

Positie paper over het Nederlandse belang van COVID bestrijding in Afrika

Achtergrond

Epidemieën en pandemieën door zoönoses (overbrenging van dier op mens) zijn een steeds vaker terugkerende realiteit in de wereld en deels een consequentie van menselijk gedrag. Deze eeuw heeft al drie grote corona-uitbraken opgeleverd (SARS-1: 2003, MERS: 2012 en SARS-2: 2019) en daarnaast epidemieën zoals influenza (2009), Ebola (2013), Chikungunya (2014) en Zika (2015).

De situatie in Afrika is zorgelijk. COVID-19 is daar veel meer verstopt dan in Europa. Dit komt in eerste instantie door onderrapportage en zeer beperkt testen. De strikte maatregelen van Afrikaanse overheden vanaf April 2020 hebben veel stigma en angst opgeleverd onder de bevolking. Mensen kunnen moeilijk (thuis) in quarantaine gaan, want ze zijn voor hun inkomen en voedsel afhankelijk van hun dagelijkse bezigheden buitenshuis. Daarom wil niemand zich laten testen. In Zambia zagen we in de zomer van 2020 een 100x onderrapportage van COVID-19. Daarnaast zijn Afrikanen gemiddeld 25 jaar jonger dan Europeanen, wat veel minder COVID-19 verschijnselen betekent. Dan zijn er nog andere mogelijke verklaringen voor een geringere ziektelast door COVID-19 zoals erfelijke factoren, een geactiveerd Afrikaanse immuunsysteem door infecties met parasieten, een betere kruisbescherming door het circuleren van 'snotneus'-corona virussen, vaccinatie met BCG. Kortom: er is aanzienlijk meer COVID in Afrika dan men denkt. Maar de Afrikaanse burger merkt er niet zo heel veel van, de ziekenhuizen blijven overwegend leeg en mensen blijven nonchalant in hun gedrag. Belangrijk om op te merken is dat de meerderheid van COVID-19 in Afrika oorspronkelijk uit Europa komt.

Slechte vaccinatiedekking – extra kans op mutaties

Intussen komt de vaccinatiecampagne voor Afrika (COVAX) niet echt op gang, vanwege grote tekorten aan vaccins. Daarnaast vormen zwakke gezondheidssystemen en de infrastructuur (mensen en middelen) een probleem. Die infrastructuur is nodig voor uitvoeren van grootschalige vaccinatieprogramma's en momenteel zeker niet toereikend voor de meest effectieve mRNA vaccins. En ten slotte is de vaccinatiebereidheid laag, omdat mensen de noodzaak niet zien, maar ook omdat ze bang zijn met 'tweede hands' westerse vaccins opgescheept te worden. Momenteel is slechts 1-2% van de Afrikaanse bevolking gevaccineerd, in tegenstelling tot meer dan 40% van de Europeanen. Slechte vaccinatie geeft extra kans aan het virus om te muteren en minder gevoelig voor het vaccin te worden. Het scenario dat de vereiste minimale 60% dekkingsgraad voor Afrika wel eens een jaar of drie kan duren, is onheilspellend. Dat geeft het (verstopte) virus ruim de tijd om te muteren naar nieuwe varianten. De HIV situatie in Afrika is daarbij nog een extra zorgfactor, met zeker 10 miljoen Afrikanen met onderdrukte immuunsystemen, waarbij COVID gemakkelijker muteert. Recent onderzoek wijst al uit dat inderdaad extra COVID varianten in HIV patiënten in Afrika ontstaan. Het zou goed kunnen dat de Zuid Afrikaanse variant (VoCβ) ook op die wijze begon, zoals gedocumenteerd voor de Engelse variant (VoCα).

Werking Westerse vaccins in Afrika

Wat betreft vaccinatie in Afrika, speelt nog een ander probleem: mogelijk werken daar de Westerse vaccins minder goed. Omdat het immuunsysteem van Afrikanen chronisch geactiveerd is, zien we een verminderde werking van sommige vaccins, zoals BCG, gele koorts, rotavirus, polio, tetanus, maar ook van kandidaat-vaccins zoals voor TB, malaria, Ebola. Intussen zal het COVID-19 virus in Afrika de komende jaren doorgaan met muteren en steeds minder gaan lijken op de virussen van de Westerse wereld die verwerkt zijn in de huidige vaccins. Er zal met de tijd behoefte komen aan productiecapaciteit van nieuwe RNA-vaccins, gebaseerd op lagere en midden-inkomens landen (LMIC) varianten en afgestemd op het Afrikaanse immuunsysteem.

Nederland gaat in de komende jaren te maken krijgen met COVID varianten die komen uit minder gevaccineerde LMICs, zo ook uit Afrika. De R-0 waardes van deze nieuwe varianten kunnen hoger zijn en daarmee de vereiste vaccinatie-dekkingsgraad. Het is niet ondenkbaar dat de Indiase variant (VoCδ) een dekkingsgraad van 80% vereist (R-0=5) in plaats van 60% (R-0=2.5). Dit gaat een probleem worden in onze maatschappij gezien de substantiële groepen mensen die niet gevaccineerd (willen) worden. Kortom, COVID-19 heeft duidelijk gemaakt dat de zogenaamde

‘epidemic preparedness’ van de wereld veel te wensen overlaat. De infectieziekten zijn weer helemaal terug van weggeweest. Wat zijn de lessen voor de toekomst?

Concrete aanbevelingen

In bovenstaande realiteit volgen hieronder enkele concrete aanbevelingen voor de Vaste Kamercommissie van VWS. Deze genoemde aanbevelingen zijn direct in het belang van de Nederlandse gezondheid en dienen dan ook als een integraal onderdeel van het Nederlandse beleid ter bestrijding van COVID en mogelijke toekomstige pandemieën te worden beschouwd.

Prioriteer COVID vaccinatie in LMICs

- **Investeer in COVAX** en randvoorwaarden
- Werk aan een gecoördineerd **Europees initiatief** om COVID vaccin surplus naar COVAX te brengen
- Ondersteun het **opbouwen van productie-capaciteit** van vaccins, diagnostica en medicijnen in LMICs, zoals het PAVM: Partnership for African Vaccine Manufacturing
- Ondersteun inspanningen om de **vaccinatie bereidheid** te vergroten
- Werk aan **IP-oplossingen** (compulsory licensing, patent pool, tijdelijke patent opheffing)

Ondersteun toegang tot COVID testen in LMICs

- Ondersteun toegang tot **COVID sneltesten** en incorporeer in (routine) LMIC programma's (zoals Sexual and Reproductive Health)
- Gebruik testen om **risicogroepen** in LMICs te identificeren en vaccins te prioriteren

Traceer COVID varianten in LMICs

- Ondersteun initiatieven om **varianten vroeg op te sporen** en te isoleren, zoals het CDC-Africa Institute of Pathogen Genomics (IPG), ook om genetische informatie te krijgen voor nieuwe mRNA vaccins

Algemeen

- Stimuleer **operationeel onderzoek** (houdbaarheidsstudies vaccins, werkzaamheidsstudies) in LMICs

Tenslotte: gebruik digitalisering ten behoeve van transparantie en effectiviteit

De wereld is ooit begonnen met HIV bestrijding middels ‘verticale’ programma's gesteund door speciale fondsen (PEPFAR, GFATM). Dat was toentertijd een logische keuze, gezien de urgentie. Nederland heeft hierin een voortrekkersrol gespeeld en een uitstekende reputatie opgebouwd. Maar in de huidige tijd van UHC (universal health coverage) zien we dat het moeilijk is om HIV programma's te stroomlijnen met (horizontale) basale gezondheidszorg in LMICs. Daarnaast werd in het verleden HIV verticaal aangepakt om verantwoording te verkrijgen op gelden en om impact te monitoren. Met de huidige digitalisering van zorg zijn er inmiddels ook andere manieren om transparantie te verkrijgen. Daarom nu het advies: integreer COVID-19 interventies in primaire gezondheidszorg en leg hiermee direct ook de basis van bestrijding toekomstige epidemieën.

Digitalisering (en koppeling aan mobiele telefonie) maakt patiëntgerichte en flexibelere zorgsystemen mogelijk. Bijna iedereen in Afrika heeft een (simpel) mobieltje en dat is genoeg. Digitale data kunnen (bijna) ‘real-time’ inzichten geven, die beleidsmakers en overheden helpen snel te schakelen. Bovendien worden met behulp van digitale zorgplatforms geldstromen transparanter en kan mogelijke ‘overhead’ met (donor)geld beter worden geïdentificeerd. Daarnaast kan een digitaal netwerk middels SMS en social media goedkoop en gericht informatie verspreiden onder mensen, zowel ter preventie als voor de behandeling van bepaalde ziektes. Digitalisering helpt ook zorg te ‘targeten’ naar de allerarmsten middels mobiele digitale inkomenstoetsen.