft iedereen voldoende beschermd.”* Er wordt vertrouwen gewekt door te benadrukken dat de aanpassing van de RIVM-richtlijn steunt op de richtlijnen van de WHO en op de Leidraad van de Nederlandse Vereniging van Medische Microbiologie. Maar wie die erbij pakt, constateert dat er essentiële nuances verloren

<sup>1</sup> <https://ici.rivm.nl/richtlijnen/covid-19>

<sup>2</sup> <https://nos.nl/nieuwsuur/video/2329352-dit-zijn-de-verschillende-soorten-mondkapjes.html>

zijn gegaan in de ‘vertaling’ van de ene richtlijn in de andere. De uitspraak “*Hiermee blijft iedereen voldoende beschermd*” doet in dat licht bezien geen recht aan de waarheid.

#### b. WHO

In de richtlijn WHO 2020a<sup>3</sup> staat inderdaad dat er tot op heden bij patiënten met Covid-19 geen harde bewijzen zijn voor aerogene transmissie, behalve bij handelingen die veel aerosolen produceren. RIVM benadrukt dat er bij hoesten en niezen wel druppelbesmetting kan ontstaan, maar dat dit niet als aerogeen-producerende situaties gezien wordt. Hoesten en niezen vormen dus geen extra besmettingsrisico. Daarbij is de aanbeveling dus druppelisolatie, niet de striktere aerogene isolatie.

Er zijn verschillende problemen met deze argumentatie:

1. Zelfs wanneer er enkel druppelisolatie en geen aerogene isolatie nodig is, dan nog is de norm in de meeste ziekenhuizen, zoals LUMC<sup>4</sup>, een FFP1-masker, niet een chirurgisch mondmasker.
2. Het is bekend dat de meeste bovenste-luchtweginfecties, in ieder geval gedeeltelijk, worden verspreid door aerosolen, geproduceerd tijdens het hoesten, niezen, praten of ademen (Sattar en Ijaz 2002<sup>5</sup>; Roy en Milton 2004<sup>6</sup>). Deze aerosolen variëren in grootte en kleine druppels kunnen lange tijd in de ruimte blijven, en dus door zorgmedewerkers worden ingeademd.
3. De beschikbare data over deze nieuwe ziekte is beperkt en de kennis verandert snel. De WHO 2020a, waarop het RIVM zich baseert, om de beschermingsgraad te verlagen op 2 april, dateert van 27 februari. In coronatermen is dat (te) oude informatie.
4. De ervaring van de afgelopen tijd leert dat het coronavirus, naarmate de kennis toeneemt (overleving van virus op oppervlaktes<sup>7</sup>, nut van stoffen mondkappen op straat), geen versoepeling van de veiligheidsmaatregelen toestaat, maar juist striktere maatregelen noodzakelijk maakt.
5. Een nieuwe studie van het Amerikaanse National Institute of Allergy and Infectious Diseases toont aan dat “*aerosol ... transmission of [the new coronavirus] is plausible, since the virus can remain viable and infectious in aerosols for hours.*”<sup>8</sup>
6. De volledige titel van de WHO richtlijn waarop het RIVM zich baseert heet **Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19), interim guidance 27 February**. Deze richtlijn gaat niet strikt over veiligheid, maar over het optimaliseren van beschermmiddelen in een context van schaarste: “*Recommendations for optimizing the availability of PPE.*”
7. De WHO 2020a-adviezen zijn dus in ieder geval beïnvloed, mogelijk in beslissende mate, door tekorten. Daarbij wordt er naar een evenwicht gezocht tussen beschikbare materialen en een acceptabel risico. Dat betekent niet alleen dat deze adviezen bedoeld zijn voor landen

<sup>3</sup> [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE\\_use-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<sup>4</sup> <https://www.lumc.nl/pat/att/805200124552715/folder-contact-druppelisolatie>

<sup>5</sup> Sattar, S. A., & Ijaz, M. K. (2002). Airborne viruses. In C. J. Hurst (Ed.), *Manual of environmental microbiology* (pp. 871–883). Washington D.C.: American Society for Microbiology Press.

<sup>6</sup> Airborne transmission of communicable infection--the elusive pathway. Roy CJ1, Milton DK. *N Engl J Med*. 2004 Apr 22;350(17):1710-2.

<sup>7</sup> <https://www.theguardian.com/us-news/2020/apr/04/how-long-does-coronavirus-live-on-different-surfaces>

<sup>8</sup> <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2004973>

die veel minder middelen tot hun beschikking hebben dan Nederland, maar ook dat er al enige veiligheidsconcessies in de aanbevelingen verwerkt zijn.

8. Uit verschillende hoeken komen er adviezen voor ‘rationeel gebruik van adembeschermingsmaskers’.<sup>9</sup> Daarin wordt erop gewezen dat er in praktijkstudies bij influenza weinig verschil in besmetting werd gemeten tussen dragers van chirurgische mondmaskers en FFP2-masker. Maar deze resultaten hebben een lage betrouwbaarheid, in alle studies scoorden de FFP2-maskers beter, en Covid-19 is een nieuwe ziekte met een hogere mortaliteit. Een advies dat – wellicht – voor influenza geldt, valt niet zomaar naar Covid-19 te extrapoleren.
9. Zowel de redenering rond aerosole besmetting als de extrapolatie van maskergebruik bij influenza is op zijn best “absence of evidence”, maar zeker geen “evidence of absence.”
10. Deze onzekerheid geeft RIVM ook aan door te stellen dat “*exacte gegevens over de besmettelijkheid ontbreken*” (RIVM: Covid-19-richtlijn, blz. 5). Deze onzekerheid is moeilijk te rijmen met de stellige uitspraken over veiligheid die er worden gedaan. En al helemaal met het feit dat men op grond hiervan de beschermingsgraad van zorgmedewerkers durft te verlagen.

Hoe is een verlaging van de beschermingsgraad ‘op medische gronden’ te rechtvaardigen, terwijl dit op geen enkel nieuw bewijsmateriaal gestoeld is?

### c. NVMM

De Nederlandse vereniging van Medische Microbiologie heeft op 11 maart een nieuwe leidraad gepubliceerd over infectiepreventie bij Covid-19<sup>10</sup>. Daarin staat:

*“FFP1-masker bij verzorging van niet-IC-patiënten met COVID-19. FFP2-masker bij verzorging van IC-behoefte patiënten met COVID-19 én bij aerosolvormende handelingen. Bij een dreigend tekort aan maskers, geef prioriteit van FFP maskers (1 of 2) voor de IC en op plekken waar veel aerosolvormende handelingen plaatsvinden en gebruik bij tekort een chirurgisch IIR masker.”*

Hoewel het RIVM claimt dat zijn eigen gewijzigde richtlijn over veilig gebruik van chirurgisch mondmaskers berust op de NVMM-richtlijn, lijken ze elkaar tegen te spreken op enkele cruciale punten

#### IC-zorg:

De NVMM-richtlijn maakt onderscheid tussen IC- en niet-IC-behoefte Covid-19-patiënten; de RIVM-richtlijn doet dat niet. Volgens de RIVM-richtlijn is gebruik van FFP2-maskers enkel nodig op hoogrisicomomenten. In het lijstje van aerosol-vormende handelingen zijn de standaard IC-opname en -zorg niet meegenomen. Dat betekent dat medewerkers op een IC, die voorheen met een FFP2-masker werkten, aan het werk kunnen worden gezet met een chirurgisch mondmasker. Daarbij kunnen de ziekenhuizen en de overheid beweren dat het zorgpersoneel de juiste bescherming heeft en veilig werkt. De regels zijn immers aangepast en worden naar de letter gevolgd.

Dit is niet louter een theoretische overpeinzing. Door de invoer van de nieuwe RIVM-richtlijn heeft het zich in sommige centra al voorgedaan dat het personeel IC-zorg heeft geleverd slechts ‘beschermd’ met chirurgische mondmaskers. Dat is een forse downgrade en een reëel gevaar voor IC-

<sup>9</sup> <https://www.ntvg.nl/artikelen/rationeel-gebruik-van-ademhalingsbeschermingsmaskers>

<sup>10</sup> <https://www.nvmm.nl/media/3387/200312-leidraad-infectiepreventiemaatregelen-bij-covid-fasering-versie-1-110320.pdf>

medewerkers die werken met de ziekste en besmettelijkste patiënten. Enkel voor de voorgeschreven aerosol-vormende handelingen op de IC, zoals uitzuigen en intuberen, is het volgens de richtlijn gerechtvaardigd en noodzakelijk zich te beschermen met een FFP2-masker. Zo wordt er een context gecreëerd waarin personeel zich bezwaard voelt wanneer het, omwille van een optimale bescherming, toch om een FFP2 masker vraagt. En legaal gezien mag je niet weigeren te werken in deze omstandigheden omdat je volgens de heersende norm adequaat bent beschermd.

#### **Niet-IC-zorg:**

Voor niet-IC-patiënten heeft ergens in de vertaling van de NVMM-leidraad naar de aangepaste RIVM-richtlijn de boodschap een kwalijke mutatie ondergaan: van 'FFP1 is aanbevolen, chirurgische maskers zijn voor uiterste nood' naar 'chirurgische maskers zijn veilig'. Zorgmedewerkers op de spoedeisende hulp en de Covid-19-verpleegafdelingen bij standaardzorg zijn daardoor gedowngraded van een FFP1 naar een chirurgisch mondkapje en lopen dus meer risico. Deze keuze, geïnspireerd door krapte en niet door medische inzicht, wordt subtiel tussen de regels door benoemd in de RIVM-richtlijn: "*Vanwege de bestaande krapte van mondkapjes is het nodig om het gebruik van mondneusmaskers aan de **feitelijke risico's** aan te passen.*" (RIVM: Covid-19-richtlijn, blz. 12.)

In feite heeft het RIVM, zonder enige nieuwe data, teruggerepen op de aloude richtlijnen en studies, maar deze opnieuw heeft gelezen met een 'bril van schaarste'. Het heeft de heersende veiligheidsnorm afgezet tegen dit '**feitelijke risico**' om te komen tot een versoepeling van de veiligheidsnorm. Deze noodmaatregel is vervolgens verpakt als een medische beslissing, zonder dat de overheid een bijbehorende noodtoestand hoeft uit te roepen. Bovendien is niet alles in het werk gesteld om dit gevaarlijke scenario te vermijden.

#### **d. Rol van de overheid**

Hoewel de behoefte en het gebrek aan mondkapjes zich ruim van tevoren hadden aangekondigd, heeft de overheid behoorlijk wat steken laten vallen. Hieronder volgt een klein overzicht:

1. Op 19 maart zegde minister Bruins toe om een noodvordering toe te passen. Er wordt door minister De Jonge op deze belofte terug gekomen omdat dit bedrijven kan afschrikken en onderhandelingen verstoren<sup>11</sup>. Het terugtrekken van deze maatregel heeft bedrijven en leveranciers er overigens niet van weerhouden 1,3 miljoen onveilige mondkapjes aan de overheid te leveren<sup>12</sup> zonder dat deze strategie is heroverwogen.
2. Er zijn buiten de zorg veel herbruikbare FFP2- en FFP3- maskers in omloop waarvan nu geen gebruik wordt gemaakt: o.a. in de asbest-, verf-, gas en olie-, chemische en lasindustrie<sup>13</sup>.
3. Sowieso is het niet haalbaar om enkel in te zetten op een strategie van wegwerpmaskers<sup>14</sup>. Er is in Nederland per week behoefte aan 4,5 miljoen maskers, de crisis gaat zeker tot de zomer duren en de internationale markt is op hol geslagen. Er moet dus optimaal worden gekeken naar herbruikbare maskers, in ieder geval voor de grootverbruikers binnen het ziekenhuis, zodat er meer wegwerpbare maskers beschikbaar komen voor buiten het ziekenhuis.

<sup>11</sup> <https://nos.nl/liveblog/2327827-637-besmettingen-en-30-doden-erbij-in-nederland-drukte-op-strand-en-markten.html#UPDATE-container-44222033> op de 2e pagina onderaan

<sup>12</sup> <https://www.nu.nl/coronavirus/6042334/china-in-nederland-afgekeurde-mondkapjes-niet-voor-medisch-gebruik.html>

<sup>13</sup> <http://lasgroepldr.nl/actie-tegen-corona.html>

<sup>14</sup> <https://inhetnieuws.nl/nieuws/vakantie-reizen/4-5-miljoen-mondkapjes-per-week-nodig-in-nederland/7580187>

4. Over KLM en Schiphol zegt de regering dat die “koste wat het kost gered zullen worden”<sup>15</sup> Maar er wordt niet koste wat kost overboden op maskers<sup>16</sup>, er wordt niet koste wat kost geïnvesteerd in alternatieven. Volgens een betrokkene rond het ministerie gaat Nederland veel te calculerend te werk. „Alles wordt eerst doorgerekend. Hoeveel kost dit? Kunnen we het voor onze prijs krijgen? Bij veel fabrieken is het nu gewoon afrekenen bij de poort, anders is het weg.”<sup>17</sup>
5. Ter illustratie: voor creatieve oplossingen voor de aanpak van corona heeft ZonMW<sup>18</sup> op 12 april 490.000 euro beschikbaar. Verwacht wordt dat 18% tot 37% van de voorstellen een beperkte steun kunnen ontvangen van tussen de 7500 en 15.000 euro voor verdere ontwikkeling. Door de grote drukte kan het 2 weken duren voordat er een antwoord komt en aanmeldingen na 12 april worden niet in behandeling genomen. Maar de overheid beweert nog steeds dat er alles aan wordt gedaan om zorgverleners te beschermen.
6. Hoe komt het dat creatieve oplossingen zich moeten aanmelden en er niet een centrale, overheidsgestuurde instelling is die alle initiatieven, nationaal en internationaal, in kaart brengt, daar keuzes in maakt en ze verder uitwerkt?
7. Rijkelijk laat, pas op 24 maart is er een Landelijk Consortium Hulpmiddelen opgericht<sup>19</sup>. In deze tijden dat je snel moet schakelen is dit consortium niet telefonisch bereikbaar. Hierdoor is er bij aanmelding geen onderscheid tussen kleine en grote projecten, tussen veelbelovende of doodlopende initiatieven. Zo gaat er veel kostbare tijd verloren.
8. Verschillende bedrijven die maskers aanbieden moeten onnodig lang wachten aan de zijlijn, terwijl ze op de stapel liggen bij VWS en LNAZ (Landelijk Netwerk Acute Zorg)<sup>20 21</sup>
9. Testfaciliteiten voor de kwaliteit van maskers zijn erg beperkt, waardoor verdere ontwikkelingen vertraging oplopen.
10. De vraag lijkt gewettigd of de rijksoverheid niet meer gefocust is op het tegengaan van paniek dan op het vinden van een oplossing voor het dubbele tekort dat de Nederlandse aanpak van de epidemie ernstig belemmert: het tekort aan tests<sup>22</sup> en het tekort aan beschermingsmiddelen.
11. Ook de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care bekritiseert de Nederlandse aanpak, die gekenmerkt wordt door een gebrek aan centrale, ‘militaire’ aansturing<sup>23</sup>

Kortom, terwijl de Nederlandse staat iedere dubbeltje omdraait, weken de tijd neemt om tot beslissingen te komen, zich passief opstelt ten aanzien van nieuwe initiatieven en vorderen van middelen een brug te ver vindt, mag de zorgverlener de prijs betalen voor dit wanbeleid. Terwijl er wordt gestrooid met miljoenen en miljarden voor het bedrijfsleven, moet de zorg bedelen om haar materiaal. In plaats dat alles op alles word gezet om de zorgverleners veilig te houden, wordt de veiligheidsnorm versoepeld en de schijn opgehouden dat de situatie onder controle is.

<sup>15</sup> <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/03/18/waarom-moet-de-gemeenschap-de-markt-redden-a3994094>

<sup>16</sup> <https://nos.nl/artikel/2327826-de-jonge-veel-mondkapjes-aangeboden-maar-koop-gaat-vaak-niet-door.html>

<sup>17</sup> <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/04/09/nederlandse-inkoop-mondkapjes-gaat-te-traag-a3996447>

<sup>18</sup> <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/coronavirus/creatieve-oplossingen-aanpak-coronavirus-covid-19/>

<sup>19</sup> <https://www.nfu.nl/actueel/landelijk-consortium-hulpmiddelen>

<sup>20</sup> <https://www.ad.nl/binnenland/mondkapjes-tekort-uit-deze-fabriek-komen-er-elke-dag-een-half-miljoen~aebbb904/>

<sup>21</sup> <https://nos.nl/artikel/2330007-inkoop-en-productie-mondkapjes-in-nederland-had-sneller-gekund.html>

<sup>22</sup> <https://www.irishtimes.com/news/world/europe/how-dutch-false-sense-of-security-helped-coronavirus-spread-1.4199027>

<sup>23</sup> <https://www.dagelijksestandaard.nl/2020/03/baas-intensive-cares-bekritiseert-corona-aanpak-nederlandse-overheid-acute-crisis-je-mist-centrale-militaire-aansturing/>

Er is veel gesproken over de mondmaskercrisis en de moeilijke keuze waar zorgverleners voor worden gesteld: die tussen hun eigen veiligheid en hun zorgdrang. Minister De Jonge ontkende met klem dat dat dilemma in de zorg nu al dagelijkse realiteit zou zijn. Daarmee haalde hij zich de woede van de beroepsvereniging V&VN op de hals: „Het tekort verdwijnt niet door het te ontkennen”<sup>24</sup>. Maar het tekort verdwijnt wel, in ieder geval schijnbaar, door de spelregels te veranderen. Dankzij de nieuwe RIVM-richtlijn kunnen de cijfers in ieder geval opgepoetst worden. Wanneer de KNMG terecht eist dat zorgmedewerkers voldoende beschermd zijn, realiseert ze zich niet dat het RIVM intussen de definitie van ‘beschermd’, ‘veilig’ en ‘risico’ heeft veranderd. De potentiële gevolgen van deze semantische en regulatoire verandering moeten niet onderschat worden.

Eerder zijn er 1,3 miljoen maskers onveilig bevonden voor ziekenhuizen (600.000 daarvan waren al gedistribueerd aan ziekenhuizen) omdat die niet voldeden aan de FFP1- en FFP2-normen. Maar met de aangepaste richtlijn is het in principe mogelijk diezelfde maskers opnieuw te verspreiden en te beweren dat die de zorgmedewerkers volgens RIVM-richtlijnen voldoende beschermen. Juridisch zou dat kloppen – niet onbelangrijk, mocht het tot rechtszaken komen over het in gevaar brengen van zorgverleners. Maar moreel is het een aanfluiting.

Vergezocht? Het is, met een kleine variatie, al gebeurd. Op 3 april, daags na de aanpassing van de RIVM-richtlijn, twitterde minister Van Rijn voor Medische Zorg:

*“Vanochtend kwam er uit China weer een vracht binnen met 938.000 chirurgische maskers type IIR. Deze zijn inmiddels allemaal gekeurd volgens de richtlijnen van het @rivm en akkoord bevonden voor uitgifte. Goed nieuws voor de fantastische medewerkers in de zorg.” twitterde de bewindsman. “Vorig weekend meldde hij nog dat een zending van mondmaskers uit China was afgekeurd. De kwaliteit van de 600.000 maskers was ver onder de maat, zei Nederland. De kapjes konden niet in ziekenhuizen gebruikt worden.”*<sup>25</sup>

Als deze aankondiging enkele dagen eerder was gedaan, zou ze niet waar zijn geweest: de chirurgische mondmaskers type IIR waren toen immers niet in overeenstemming met de normen van de richtlijn.

#### e. Conclusie

Kortom, een gedateerd WHO-advies over het rantsoeneren van beschermingsmiddelen in tijden van krapte, gecombineerd met de NVMM-leidraad waarbij een noodscenario met gebruik van chirurgisch mondkapjes buiten zijn context wordt getrokken en heel anders wordt vertaald, heeft geleid tot een nieuwe standaard waardoor zorgmedewerkers bloot worden gesteld aan hogere risico’s. Tegen de tijd dat de richtlijn wordt toegepast in het ziekenhuis is de boodschap geworden dat het veranderd beleid is gebaseerd op basis van wetenschappelijke informatie en ondersteund door de richtlijnen van WHO, NVMM en RIVM. Insinueren dat dit een zuiver medische beslissing is in plaats van een noodsituatie ingefluisterd door krapte is ronduit misleidend.

Met minder beschermingsmaatregelen neemt de zorgcapaciteit af, waardoor de veiligheid van patiënten (Covid en non-Covid) in het gedrang komen. *“Het grootste risico is nu dat zorgverleners besmet raken en het ziekteverzuim dramatisch toeneemt. Als dat gebeurt, hebben we een nog grotere crisis,”*<sup>26</sup> stelt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. De kosten van beschermingsmiddelen en tests voor zorgverleners vallen in het niet vergeleken met de maatschappelijke en economische

<sup>24</sup> <https://www.telegraaf.nl/nieuws/1831046671/woede-en-ongeloof-bij-zorgpersoneel-over-uitspraken-minister-de-jonge>

<sup>25</sup> <https://www.telegraaf.nl/nieuws/1067400392/bijna-miljoen-maskers-uit-china-aangekomen>

<sup>26</sup> <https://www.nd.nl/nieuws/varia/965784/baas-inspectie-grotere-crisis-bij-besmetting-zorgverleners>

kosten van een steeds heviger en steeds langere crisis. Het beschermen van zorgpersoneel is de best denkbare investering om de economie er weer boven op te helpen.

Deze economische overweging staat nog los van de ethische discussie. Er is een onuitgesproken moreel contract tussen overheid en samenleving enerzijds en zorgverleners anderzijds: **wij zorgen voor iedereen, jullie zorgen voor ons**. De gevolgen van het verbreken van dit moreel contract is hartverscheurend. Een Britse dokter, onlangs overleden aan Covid-19, had een pleidooi gehouden voor betere beschermende maatregelen omdat gezondheidswerkers "*in direct contact staan met patiënten*" en "*een mensenrecht hebben zoals anderen om in deze wereld ziektevrij te leven met ons gezin en onze kinderen*".<sup>27</sup>

Men kan begrip opbrengen voor de uiterst moeilijke situatie waarin de overheid en haar team van deskundigen verkeren. Het is echter onjuist om te argumenteren dat een chirurgisch mondkapje, volgens de wetenschappelijke inzichten, voldoende bescherming biedt. Of deze lagere beschermingsgraad gerechtvaardigd is, zou enkel en alleen moeten afhangen van de beschikbaarheid van materialen. En die hangt voor een flink deel af van de moeite die wordt gedaan om ze te verkrijgen.

Dat er scenario's worden uitgewerkt waarin we enige concessies moeten doen op het gebied van veiligheid in een context van crisis en schaarste is volledig begrijpelijk en ethisch. Dat men die concessies niet van de daken schreeuwt maar liever subtiel verwoordt, is volledig invoelbaar. Maar dat deze noodmaatregel, die mensenlevens op het spel zet, op misleidende wijze als een medische beslissing wordt gepresenteerd, terwijl de overheid overduidelijk niet alles in het werk heeft gesteld om de crisis op te lossen, is onbegrijpelijk. Hoe kan het dat in een 'code rood'-scenario het twee weken of langer duurt voordat de overheid beslissingen neemt? Hoe kan het dat instanties niet de middelen en logistieke ondersteuning krijgen, desnoods van het leger, om deze taak uit te voeren? Hoe kan het een brug te ver zijn om beschermingsmiddelen te vorderen van Nederlandse bedrijven, terwijl het leven van zorgverleners op het spel zetten wel een acceptabel risico is?

---

<sup>27</sup> <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/09/consultant-who-pleaded-for-more-nhs-hospital-ppe-dies-of-coronavirus>