

Een commentaar op de Eerste Tranche
Aanpassing Wet Publieke Gezondheid

De ambulance die uit de bocht vloog

Wat 2 jaar crisismanagement
leert over artsen en ministers
met gereedschapskisten



DE AMBULANCE DIE UIT DE BOCHT VLOOG

Wat 2 jaar crisismanagement leert over de Eerste Tranche Aanpassing Wet Publieke Gezondheid

INLEIDING EN SAMENVATTING

Dit rapport met aanbevelingen voor de lopende wetswijziging Wet Publieke Gezondheid is voortgekomen uit een analyse van met name drie rapporten:

- het rapport Berenschot (2011), “Evaluatie Aanpak Nieuwe Influenza A (H1N1) (de Mexicaanse griep)”¹ over de crisisbesluitvorming rondom de Mexicaanse griep-crisis, 2009
- en de twee deelrapporten van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid (Aanpak coronacrisis, deelrapport 1 & 2)², over de coronacrisis

Verder verscheen in 2021 een Berenschot-evaluatierapport dat zicht geeft op het corona-crisis-management van het ministerie van VWS in de eerste drie kwartalen van 2020.

Als je al deze rapporten samen leest, dan zit er een behoorlijk groot risico in de wijze van besluitvorming:

- de besluitvorming wordt gedelegeerd aan experts
- de experts proberen uit te gaan van wetenschappelijk bewijs
- het wetenschappelijk bewijs is er niet, of het is tegenstrijdig
- er is een automatisch WHO-model van opschalen van maatregelen bij een acute crisis. Ernst van de ziekte weegt niet mee.
- Bij het opschalen van maatregelen moeten de experts een keuze maken uit tegenstrijdig, zwak of grotendeels afwezig wetenschappelijk bewijs
- Het voorzorgsbeginsel, *better safe than sorry*, schrijft dan snel voor dat ondanks zwak bewijs een maatregel genomen moet worden
- De deskundigen nemen nog eens extra voorzorg door in de prognose een onzekerheidsmarge in te bouwen voor de capaciteit. Het doel wordt om tien tot twintig procent *onder* de maximale capaciteit te blijven, om in ieder geval te voorkomen dat je er overheen schiet. Een maatregel wordt daardoor al snel urgent.
- Proportionaliteit is lastig te meten. Het is een kosten-baten-analyse die experts niet gewend zijn te maken en die buiten hun deskundigheid valt, terwijl hun deskundige mening wel doorslaggevend is voor de richting van het politieke besluit.
- Er zijn allerlei ambtelijke commissies die meespreken, maar de feitelijke besluitvorming is in handen van een klein groepje
- Wiskundige modellering is lastig. Ook hier geldt het voorzorgsbeginsel: worst-case wordt daardoor leidend in de afweging wanneer en in welke mate in te grijpen.
- Een ‘somber gevoel’ wordt daardoor leidend in de afwegingen van experts.

¹ Te downloaden op <https://crisislab.nl/onderzoeksrapporten/>

² Te downloaden via <https://www.onderzoeksraad.nl>

- Afschalen is moeilijker dan opschalen: het zou erger kunnen worden of het opschalen zou op basis van zwak wetenschappelijk bewijs misschien effect gehad kunnen hebben, dus dat is alle reden om voorlopig niet af te schalen.
- Onzekerheden blijven onderbelicht.
- Daling van ziektegevallen is bewijs 'dat de maatregelen werken' en dus langer voortgezet moeten worden, of zo nodig strenger gemaakt om nog zwaardere maatregelen te voorkomen. En stijging van ziektegevallen is bewijs dat de maatregelen 'nog niet voldoende werken' en daarom langer voortgezet moeten worden of verzaamd om nog zwaardere maatregelen te voorkomen.

Gevolg is dat je daardoor snel in steeds langduriger en/of zwaardere maatregelen belandt die niet snel teruggeschaald worden. De grondrechten (recht op onderwijs, vrijheid van vereniging, vergadering en betoging, persoonlijke levenssfeer, onaantastbaarheid lichaam, bestaanszekerheid etc) komen daardoor stelselmatig in de knel. Nuance over de effectiviteit van de aanpak valt weg, in ieder geval in de communicatie naar het publiek.

Volgens de vaste leer houdt de rechter zich afzijdig. Tegen een pandemie valt ieder argument over 'proportie' al bijna weg, zo volgt uit de coronajurisprudentie, en als experts aan de overheid een advies geven dan is de daarop gebaseerde kabinetsbeslissing onaantastbaar. Zelfs als andere experts tot tegengestelde conclusies komen.

Het grote risico is dat de burger klem komt te zitten. Het systeem is als een op hol slaand horloge. Het gaat steeds sneller lopen en jaagt alleen maar op. Het loopt steeds maar verder op de feiten vooruit. De burger houdt het niet meer bij en wordt steeds en steeds bozer. Het gebrek aan wetenschappelijk bewijs maakt dat de strijd in de politieke arena een geloofsstrijd wordt.

Natuurlijk is er een opdracht aan de overheid om de volksgezondheid te bewaren. Toegang tot gezondheidszorg is een van de grondrechten. Een abstract recht op effectieve gezondheidszorg is echter geen absoluut recht dat belangrijker is dan alle andere grondrechten. Andere grondrechten kunnen belangrijker zijn of zwaarder gaan wegen, als de maatregelen waarmee de volksgezondheid bewaard moet worden, onmeetbaar en onpeilbaar zijn, terwijl de inbreuken op andere grondrechten (niet naar school kunnen, niet je huis uit kunnen, niet mogen demonstreren) concreet zijn, lang duren en met hoge straffen worden gehandhaafd. Bovendien kunnen maatregelen veel geld kosten. De coronacrisis heeft tot aan 2022 ongeveer 85 miljard gekost.

OPKOMEN VOOR KWETSBAREN

Dit rapport komt voort uit De Vierde Golf. De Vierde Golf staat als vereniging op voor een crisisbestendige democratie. We zijn een onafhankelijke burgerrechtencomité dat met gezond verstand tegenwicht wil bieden tegen de waan van de dag en de koortsdroom van gisteren.

De kerngroep bestaat uit artsen, bestuurskundigen, ingenieurs en advocaten: geen geharde antivaxxers, maar gewone betrokken burgers. Ze maken zich net als het Sociaal en Cultureel Planbureau en tal van maatschappelijke organisaties in de afgelopen jaren steeds meer zorgen over de polarisatie, de eenzijdigheid en tevens het gemak waarmee vanzelfsprekend samenleven werd ingeruild door bestuurlijke decreten.

Hierdoor zijn vaker kwetsbare belangen van kwetsbare groepen geschaad dan gered. De Vierde Golf pleit voor meer nuance en rationele, afgewogen besluitvorming als alternatief, juist om wat kwetsbaar is beter te beschermen.

Dit pleidooi voor een betere wet is opgeschreven door Jurjen Boorsma, advocaat, en daarna overlegd binnen De Vierde Golf. Mochten er ondanks zorgvuldigheid toch nog fouten in staan, dan kan dat gedeeld worden met de auteur.

Epidemiologische crisisbeheersing moet daarom zo kort mogelijk beheerst worden door een epidemiologische crisiscommissie. *Als* het parlement al bevoegdheden wil wegdelegeren aan kabinet en deskundigen, dan is het belangrijk om als parlement de vinger aan de pols te houden en zelf te beslissen welke collectieve crisismaatregel wordt ingezet en hoe lang die wordt voortgezet. De belangen zijn te groot om aan dokters alleen over te laten.

Dat is geheel in lijn met het rapport van de Onderzoeksraad. De Onderzoeksraad adviseerde in het tweede rapport dat “afwegingen van waarden en belangen in een crisis gemaakt worden door de politiek verantwoordelijken die daarover democratisch verantwoording afleggen”. En: “Communiceer duidelijk naar de samenleving over de weging van deze waarden en belangen, alsmede over de wijze waarop met onzekerheden is omgegaan in de besluitvorming. Vermijd daarbij het creëren van niet-realistische verwachtingen.”

Dit commentaar is vlak voor de behandeling in de Tweede Kamer afgerond. De behandeling en de aangenomen amendementen (termijnen, geschiktheid maatregelen) stemmen ons, als leden van de Vierde Golf, positief, hoewel wij als sociale en (groen)liberale grondrechtenbeweging nog steeds erg kritisch zijn over de opeenstapeling van bevoegdheden die van een tijdelijke wet nu overgeheveld wordt naar een definitieve wet. Wat geven burger en parlement weg aan de minister?

Deze gedrukte versie sturen we naar de Eerste Kamer en de Tweede Kamer. Wij hopen dat het de woordvoerders van de Eerste Kamer helpt met de beoordeling van het wetsvoorstel en dat het de woordvoerders in de Tweede Kamer kan helpen met beoordeling van eventuele coronamaatregelen bij een volgende ronde en inbreng bij de parlementaire enquête.

INHOUD

DE AMBULANCE DIE UIT DE BOCHT VLOOG	2
Inleiding en samenvatting	2
CASUS I: DE AVONDKLOK.....	10
‘Met de rug tegen de muur’	10
Volgt “8 tot 13 procent” uit wetenschappelijk onderzoek?	12
‘Niet uit te sluiten effectiviteit’ grondslag voor verlenging avondklok.....	13
De juridische procedures.....	14
Verlengingen avondklok.....	15
Kritiek achteraf	16
Oordeel onderzoeksraad avondklok	17
Andere wetenschappelijke literatuur	17
Toulouse: averechtse effecten.....	18
Hessisch onderzoek: avondklok geen effect	18
BESLISSEN OVER EEN CRISIS: 2020-2022.....	20
Onvoorzien capaciteitsprobleem	20
Code zwart.....	21
Maatregelen in afwachting vaccin	21
Sturen op cijfers in woud van commissies	21
Stempelvergaderingen.....	22
Problemen met doorzettingsmacht	23
Medische visie domineert.....	23
Wetenschap krijgt absolute waarde ondanks onzekerheid	25
Voorbeeld verabsolutering: mondkapjes	26
Berenschot (2021): crisisbesluitvorming niet optimaal	27
Omkering crisisaanpak: focus op operationele	27
Smalle focus, geen voorbereiding meer.....	28
De communicatie over de crisisaanpak.....	30
Stellig en (te) optimistisch over vaccinatie.....	31
Conclusies Onderzoeksraad.....	34
BESLISSEN OVER MEXICAANSE GRIEP ANNO 2009.....	35
De uitbraak in Mexico	35
De Nederlandse reactie.....	36
De crisischronologie volgens Berenschot (2011)	36
Besluitvorming tijdens Mexicaanse griepcrisis: kleine kern beslist.....	38

IC-capaciteit als rode lijn	39
Problemen met inschatten beddenscapaciteit	40
In 2009: geloof in ‘flatten the curve’, maar wetenschappelijke twijfel.....	40
Automatisch opschalen	42
Opschalen of handhaven makkelijker dan afschalen.....	43
Prognosemodellen hebben foutmarges	44
Dokters superdeskundigen.....	45
‘Niet pluis’ als basis voor adviezen	45
(Te) stellig in de overheidscommunicatie	46
Dubbele vaccinatie	47
Wat is mild, en wanneer is mild toch gevaarlijk?.....	47
Farmacie stelt zich commercieel op	48
2009: Geen mondkapjes.....	48
2009: Geen scholensluiting.....	49
SPIEGELBEELD: OVEREENKOMSTEN TUSSEN 2009 EN ‘20-‘22	51
Een (te) kleine groep beslist.....	51
Epidemiologische visie bepalend, smalle focus.....	51
De ingeschatte beddenscapaciteit is bepalend.....	51
Gezamenlijke patiëntenspreiding moeilijk.....	52
Worst case is leidend, altijd.....	52
Modellen kennen grote onzekerheden.....	53
‘De wetenschap’ is niet absoluut over effectiviteit.....	54
Veel stelligheid in de communicatie	54
Dubbele vaccinatie nodig.....	54
Medici dominant in de media	54
CASUS II: SLUITING VAN SCHOLEN.....	55
Eerste scholensluiting	55
Tweede golf: corona onder scholieren geen probleem	56
Het OMT gaat om.....	56
Onzekerheid versus precisie	57
Reisbewegingen beperken: scholen dicht	59
Heropening.....	61
Verdeeld OMT geeft toestemming heropening onderwijs	61
Oordeel Onderzoeksraad	61

2009: geen scholensluiting.....	62
SLAGVAARDIG MAAKT MACHTELOOS.....	64
De structuur van de wet	65
Procedure van afschalen.....	66
Proportionaliteit van maatregelen.....	67
De rol van experts in de wet.....	67
Toetsing proportionaliteit door parlement.....	68
Proportionaliteit volgens de Raad van State	69
Vaccinatiepaspoort/2G	70
Avondklok	71
Scholensluiting	71
Vangnetbepaling volgens de Raad van State.....	71
Controle door de rechter.....	71
Jurisprudentie: een aantal voorbeelden	72
Ingeperkte democratische controle	74
Gebrek aan openbaarheid	75
TECHNOCRATISCHE WETTEN ZIJN GEEN GOEDE WETTEN	76
1- Epidemieën kunnen meerdere jaren duren.....	76
Ja – maar het parlement controleert!	77
2- Maatregelen kosten veel geld.....	77
Ja – maar geld is geen probleem!.....	77
3- Gezondheidszorgcapaciteit schiet te kort	77
Ja – maar de IC-capaciteit is afdoende!	79
4- Het doel van maatregelen is slecht beschreven	80
Ja – maar het doel is alles bij elkaar!.....	81
5- Wel proportionaliteit en subsidiariteit, geen effectiviteit in de wet.....	81
Ja – maar de effectiviteit valt niet goed te bepalen!.....	82
6- De wet lokt in deze vorm polarisatie uit.....	83
Ja – maar de wetenschap garandeert de juiste maatregelen. Wie twijfelt aan eenduidigheid, is een wappie.....	84
7- De wet organiseert geen tegenspraak.....	85
Ja - maar er is een Maatschappelijk Impact Team!.....	86
8- Milde maatregelen kunnen zwaar uitpakken.....	86
Ja - maar de maatregelen worden snel afgeschaald!.....	87
9- De vangnetbepaling zit er weer in	87

Ja – maar er is formele inspraak door de onverwijilde indiening!.....	87
10- De wet lokt op hol slaan uit.....	88
Ja – maar de Raad van State vindt het goed!.....	88
EEN REDELIJK ALTERNATIEF.....	89
Er is niks mis met hoge drempels en klassieke aanpak.....	89
Modernere crisiswetten geven carte blanche: slecht idee.....	90
Het wetsvoorstel Aanpassing WPG geeft te weinig staatsrechtelijke controle.....	90
En als de wet toch aangepast moet worden?.....	90
Brits parlementair onderzoek.....	91
Zweedse Coronakommissionen.....	91
Aanbeveling #1: strikte termijnen.....	93
Aanbeveling #2: geen vangnetbepaling.....	93
Aanbeveling #3: inspraak.....	93
Aanbeveling #4: effectiviteit.....	94
Aanbeveling #5: begroting.....	94
Aanbeveling #6: data.....	94
Aanbeveling #7: uitwisseling met andere wetenschappers.....	94
Aanbeveling #8: openbaarheid.....	95
Aanbeveling #9: aanwijzingen aan ziekenhuizen en medici.....	95
Aanbeveling #10: het heikelste punt: triage.....	96
BIJLAGE: wat zegt HET RIVM-MODEL?.....	98
Doelen RIVM-model.....	98
Leeftijds-gestructureerd.....	99
Discussiepunten naar aanleiding van de openbare toelichting.....	99
Hoe representatief zijn de contactfrequenties?.....	100
Is het gebaseerd op vooral hoestdruppeltjes of op aerosolen? In welke verhouding?.....	100
Zitten mondkapjes in het model?.....	101
Wat zeggen IC-opnames over naleving van de maatregelen?.....	101
Hoe groot of klein is het seizoenseffect?.....	101
Wat is de zuiverheid van de prognose van het model?.....	102
Wat is de validatie van het model?.....	103
Hoe meet je nou effectiviteit en kun je lessen trekken voor de toekomst?.....	105
Wat is het effect van vaccinatie?.....	105
Waarom is het niet reproduceerbaar?.....	105
Conclusie.....	106

CASUS I: DE AVONDKLOK

Hoe OMT en kabinet een ‘zo kort mogelijke’ avondklok van 95 dagen instelden

Op basis van de precieze reconstructie van de Onderzoeksraad blijken de volgende feiten [NB: tekstblokken zijn eigen tussenconclusies].

Op 24 september 2020 bespreekt het ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) een *stay-at-home measure* als *last resort option* om besmettingen te verminderen. Een geografische en tijdelijke maatregel heeft de voorkeur. “Available evidence does not prove that stay-at-home measures are more effective than other measures, such as the closing of (some) high-risk businesses.”

Vier dagen later noemt het OMT de avondklok in een advies³. Het zou mogelijk een instrument zijn “waarmee in blijvende of terugkerende hotspots van overdracht regionaal versterking gegeven kan worden aan ingestelde maatregelen.” Rutte neemt het idee over in een persconferentie⁴.



WAT OPVALT IN DE ARGUMENTATIE VAN RUTTE IN DE TWEDE KAMER IS DAT HIJ UITGAAT VAN ONMEETBARE, MAAR VOLGENS HEM TOCH ENORME EFFECTEN.

In de Tweede Kamer zegt hij daarna op 4 november dat de avondklok geen *direct* effect heeft, “maar *indirect* doet hij dat natuurlijk wel, want hij draagt bij aan wat wij zeggen over dat je zo veel mogelijk thuis moet blijven, dat je niet meer dan twee mensen thuis moet ontvangen en dus geen grote thuispartijen moet doen en dat je het aantal reisbewegingen moet beperken. Dus zo’n avondklok heeft indirect natuurlijk wel degelijk effect. Niet rechtstreeks, dus Van Dissel kon vanmiddag ook niet zeggen welke effecten een avondklok precies heeft op het reproductiegetal (R-getal). Maar indirect zijn er enorme effecten.”

‘MET DE RUG TEGEN DE MUUR’

In de eerste week van december 2020 ontstaat er bij Nederlandse epidemiologen veel zorg over de ‘Britse variant’. De besmettingen en ziekenhuisinstroom lopen niet verder terug. Het OMT-advies van 11 december roept op tot de strengst mogelijke maatregelen: “Zonder een aangescherpte fase, zoals hieronder gesuggereerd, voor, tijdens en/of na de kerstvakantie bestaat het risico dat de huidige partiële lockdown en de bijbehorende restricties nog maandenlang moeten worden gehandhaafd.”⁵

³ OMT, Advies n.a.v. 78e OMT COVID-19, deel 1, 28 september 2020; tevens in OMT-80, dd 2 november 2020

⁴ Landelijke persconferentie, 3 november 2020.

⁵ OMT, Advies n.a.v. 91e OMT, 14 december 2020.

Het kabinet heeft het gevoel “met de rug tegen de muur” te staan. Enkele dagen daarna gaan op last van het kabinet de scholen en winkels dicht. Een verslag van de Veiligheidsberaad van 14 december 2020 zegt dat het thema ‘avondklok’ “voor dit moment” door het kabinet apart is gezet; “binnen JenV zullen diensten de minister over voor- en nadelen informeren (incl. wet bijzondere bevoegdheden). Ook zal het RIVM een en ander modelleren.”

Op 11 januari 2021 adviseert het OMT tot “gerichte maatregelen tegen jongeren, bijvoorbeeld door middel van een avondklok”⁶.

Het OMT vermeldt dat “Uit de media blijkt dat de groep jongeren activiteiten onderneemt waarbij zij buiten in parken of thuis in (grote) groepen samenkomen en waarbij er geen controle of handhaving op de basisregels mogelijk is”. Er is een grote(re) incidentie onder jongeren, vandaar dat het OMT gerichte maatregelen wil. Het kabinet vraagt om een spoedadvies.

Op 17 januari 2021 komt Van Dissel op het Catshuis. Hij zegt daar dat het moeilijk is een maatregel individueel te beoordelen, omdat ze vrijwel altijd in bundels worden genomen.” Het effect is ‘op dit moment’ niet aan te geven er is “geen causale relatie aan te tonen tussen een avondklok en het verloop van het aantal besmettingen. De inschatting van het effect op het aantal besmettingen is gebaseerd op een combinatie van factoren.”

Op 19 januari 2021 brengt het OMT geeft een schriftelijk advies uit⁷. De avondklok kan naar verwachting een effect hebben op het R-getal *van 8 tot 13 procent*: ‘Uit een viertal reviews van verschillende onderzoeken en bijvoorbeeld ook evaluatie van de avondklok zoals ingesteld in Frankrijk, blijkt dat *een avondklok (c.q. verplichting tot thuisblijven)* tot een reductie van 8%-13% van de gemiddelde R-getal zou kunnen leiden”.

WIE IS AAN ZET?

De gang van zaken roept de vraag op waar het zwaartepunt van de besluitvorming lag: bij het OMT dat dringend verzocht tot aanscherping, of bij het kabinet dat op basis van het advies de avondklok ging onderzoeken.

EN WAAROM WIL HET OMT EEN AVONDKLOK?

Uit de reconstructie van de Onderzoeksraad blijkt dat er ongespecificeerde berichten in de media over ‘groepen jongeren’ die het OMT zorg baren.

Hoe veel jongeren en hoe vaak is niet bekend. Een precies statistisch effect van deze bijeenkomsten op het R0-getal geeft het OMT niet.

Het OMT-verzoek is om gerichte maatregelen tegen de jongeren door bijvoorbeeld een algemene avondklok. In het OMT-advies is niet meegewogen dat jongeren veel minder vaak in het ziekenhuis belanden

⁶ OMT, Advies n.a.v. 95e OMT, 11 januari 2021

⁷ OMT, Advies n.a.v. 96e OMT, deel 2, 19 januari 2021

VOLGT “8 TOT 13 PROCENT” UIT WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK?

Uit het onderzoek van de Onderzoeksraad blijkt dat het OMT de inschatting van het effect baseert op in totaal (maar) zes wetenschappelijke artikelen⁸:

- twee over sociale contacten en verspreiding van het virus (Verelst, Backer)
- twee over maatregelen die in het buitenland genomen worden (Brauner, Haug)
- en twee artikelen over de ervaringen met een avondklok in Frankrijk (Baunez, Spacaferrri)

Waar komt nu die 8 tot 13 procent vandaan?

- Het artikel van Verelst c.s. (mede geschreven door RIVM-modellieur Wallinga) noemt geen exact verwacht reductiepercentage.
- Het artikel van Backer c.s.. (mede geschreven door RIVM-modellieur Wallinga) noemt geen exact verwacht reductiepercentage. Het beschrijft onderzoek naar vermindering van contacten op basis van zelfrapportage.
- In het artikel van Brauner c.s. (maatregelen in 41 landen volgens een complexe wiskundige methode vergeleken) staat een effect van 13% voor *stay-at-home-orders*. Brauner

DE LITERATUURKEUZE VAN HET OMT

Als je de aangehaalde literatuur zelf leest valt de eenzijdigheid op: het zijn enkel artikelen die voornamelijk de positieve effecten van de avondklok/ lockdowns vermelden. De cijfermatige onderbouwing is ingewikkeld en onzeker.

Slechts twee van die zes artikelen noemen 8-13% reductie, echter onder vermelding dat andere maatregelen relatief veel meer effect hebben. Eén van de twee noemt zijdelings dat er juist averechtse effecten kunnen zijn. De artikelen zijn gebaseerd op andere (warmere) maanden dan januari.

De percentages zijn gebaseerd op ‘movement restrictions’ die zowel betrekking hebben op algehele rond-de klok-uitgaansverboden als op een avondklok, ‘stay at home-orders’; terwijl een avondklok (nog) geringer effect zal hebben dan een algeheel uitgaansverbod.

Je zou op basis van de beperkte literatuur kunnen redeneren dat een avondklok weinig toegevoegde waarde heeft, in ieder geval niet voor jongeren voor wie de klok effect moet hebben; maar die conclusie wordt door het OMT niet getrokken.

⁸ F. Verelst et al., ‘SOCRATES-CoMix: a platform for timely and open-source contact mixing data during and in between COVID-19 surges and interventions in over 20 European countries’, BMC Medicine, 29 september 2021. J.A. Backer et al., ‘Impact of physical distancing measures against COVID-19 on contacts and mixing patterns: repeat cross-sectional surveys, the Netherlands, 2016-17, April 2020 and June 2020’, Eurosurveillance, 25 februari 2021. N. Haug et al., ‘Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions’, Nature Human Behaviour, 16 november 2020.; J.M. Brauner et al., ‘Inferring the effectiveness of government interventions against COVID-19’, Science, 15 december 2020.; C. Baunez et al., ‘An Early Assessment of Curfew and Second COVID-19 Lock-down on Virus Propagation in France’, medRxiv, 12 november 2020.; G. Spacaferrri et al., ‘Early assessment of the impact of mitigation measures to control COVID-19 in 22 French metropolitan areas, October November 2020’, Eurosurveillance, 17 december 2020.951

merken daarbij op dat een stay-at-home-order relatief het minste toevoegt van de verschillende coronamaatregelen. Rondom het door hen gemodelleerde getal van 13% zit volgens hen een onzekerheidspercentage van 18 procent: (-5 to 31%). Deze 18 procent onzekerheidsmarge (-5 to 31%) betekent dat in het slechtste geval de ‘stay-at-home-order’ een averechts effect van vijf procent kan hebben.

- In het artikel van Haug c.s. (effectiviteit van maatregelen in 79 gebieden/staten wiskundig met elkaar vergeleken) staat dat verbieden samenkomsten, sluiten scholen/universiteiten en grensbepalingen wiskundig de grootste effecten hebben op het R₀-getal. *Individual movement restrictions* hebben een effect van -.08 tot -.13. Onder *individual movement restrictions* worden begrepen **zowel de avondklok als een algeheel uitgaansverbod**.
- De 8-13% reductie staat niet Baunez c.s. over de ervaringen in Frankrijk. Baunez zegt dat de avondklok een dempend effect had op de acceleratie van het aantal besmettingen, vooral in de oudere leeftijdsgroep. Voor de jongere leeftijdsgroep was het effect minder. In het artikel wordt gerekend met een ‘acceleration index’. “For the youngest population aged 0 to 19, curfew measures did not reduce acceleration but lock-down does”.
- De 8-13% reductie staat niet in Spaccaferri c.s. De suggestie is dat avondklok en lockdown positief werken. Er is ook een positief effect op departementen waar géén maatregelen genomen zijn. Spaccaferri nemen daarom “a ‘resonance effect’ aan, “Thus, the first curfew could have had an impact in more areas than the ones targeted”.

De Onderzoeksraad concludeert na vergelijking van de artikelen dat de percentages van 8 tot 13 procent zijn afgeleid uit de 2 artikelen over de maatregelen in het buitenland.



ER VALT WEINIG OVER DE EFFECTIVITEIT TE ZEGGEN, KORTOM, MAAR HET OMT DURFT DE AVONDKLOK OOK NIET AF TE SCHAFFEN.

Het OMT geeft in het advies van 19 januari 2021 aan dat het de verwachte reductie als substantieel beschouwt, maar schrijft ook dat het moeilijk is om een maatregel individueel te beoordelen, ‘(...) omdat ze vrijwel altijd in bundels worden genomen. Hoeveel effect een avondklok daadwerkelijk in de Nederlandse situatie, bovenop de huidige lockdown, gaat opleveren, is daarom op dit moment niet exact aan te geven’.

De 8-13%-reductie van de R₀ door het OMT gebruikt het kabinet voor de onderbouwing van de proportionaliteit van de avondklok. Zo noemt de minister van Justitie de percentages in het Veiligheidsberaad van burgemeesters. Op de persconferentie van 20 januari 2021 halen De Jonge en Rutte ook weer de “8 tot 13 procent daling van het R-getal” aan. Rutte zegt dat niemand blij is met het invoeren van een avondklok. ‘... het advies dat we hebben gekregen van het OMT is buitengewoon helder: doe nu het maximale om klaar te staan voor wat er zo dadelijk op ons afkomt.’ De invoering leidt tot avondklokrellen.

‘NIET UIT TE SLUITEN EFFECTIVITEIT’ GRONDSLAG VOOR VERLENGING AVONDKLOK

Heeft de avondklok effect? Dat vraagt het kabinet aan het OMT op 29 januari 2021. Het OMT laat weten dat het effect nog niet zichtbaar is, zo kort na invoering van de maatregel. Het OMT verzamelt informatie over de mobiliteit van Nederlanders, o.a. van Google en Apple. Het OMT schrijft in het advies van 30 januari 2021 dat de mobiliteitsgegevens suggereren dat mensen vaker thuisblijven dan voor de invoering van de maatregelen van 14 december, maar minder vaak dan in april 2020, toen de eerste lockdown van kracht was.

Een week later stelt het ministerie het OMT opnieuw de vraag, want de avondklok loopt per 10 februari af. Antwoord OMT: het effect van de avondklok kan niet los beoordeeld kan worden. Voor een herberekening van het R-getal is de maatregel nog te kort geleden ingevoerd. Er is minimaal twee weken nodig. Het aantal contacten is echter afgenomen en de aantallen opnames blijven gelijk terwijl anders een stijging te verwachten viel, zegt het OMT. Het advies is om de avondklok voort te zetten.

In het OMT-advies van 7 februari 2021 staat dat op basis van een ruwe inschatting van weggevalen contacten (geen precies model) door avondklok en bezoekenregeling *samen* een reductie van ongeveer 10% is bereikt. De avondklok wordt verlengd.

DE JURIDISCHE PROCEDURES

Op 11 februari 2021 dient een kort geding van Viruswaarheid tegen de Staat. De kort-geding-rechter haalt op 16 februari 2021 de avondklok door⁹. Het voornaamste gehonoreerde bezwaar door de rechter is het punt dat er al veel langer over de avondklok gepalaverd wordt, vervolgens in januari halsoverkop op basis van de Wet Buitengewone Bevoegdheden Burgerlijk Gezag de avondklok wordt ingevoerd, waarna de afronding in de Eerste Kamer op zich laat wachten. Het is eigenlijk een onjuiste juridische keuze volgens de Raad van State omdat het eerder zou passen in de Wet Publieke Gezondheid.

Maar er is meer. De rechter is niet overtuigd van de proportionaliteit en subsidiariteit.

“De voorzieningenrechter stelt daarbij vast dat het OMT naar eigen zeggen geen bewijs heeft dat de avondklok een substantiële bijdrage levert aan het terugdringen van het virus (...) Het is in Nederland nu hartje winter en alle winkels, horeca en andere gelegenheden zijn gesloten. Dat brengt met zich dat het avondlijk uitgaan daarom al substantieel minder is dan bijvoorbeeld in de zomerperiode. Het is dan ook maar zeer de vraag of - uitgaande van het gestelde positieve effect in andere landen - de situatie in Nederland één op één vergelijkbaar is met die in andere landen (...) In de prognose wordt dan ook gerekend met een groei van besmettingen van ongeveer 10% indien de avondklok zou worden afgeschaft én gelijktijdig de éénpersoonsbezoekenregeling. Dat vertekent het beeld met betrekking tot nut en noodzaak van de avondklok aanzienlijk en maakt de stelling van de Staat dat een avondklok onvermijdelijk is minst genomen discutabel en ook niet erg overtuigend gemotiveerd.”

Het gerechtshof beslist echter anders. Een pandemie kan vallen onder de ‘buitengewone omstandigheden’ in de Wbvg.

“Het wachten is uiteindelijk op voldoende vaccinatiemogelijkheden”, stelt het gerechtshof. Naar het oordeel van het hof mag het kabinet in beginsel op de adviezen van het OMT afgaan. Het OMT heeft “uitvoerig en wetenschappelijk onderbouwd toegelicht dat verder ingrijpen noodzakelijk is, met name in verband met de toename van de nieuwe varianten”. Eerder een avondklok was niet aangewezen "het advies van het

⁹ Rechtbank Den Haag, ECLI:NL:RBDHA:2021:1100, 16 februari 2021

OMT om een avondklok in te stellen naar aanleiding waarvan de Staat besloot te handelen dateert van 19 januari 2021.”

De Staat heeft een grote beoordelingsvrijheid, mag bij deze pandemie uitgaan van een klemmende situatie en voert met de avondklok een maatregel in die alleen 's nachts en niet overdag geldt, dus daarmee is aan proportionaliteit voldaan, vindt het hof. De vorderingen van Viruswaarheid worden alsnog afgewezen en de Wbbg-avondklok heeft (had) voldoende grondslag¹⁰ (via een spoedwet hadden kabinet en parlement echter de avondklok alsnog in de WPg opgenomen).

In 2022 beslist de Hoge Raad op het eerste onderdeel van het juridisch geschil, namelijk de buitengewone omstandigheden. De Staat mag in deze omstandigheden de Wbbg als instrument inzetten. De HR volgt het Gerechtshof hierin. Overige bezwaren blijven onbesproken¹¹.

VERLENGINGEN AVONDKLOK

Het SCP is op 19 februari kritisch en waarschuwt voor de maatschappelijke nadelen van de avondklok. Op 23 februari komen er versoepelingen. Het kabinet verlengt echter de avondklok, “omdat het Engelse virus en alle andere ontwikkelingen bij elkaar het nu noodzakelijk maken er nog mee door te gaan”.

Tijdens de volgende persconferentie op 8 maart 2021 deelt hij mee dat de avondklok voor de derde keer verlengd wordt, ditmaal tot 31 maart 2021. Argument is “dat de avondklok (samen met de éénbezoekersregel) ‘echt een effect heeft’, *zie het OMT-advies van 7 maart 2021 waarin staat dat de avondklok en de bezoekersbeperking samen naar schatting 10 procent minder nieuwe besmettingen opleveren*. Het OMT schrijft: ‘dit effect is eerder waargenomen en wordt bevestigd door de meest recente besmettingsdata en modellen.’¹²

ONDERZOEKSRAAD OORDEELT ANDERS DAN DE RECHTER

De analyse achteraf van de Onderzoeksraad geeft eigenlijk de voorzieningenrechter gelijk. De onderbouwing van de maatregel was discutabel.

Het gerechtshof wil niet op de stoel van het kabinet gaan zitten en vindt een op wetenschappelijk advies van het OMT gebaseerd kabinetsbesluit formeel gezien voldoende.

De Hoge Raad oordeelt slechts een juridische deelvraag van het geschil en gaat op de proportionaliteit en subsidiariteit niet in.

OMT: ‘AVONDKLOK WERKT’

De adviezen van het OMT van maart en april 2021 zijn moeilijk anders te lezen dan dat de avondklok, naar zich laat aanzien, werkt.

De motivering is veranderd. De motivatie in december was nog ‘samenkomsten van jongeren in de openlucht’. In april is het nieuwe argument ‘de duur van de piekbezetting’.

¹⁰ Gerechtshof Den Haag, ECLI:NL:GHDHA:2021:285, 26 februari 2021

¹¹ Hoge Raad, ECLI:NL:HR:2022:380, 18 maart 2022

¹² OMT, Advies n.a.v. 103e OMT, 7 maart 2021

Nadat het OMT op 22 maart 2021 adviseert om geen versoepelingen door te voeren, verlengt het kabinet de avondklok op 23 maart 2021 voor de vierde keer, ditmaal met drie weken. Op 12 april 2021 meent het OMT dat het opheffen van de avondklok en het maximum van 1 bezoeker de piekbezetting in de ziekenhuizen negatief zal beïnvloeden, het ‘verlengt de tijdsduur van de piekbezetting in de ziekenhuizen met circa twee weken en maakt de hoogte van de piek meer onzeker.’ Met nog meer versoepelingen “verlengt dat de tijdsduur van de piekbezetting met circa 4 weken en veroorzaakt het bovendien een aanzienlijke verhoging van de piekbezetting.’, zegt het OMT¹³.

Het OMT-advies leidt ertoe dat het kabinet de avondklok nog een keer met twee weken verlengt, en per 28 april 2021 na 95 dagen afschaft, zonder nader advies OMT. Het aantal besmettingen is op dat moment hoger dan bij invoering, maar de verwachting van het kabinet is dat het aantal besmettingen zou afnemen vanwege de toenemende vaccinatiegraad en seizoensinvloed.



HET OMT ZEGT OP 3 MEI 2021: ER
ZIJN VOLGENS ONS AANWIJZINGEN
DAT EEN AVONDKLOK ZOU KUNNEN
WERKEN EN BEWIJS VAN HET
TEGENDEEL KAN NIET WORDEN
AFGELEZEN AAN EEN RIJTJE
OPNAMES. DE KRITIEK VAN KUIPERS
VALT SLECHT.

KRITIEK ACHTERAF

Ernst Kuipers, op dat moment voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), zegt na het aflopen van de avondklok in het tv-programma Beau dat de avondklok geen effect heeft gehad. ‘Als je kijkt naar het beloop van de ziekenhuisopnames in de tijd, zagen we zowel bij de invoering als bij het opschuiven geen enkel effect’. Zijn uitspraak is gebaseerd op de cijfers van ziekenhuizen. Ook een hoogleraar infectieziektmodelling zegt dat de avondklok vermoedelijk weinig tot geen effect heeft gehad op het verloop van de

corona-epidemie in Nederland¹⁴.

Kuipers uitspraak valt slecht bij het OMT. Een OMT-lid reageert bij de NOS en zegt dat het effect van de avondklok moeilijk is vast te stellen: ‘Wat je voorkomen hebt, zie je niet’. Het OMT-advies van 3 mei 2021 zegt in reactie: ‘Recent zijn in de media uitspraken gedaan over een effect of beter gebrek daaraan, van de avondklok. Het OMT merkt op dat zo’n effect van de avondklok niet kan worden afgelezen aan een rijtje opnames, maar om een grondige wetenschappelijk onderbouwde analyse vraagt. Wat betreft de opvatting van het OMT hierover verwijzen wij naar de advies van OMT 96 (d.d. 15 januari 2021) waarin de onderbouwing van het instellen van de avondklok – ook naar aanleiding van wetenschappelijke literatuur hierover – is beschreven.

¹³ OMT, Advies n.a.v. 108e OMT, 12 april 2021

¹⁴ NRC, Hoogleraar infectieziektmodelling: effect avondklok ‘twijfelachtig’, 13 mei 2021

OORDEEL ONDERZOEKSRAAD AVONDKLOK

De Onderzoeksraad voor de Veiligheid stelt vast dat het RIVM bij veel andere maatregelen of maatregelpakketten de verwachte effecten inschat door middel van modellering. Maar niet bij de avondklok. Reden? Er zijn geen data over effect op sociale contacten beschikbaar voor modellering, meldt het RIVM aan de Onderzoeksraad. Andere maatregelen, zoals de scholensluiting, zijn ook niet eerder ingevoerd, maar het effect op sociale contacten is voor deze maatregelen beter in te schatten (op basis van de voor het RIVM beschikbare bronnen) dan voor de avondklok.

Als de Britse variant opduikt voelt het kabinet urgentie om het R-getal naar beneden te brengen. De OVV vindt het opvallend dat het OMT, ondanks grote onzekerheden, in zijn advies een specifieke inschatting maakt van het effect van de avondklok. Als het over mondkapjes gaat geeft het OMT geen effectinschatting, als het over de avondklok gaat worden getallen van 8 tot 13 procent genoemd. De getallen komen terug in persconferentie, Tweede Kamer, Veiligheidsberaad met burgemeesters en Memorie van Toelichting. Het gaat een eigen leven leiden. De OVV:

“De onzekerheid over het effect op de virusverspreiding, door het OMT specifiek benoemd in zijn advies, krijgt echter steeds minder nadruk in de door het kabinet gegeven onderbouwing van het besluit om de avondklok in te voeren. Ook bij de rechterlijke toets op de proportionaliteitsafweging in hoger beroep is de onzekere effectinschatting van het OMT een belangrijk argument voor de rechter om de Staat in het gelijk te stellen.”

Het kabinet hecht bij de besluitvorming over de avondklok veel waarde aan de cijfers van het OMT, ondanks de geschetste onzekerheden. Deze onzekerheden krijgen in de besluitvorming en de communicatie over de onderbouwing weinig aandacht. Daardoor lijkt de keuze voor invoering van de avondklok weinig discutabel, terwijl het volgens de Onderzoeksraad een proportionaliteitsafweging is op basis van onzekere informatie.

Later wordt de avondklok niet de eerste maatregel die het kabinet terugdraait, zoals is aangekondigd bij de invoering “De afweging van het kabinet is op dat moment dat het belang van het openen van de scholen op basis van voortschrijdend inzicht toch zwaarder weegt dan het afschaffen van de avondklok.”

De OVV merkt op dat het OMT schrijft dat het effect van alleen de avondklok wel te meten is door middel van diepgaander wetenschappelijk onderzoek, maar dat het RIVM dergelijk onderzoek nog heeft niet uitgevoerd.

“Het niet kunnen vaststellen van het effect van alleen de avondklok lijkt te contrasteren met het feit dat het besluit voor de avondklok gebaseerd is op studies uit het buitenland die wel het effect van een avondklok in kaart kunnen brengen, zij het met grote onzekerheid.”

ANDERE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR

Op 31 januari 2021, twee weken na het ingaan van de avondklok in Nederland, publiceerden academische virologen en modellers van universiteit en ziekenhuis van Toulouse (Dimeglio cs) een studie naar het effect

van de avondklok, getiteld *Side effect of a 6 p.m curfew for preventing the spread of SARS-CoV-2: A modeling study from Toulouse, France*¹⁵ in de epidemiologische vakpublicatie *Journal of Infection*.

Toulouse: averechtse effecten

De wetenschappers onderzochten de avondklok voor Toulouse voor de periode vanaf 1 januari. In dit tijd gold een avondklok vanaf 20 uur. Deze werd op 16 januari vervroegd naar 18 uur. Het artikel stelt vast dat vanaf 10 januari het aantal besmettingen opmerkelijk genoeg ongeveer een derde sneller begon te groeien dan modelmatig verwacht, de trend ging in de richting van 15,4% nieuwe besmettingen eind mei. Vanaf 16 januari was er een nieuwe trend zichtbaar, die zou gaan modelmatig zelfs gaan stijgen naar 27,3% half juni. Conclusie:

“The 6 p.m curfew was intended to keep the circulation of SARS-CoV-2 under control after the Christmas/New Year period but it had exactly the opposite effect in the Toulouse urban area; it reduced the stress on virus spread by 2%. This could be because the more restrictive evening curfew results in larger groups of people in shops and supermarkets before they all hurried to get home.

This study shows that certain health measures can be ill-suited to local epidemiological situations and that their implementation must be accompanied by analysis of the local situation to avoid triggering an undesirable opposite effect.”



HET IS OPMERKELIJK DAT EEN FRANS
TEGEN DE AVONDKLOK PLEITEND
ARTIKEL UIT JANUARI 2021 NOOIT IN
BESCHOUWING IS GENOMEN DOOR
HET OMT, EN NIET IS TOEGEVOEGD
AAN DE VERZAMELING VAN ZES
ANDERE ARTIKELEN, TERWIJL TWEE
ANDERE WETENSCHAPPELIJKE
FRANSE BIJDRAGEN DIE VOOR DE
AVONDKLOK PLEITEN WEL DOOR
HET OMT ZIJN AANGEDRAGEN.

Hessisch onderzoek: avondklok geen effect

In oktober 2021 publiceerde de universiteit van Erfurt onderzoek naar de avondklok¹⁶. Het onderzoek was gebaseerd op zelfrapportages en probeerde te meten:

- verwachte naleving/weerstand door de respondenten
- of ze minder mensen dachten te ontmoeten

¹⁵ Side effect of a 6 p.m curfew for preventing the spread of SARS-CoV-2: A modeling study from Toulouse, France, C.Dimeglio et al. *Journal of Infection*, 31 januari, 2021, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.01.021>

¹⁶ Good night: Experimental evidence that nighttime curfews may fuel disease dynamics by increasing contact density, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114324>

- en wat ze zouden doen in het geval van een etentje.

De Erfurtse onderzoekers concludeerden dat een avondklok geen effect had op het aantal contacten dat mensen verwachtten te hebben, een deel van de respondenten werd er opstandig van, een deel van de respondenten verplaatste het diner simpelweg naar eerder op de dag.

“Our findings show that nighttime curfews are unlikely to reduce the absolute number of contacts, as many people would adhere to the rules by meeting earlier, potentially increasing contact density during the day. According to previous reactance research, mandatory regulations can also trigger other detrimental behaviors (Sprengholz et al., 2021). This means that nighttime curfews may not only be ignored but may also reduce compliance with other measures (such as mask wearing and social distancing), undermining trust in government policy and putting public health at risk.”

Een derde studie (17 november 2022) rapporteert over de avondklok in Hessen, een Duitse deelstaat met 6,3 miljoen mensen¹⁷. De avondklok (van 9 tot 5) werd in sommige districten wel ingevoerd maar in andere niet. De studie gaat expliciet in op het probleem dat de avondklok tegelijkertijd met andere maatregelen gold. De afzonderlijke Hessische districten zijn namelijk goed met elkaar te vergelijken, ook qua bevolking.

“The only difference was that some additionally had to implement night curfews as part of a bundled intervention, which included some minor NPIs, which were imposed simultaneously with a night curfew.”

Is er een statistisch significant verschil? Nee. “there do not seem to exist differences in the growth of incidences in the long run. Night curfews do not seem to have had a lasting effect after the curfew had ended.” Als je met een tweede statistische methode met een vergrootglas kijkt is misschien een miniscuul effect dat kan vallen binnen de normale statistische variantie. De onderzoekers voeren nog een derde controlemethode uit en stellen daaruit vast dat “again we do not find any evidence that the night curfews helped to mitigate the spread of the pandemic as all curfew coefficients are statistically insignificant”. Conclusie: de avondklok heeft op zijn best een beperkt effect, de cijfers uit allerlei internationale vergelijkende studies zeggen niets over de effectiviteit in Hessen, overigens geven de Hessische cijfers evenmin indicatie dat de avondklok de epidemie verergert.

¹⁷ Measuring the effect of COVID-19-related night curfews in a bundled intervention within Germany, De Haas et al. Scientific Reports volume 12, Article number: 19732 (2022)

BESLISSEN OVER EEN CRISIS: 2020-2022

‘Het volgen van de wetenschap’

Uit de reconstructie van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid en uit het rapport Berenschot 2021 blijkt hoe de crisisbesluitvorming is verlopen. Harde cijfers, een medische visie en acute korte termijn domineren. Neveneffecten en lange termijn sneeuwen onder.

ONVOORZIEN CAPACITEITSPROBLEEM

Nederland is anno 2020 niet voorbereid op een grote epidemie, blijkt uit het eerste deelrapport van de Onderzoeksraad. In 2019 hielden Rotterdam en Zuid-Holland een epidemie-rampenoefening, “Hollandse Griep”.

“Het scenario veroorzaakte bij alle aan de oefening deelnemende zorginstellingen problemen op het gebied van zorgcontinuïteit door het grote aanbod van patiënten. Tegelijkertijd ontstonden er problemen met de bedrijfscontinuïteit als gevolg van het hoge verzuim door ziekte en zorgverlof. Het hoge verzuim zorgde ook voor continuïteitsproblemen bij o.a. hulpverleningsdiensten, andere overheidsdiensten en organisaties in vitale sectoren. Dit geheel aan problemen veroorzaakte maatschappelijke ontwrichting.”¹⁸

De zorgketen gaat bij epidemieën uit van het optimistische beeld van “relatief kortdurende uitbraken, zoals bijvoorbeeld een seizoensgriep of een uitbraak die gemakkelijk in te dammen is in Nederland.” Na de Mexicaanse Griep van 2009 is er minder aandacht voor pandemische paraatheid dan ervoor. “In 2015 wijst een rapport van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) erop dat de infectieziektebestrijding op dat moment kwetsbaar is”. In 2019 waarschuwt de Geïntegreerde Risico-analyse Nationale Veiligheid voor de mogelijkheid van een griepandemie, die zowel waarschijnlijk als ernstig is¹⁹.

¹⁸ Deelrapport I, p.90

¹⁹ Geïntegreerde risicoanalyse Nationale Veiligheid, 2019, Analistennetwerk Nationale Veiligheid in opdracht van de NCTV, p.34-35. “Op basis van het aantal (ernstige) griepandemieën in de laatste 100 jaar en de frequentie waarin ze voorkomen, is het waarschijnlijk (5-50 procent) dat er een griepandemie optreedt de komende jaren. Het is niet vooraf duidelijk of het om een ernstige of milde variant gaat. Bij een ernstige variant is het aantal slachtoffers heel groot, is er grote druk op de medische sector en zal het dagelijkse leven ook maximaal (catastrofaal) geraakt worden. De maatschappelijke gevolgen zullen vooral groot zijn als een groot percentage van de bevolking ziek is.”: p. 45 “Het ernstige griepandemie scenario betreft een worst case scenario waarbij miljoenen besmet raken. Er vallen meer dan 10.000 doden en er is een zeer groot aantal (40-50.000) ziekenhuisopnames”.

CODE ZWART

Voor het kabinet gaat het om het voorkomen van ‘code zwart’, waarin de acute zorg overbelast raakt. Dat is de “niet te overschrijden rode lijn”.

“Het voorkomen van code zwart weegt in de besluitvorming dan ook zwaarder dan de neveneffecten van maatregelen op de samenleving. Zodra overbelasting van de zorg in beeld komt, is het OMT het dominante adviesorgaan van het kabinet, ook omdat er geen ander, soortgelijk, adviesteam in de crisisorganisatie is ingericht dat de niet-medische aspecten inbrengt.”²⁰

MAATREGELEN IN AFWACHTING VACCIN

Het vaccin wordt van het begin af aan gezien als uitkomst.

“Wij zijn allemaal afhankelijk van de komst van een vaccin”, zegt de voorzitter van het OMT tijdens een technische briefing op 18 maart 2020. Om het coronavirus in de toekomst geen kans meer te geven moet 50 tot 60 procent van de bevolking immuniteit opbouwen, zo is zijn verwachting.²¹

In afwachting van een preventief vaccin (over een jaar of langer) zijn er volgens het OMT maatregelen nodig.

STUREN OP CIJFERS IN WOUDE VAN COMMISSIES

De Onderzoeksraad constateert dat acute problematiek het vaak van wint van sluimerende problematiek. Er is veel onzeker gedurende de eerste helft van 2020, veel wetenschappelijk onbekend, de mogelijkheden tot modellering zijn beperkt en er is langdurig onduidelijkheid over de

WAAROM WAREN ER GEEN BEDDEN IN HET ZIEKENHUIS?

Het is een bekend fenomeen: generaals zijn altijd bezig met het winnen van de vorige oorlog. De vorige oorlog was tegen de Mexicaanse griep, en die uitbraak viel ontzettend mee.

De uitkomsten van de griep-rampoefening 2019 zijn niet opzienbarend: in de voorafgaande heftige griepwinter van 2017-2018 kon de zorg het aanbod van grieppatiënten ook al niet aan. Het is achteraf opmerkelijk dat er geen lessen uit getrokken zijn.

DE EIGENLIJKE STRATEGIE: VERTRAGEN TOT HET VACCIN ER IS

De opmerkingen en toespraak van Rutte over de eindsituatie van groepsimmuniteit hebben voor veel discussie gezorgd over de strategie (“wil het kabinet niet alles doen om de epidemie tegen te houden, riskeert Rutte levens?”).

De reconstructie van de Onderzoeksraad geeft het idee dat de door het RIVM voorgestelde strategie vanaf eind maart 2020 was om de epidemie zo lang mogelijk te vertragen totdat 50-60% van de bevolking was gevaccineerd.

HET VERMIJDEN VAN CONTROLE

De Onderzoeksraad heeft voorbeelden gezien van ‘het vermijden van controlemechanismen’ door beslissers. Zij lijkt hier te doelen op het feit dat Catshuisvergaderingen ‘informeel’ heetten te zijn, en dus niet genotuleerd werden, en dat whatsapp/ sms-berichten geheim zijn of gewist werden. Het maakt besluitvorming ondoorzichtig

²⁰ Deelrapport II, p.271

²¹ Deelrapport II, p.132

manieren waarop het virus zich verspreidde. Resultaat laat zich lastig voorspellen, neveneffecten zijn onduidelijk en draagvlak onder de Nederlandse bevolking onbekend. Het gevolg is dat besluitvormers

“sterk op de informatie en kwantitatieve cijfers sturen die wel voorhanden waren. Deze cijfers (R-getal, besmettingscijfers, ic- en ziekenhuisopnames) leken hard, maar waren in de praktijk vooral indicatief door de vertraagde doorwerking van de incubatietijd van het virus en de beperkte testcapaciteit in het voorjaar van 2020. In werkelijkheid was er beperkt zicht op het virus.”²²

Iedereen wil aanschuiven bij de MCCb²³, het ministerieel crisisberaad, inclusief het Veiligheidsberaad. De besluitvorming verschuift vanuit behoefte aan efficiëntie naar het Torentjesoverleg “waarin de minister-president, de minister van JenV en de ministers van VWS en voor Medische Zorg met hun naaste adviseurs in de periode tot juni vijf keer per week overleggen”. De Onderzoeksraad:

“Gaandeweg kreeg dit Torentjesoverleg echter steeds meer het karakter van een (voorbereidend) besluitvormend gremium, parallel aan en voorlopend op de formele crisisstructuur. Hierdoor werd het besluitvormingsproces ondoorzichtig. Datzelfde geldt voor het Catshuisoverleg. Dat overleg werd in het leven geroepen vanuit een behoefte om te reflecteren op de ontwikkelingen en informatie te verzamelen van diverse deskundigen. Ook dit overleg werd echter al vrij snel gebruikt om voorafgaand aan de MCCb in een kleiner gezelschap de besluitvorming voor te bereiden.”²⁴

STEMPELVERGADERINGEN

Als gevolg hiervan degradeert het MCCb tot de vergadering waar de al genomen besluiten afgestempeld worden.

“De behoefte aan slagvaardige besluitvorming in een kleiner overlegorgaan is begrijpelijk, maar hierin schuilde wel het risico dat afbreuk werd gedaan aan de zorgvuldigheid van de besluitvorming. Met de informele aanpassingen werden ook de ingebouwde controlemechanismen vermeden.”²⁵

Het ministerie van VWS heeft weinig formele macht. VWS ziet zichzelf als netwerk in het zorgveld maar 1) de minister kan veiligheidsregio's aanwijzingen geven en daar blijft het bij en 2) De WPG geeft geen handvat voor de uitwerking van de leidende positie van de minister van VWS richting het zorgveld.

²² Deelrapport II, p.327

²³ Ministeriële Commissie Crisisbeheersing

²⁴ Deelrapport I p.216

²⁵ Deelrapport I p.10

“Het ministerie heeft bijvoorbeeld geen mogelijkheden om ziekenhuizen te dwingen mee te werken aan patiëntenspreiding of om partijen te sturen op een betere verdeling van beschermingsmiddelen.”²⁶

PROBLEMEN MET DOORZETTINGSMACHT

Er komen vrijwillige samenwerkingsstructuren om bijvoorbeeld beter patiënten af te stemmen. Het gezag om partijen in crisissituaties aan doelstellingen te binden ontbreekt echter. Landelijke coördinatie betekent niet vanzelf dat iedereen luistert, zorgverleners “zijn hiertoe namelijk niet wettelijk verplicht.”²⁷ Het gevolg (voor de crisisbesluitvorming van ministerie VWS met zorgverleners) “dat in de afstemming, adviezen en besluiten factoren als toeval (wie treft wie), persoonlijke netwerken en goodwill bewust of onbewust een rol gaan spelen”.

Bovendien gaat volgens de Onderzoeksraad solidariteit soms ten koste van het individuele belang van een zorginstelling.

“Als een ziekenhuis een ic-bed ter beschikking stelt aan een COVID-19-patiënt uit een ander ziekenhuis, kan dit ic-bed niet ingezet worden voor bijvoorbeeld een geplande risicovolle operatie. Daarnaast kopen instellingen zelf ook nog beschermingsmiddelen in, leggen intensivisten soms buiten het LCPS om onderling contact om het overplaatsen van patiënten te regelen, en houden ziekenhuizen marges aan in het beschikbaar stellen van ic-bedden. Het vraagt in die situaties veel overtuigingskracht van onder andere de IGJ en de voorzitter LNAZ en de inzet van persoonlijke netwerken om alle instellingen mee te krijgen in de landelijke coördinatie.”²⁸

Na de eerste piek neemt de bereidheid tot samenwerken af.

MEDISCHE VISIE DOMINEERT

Van begin af aan domineert de medische visie. Wetenschappelijke data van het OMT telt volgens de Onderzoeksraad zwaarder dan zachte data van SER, CPB, SCP, WRR, RVS, Onderwijsraad en de Gedragsunit.

In het afwegingskader blijft het OMT-advies leidend. Het IAO en de ICCb nemen het advies van het OMT zonder aanpassingen over. In het geformuleerde advies voor de MCCb blijft het advies van het OMT centraal staan en komt de bredere afweging die het IAO en de ICCb hierover hebben gemaakt zelden aan de orde.²⁹

²⁶ Deelrapport I, p.111

²⁷ Deelrapport I, p.115

²⁸ Deelrapport I, p.116

²⁹ Deelrapport I, p.142

En:

“Hierdoor werden de gevolgen van de maatregelen op de samenleving ondergeschikt aan het onder controle krijgen van het virus. (...) Mede daardoor had de overheid geen passend antwoord op het toenemend ongenoegen over maatschappelijke thema's als oplopende leerachterstanden, toenemende eenzaamheid, knellende grondrechten, uitgestelde zorg en afgenomen kwaliteit van leven in zorgcentra, dat het draagvlak langzaam maar zeker deed afnemen.”³⁰

De Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing beslist in maart 2020 dat adviezen van Volksgezondheid leidend zijn voor de af te stemmen maatregelen. Van Dissel verenigt een aantal functies in zijn persoon: voorzitter OMT, voorzitter Centrum Infectieziektenbestrijding RIVM, adviseur/deelnemer aan de Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing, adviseur/deelnemer aan de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing, adviseur/deelnemer aan de Catshuisoverleggen en voortdurend telefonisch deelnemer aan het Torentjesoverleg. De Onderzoeksraad noemt het opvallend

“dat de voorzitter van het OMT aanschuift bij overleggen waar het OMT geen directe adviesrol heeft en dat gedurende de hele periode blijft doen”^{31,32}

Checks en balances hollen uit. De vergaderingen van – in opeenvolging – het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg³³, Interdepartementaal Afstemmingsoverleg³⁴, Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing³⁵ en Ministeriële Commissie Crisisbeheersing³⁶ worden copy-paste, in racetempo.

³⁰ Deelrapport I, p.222

³¹ Deelrapport I, p.154. In het begin van de besluitvorming is vanwege kennisachterstand logisch dat experts bestuurders adviseren, hier valt de Onderzoeksraad op dat Van Dissel tot het einde aan toe prominent aanwezig was.

³² De Zweedse coronacommissie constateert overigens hetzelfde over Anders Tegnell, hoofd Zweeds RIVM: https://coronakommissionen.com/wp-content/uploads/2022/02/summary_20220225.pdf

³³ Overleg onder voorzitterschap van de directeur-generaal Volksgezondheid met OMT, ambtenaren van betrokken ministeries, VNG, burgemeester(s)/ voorzitter(s) van de Veiligheidsregio's, GGD en GHOR Nederland, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), eventueel NVWA. Het BAO toetst de adviezen op bestuurlijke haalbaarheid en uitvoerbaarheid.

³⁴ Een flexibel samengestelde adviesvergadering onder voorzitterschap van een directeur van de Nationaal Coördinator Terrorisme en Veiligheid. Het IAO krijgt op bestuurlijk en beleidsmatig niveau informatie en advies van het Nationaal Crisiscentrum. Op tactisch en operationeel niveau wordt het IAO gevoed met analyses, scenario's door het Landelijk Operationeel Coördinatie Centrum. Het Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO) ondersteunt en adviseert de ICCb en de MCCb.

³⁵ Ambtelijke voorbereidingscommissie van de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing. Voorzitter is de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV). Verdere deelnemers zijn directeuren-generaal of secretarissen-generaal van de betrokken ministeries. Op uitnodiging kunnen deskundigen de vergaderingen van ICCb bijwonen. Zo nodig en zo mogelijk neemt het ICCb ook zelf besluiten.

³⁶ De Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb) besluit over het geheel van maatregelen en voorzieningen dat nodig is om een crisis met nationale impact te beheersen. Ministers wier terrein door de crisis wordt geraakt, vormen de kern van de MCCb. De voorzitter is de minister van Justitie en Veiligheid

“In de praktijk blijken de momenten voor reflectie in deze crisisteams kort te zijn, zeker gezien het grote aantal aanwezigen in bijvoorbeeld BAO en ICCb. Opvallend is ook dat diverse ambtenaren voor meerdere crisisteams worden uitgenodigd; zo is een kwart van de ICCb-deelnemers ook uitgenodigd voor het IAO. Dat lijkt niet alleen inefficiënt, maar brengt ook het gevaar met zich mee dat elkaar opvolgende vergaderingen een herhaling van zetten worden.”³⁷

De Onderzoeksraad concludeert:

“In de coronacrisis lag het primaat (...) bij de minister van VWS. (...) Bij de opschaling van de nationale crisisstructuur vond geen expliciete overgang plaats van de leidende rol van de minister van VWS naar de MCCb, voorgezeten door de minister-president. Daardoor werd niet gemarkeerd dat een bredere blik op en een integrale aanpak van de crisis nodig was. Binnen de nationale crisisstructuur bestond geen gedeeld beeld over wie de leiding had over de crisis. In de praktijk hield de minister van VWS een centrale rol in de crisisaanpak. Dat uitte zich onder andere in het gegeven dat het OMT, een adviesorgaan van de minister van VWS, de belangrijkste adviseur van de gehele MCCb werd en bleef”³⁸

WETENSCHAP KRIJGT ABSOLUTE WAARDE ONDANKS ONZEKERHEID

Genuanceerd wetenschappelijk onderzoek krijgt eenzijdige absolute waarde. De Onderzoeksraad:

“De specifieke data uit de onderzoeken, die ook beperkingen kennen, kregen dermate veel gewicht dat andere relevante informatie buiten beeld raakte. Hierdoor ontstond het risico van tunnelvisie, waarbij selectief gebruik wordt gemaakt van de beschikbare data.”³⁹

Het OMT op zijn beurt adviseert onder tijdsdruk en leunt erg op de RIVM-modellen, aldus de Onderzoeksraad:

“Betrokken OMT-leden moeten onder hoge tijdsdruk en op basis van summiere en soms kwalitatief beperkte informatie hun wetenschappelijke mening vormen, die als basis voor het OMT-advies moet dienen. De kracht van de adviezen wordt gedragen door de

of de minister-president. De MCCb komt overeen welke maatregelen worden getroffen. Zij houdt rekening met de verschillende beleidsterreinen waarop de crisis effect heeft. Zo nodig wordt binnen de MCCb met meerderheid van stemmen besloten. In het belang van coördinatie en besluitvorming over een specifiek onderwerp kunnen deskundigen bij de MCCb worden uitgenodigd.

³⁷ Deelrapport I, p.154

³⁸ Deelrapport I, p.212

³⁹ Deelrapport I, p.219

wetenschappelijke achtergrond van de adviseurs. Een advies van een wetenschapper maakt zijn advies echter niet per definitie tot een wetenschappelijk advies. (...)

In die context zijn de adviezen eerder te zien als inschattingen van experts die reflecteren op de laatste stand van zaken. (...) Omdat de uiteindelijke adviezen leidend zijn in de rest van de besluitvorming, blijft hierdoor een deel van de mitsen en maren uit de onderlinge discussies voor de ambtelijke top en het kabinet onbekend. Daardoor suggereren de adviezen bij de ontvangers meer zekerheid en stelligheid dan op basis van de discussie en op grond van de stand van de wetenschap verwacht mag worden.

De onzekerheid strekt zich ook uit tot de vraag of de geadviseerde maatregelen het beoogde resultaat zullen hebben om verspreiding van het virus te voorkomen. Om maatregelen tegen elkaar af te wegen, maakt het OMT gebruik van de rekenkundige modellen van het RIVM. De data die voorhanden zijn over het virus verwerken de modelleers in de modellen, die daarmee hun prognoses steeds verder kunnen verfijnen⁴⁰

Voorbeeld verabsolutering: mondkapjes

Niet als pro of contra, maar als casus is instructief de kwestie mondkapjes, waar in Nederland een enorme polarisatie over is geweest. De Onderzoeksraad beschrijft genuanceerd hoe voorzichtig je moet zijn met stelligheid. Het nut ervan is een makkelijke vraag die moeilijk valt te beantwoorden, de Onderzoeksraad schrijft:

“Om te bepalen in welke mate een mondkapje het virus tegen kan houden, is het allereerst van belang om te weten over welk type mondkapje het gaat. Daarnaast is het van belang om te weten wat het veronderstelde werkingsprincipe van het mondkapje is. Moet het mondkapje de drager beschermen tegen besmetting door mensen in zijn omgeving, of is het mondkapje bedoeld om de omgeving van de drager te beschermen, mocht hij besmettelijk zijn? In dat verband is het ook relevant om te weten hoe de overdracht van het virus precies plaatsvindt: alleen via mensen met ziekteverschijnselen of ook via mensen zonder symptomen? Alleen via volwassenen of ook via kinderen? Alleen door grotere druppels die binnen anderhalve meter op de grond vallen, of ook door kleinere druppels en aerosolen?

Om iets te kunnen zeggen over de werkzaamheid van mondkapjes moeten deze vragen beantwoord worden, of moeten er in ieder geval bepaalde aannames gedaan worden. Daarbij is het ook nog mogelijk dat een andere virusvariant leidt tot een ander antwoord op sommige van deze vragen. De vraag in hoeverre mondkapjes de verspreiding van het virus kunnen beperken wordt nog ingewikkelder omdat voor het beantwoorden van deze vraag ook aannames gedaan moeten worden over het gedrag van mensen. Houden zij

⁴⁰ Deelrapport I, p.148

voldoende afstand en blijven zij thuis bij ziekteverschijnselen? En als mensen buitenshuis een mondkapje gaan dragen, doen zij dat dan op de juiste manier en nemen zij de juiste hygiënemaatregelen in acht?

En zullen zij wellicht onvoorzichtiger worden en de andere maatregelen minder goed in acht nemen, omdat zij zich veiliger voelen met een mondkapje? Of leidt het dragen van een mondkapje er juist toe dat mensen zich beter aan de maatregelen zullen houden, omdat het mondkapje een signaalfunctie heeft?”

BERENSCHOT (2021): CRISISBESLUITVORMING NIET OPTIMAAL

Het ministerie van VWS heeft door Bureau Berenschot in 2021 een evaluatie laten uitvoeren van het eigen crisismanagement van het ministerie tijdens de eerste negen maanden van de crisis. Het rapport is gebaseerd op interviews binnen VWS en geeft weer hoe ambtenaren van binnenuit tegen de besluitvorming aankijken en welke conclusies Berenschot daar aan verbindt. De bevindingen van Berenschot liggen in de lijn van de bevindingen van de Onderzoeksraad. Samenvattend zegt Berenschot:

De eerste reactie op de meldingen uit China was gematigd, vanaf eind januari 2020 raakte VWS en het RIVM in toenemende mate verontrust, vanaf half februari 2020 werd het crisisoeverleg verbreed, na de uitval van minister Bruins op 19 maart 2020 kwam er een Ministerieel Beleidsteam Crisisbeheersing, met De Jonge, Van Rijn en de staatssecretaris.

In de praktijk bleek het MBTCb in die vorm echter niet goed te werken: dit gremium werd naast de plek voor strategische besluitvorming ook de plek waar vanuit de verschillende DG-kolommen werd teruggekoppeld aan de bewindspersonen, waarmee het MBTCb ook een verantwoordend karakter kreeg en de ruimte voor open hoogambtelijke gedachtewisseling afnam. Daarnaast werden er ook zaken met een meer operationeel karakter besproken.⁴¹

Later kwam er toch weer een splitsing tussen ministerieel en operationeel overleg. Er waren ook allerlei aparte interne crisisteams.

Deze structuur leidde ertoe dat er vaak geen (hoog-)ambtelijke afstemming was geweest, voordat bepaalde zaken op tafel kwamen in het overleg met de bewindspersonen.⁴²

Omkering crisisaanpak: focus op operationele

Het Beleidsteam Crisisbeheersing en het Operationeel Team Crisisbeheersing verloren hun functie. Hogere teams namen taken van lagere teams over. “Het OTCB-overleg werd in toenemende mate overgeslagen”.

⁴¹ Berenschot, “Evaluatie inzet VWS crisisorganisatie tijdens de coronacrisis” 12 november 2021, p.10

⁴² Berenschot (2021), p.12

De vaste werkwijze van crisisvergaderingen (B-O-B, beeldvorming-oordeelsvorming-besluitvorming oftewel inventariseren, prioriteren en dan pas beslissen) raakte in gedrang. Het werd top-down na 19 maart 2020. De Jonge “trok in vergelijking met zijn voorganger de regie in de crisisbesluitvorming meer naar zich toe. Binnen het MBTCb en later het Afstemmingsoverleg gaf hij als hands-on crisismanager meer sturing aan uitkomsten van de crisisoverleggen.”⁴³

“De ideeën en initiatieven van de minister werden leidend. Verschillende respondenten spreken in dit kader van een ‘omkering van de crisisaanpak’: de bewindspersonen acteerden niet alleen op beslispunten en adviezen die vanuit de organisatie werden aangereikt, maar kwamen vooral ook zelf veelvuldig met ideeën die vervolgens nader uitgewerkt moesten worden door de organisatie.”⁴⁴

Verschillende respondenten geven aan dat de expertise die VWS in huis heeft, door deze omkering van de besluitvorming niet optimaal is benut. Het onderscheid tussen ambtelijke en politieke besluitvorming vervaagde. “Sommige respondenten zien hierin de traditionele valkuil van een bestuurder die zich met operationele zaken bezighoudt (operationele zuigkracht). Vanwege de hoge druk delegerden de bestuurders minder adequaat.” Anderen vonden het logisch vanwege omvang en lading van de crisis.

“Deze operationele focus zorgde er volgens sommige respondenten ook voor dat er minder oog was voor de langere, strategische lijnen binnen het Afstemmingsoverleg. De rol van ‘tegenderker’ was ook niet specifiek binnen (of buiten) het Afstemmingsoverleg belegd. Dit zou volgens sommige respondenten wel hebben geholpen.”⁴⁵

Smalle focus, geen voorbereiding meer

Er was een smalle focus, gericht op infectieziektebestrijding, IC-capaciteit en ziekenhuisopnames. Ook na maart 2020 hadden ambtenaren het gevoel dat andere kanten onderbelicht werden (mondkapjes in verpleegtehuizen bijvoorbeeld). Het werd later beter, hoewel er soms door beleidsmakers dingen werden bedacht die weinig aansloten op de praktijk.⁴⁶

De voorbereiding van besluitvorming was slecht. Berenschot:

“Ook was het volgens respondenten een ‘race tegen de klok’ om beleidsmatige onderwerpen voor het voetlicht te krijgen. Er was tijdens het BTCb simpelweg onvoldoende tijd voor het inhoudelijk behandelen van alle onderwerpen. Vaak zat de agenda van het BTCb al vol. Sommige respondenten geven aan dat besluitvorming ten aanzien van de coronamaatregelen via het interdepartementale circuit verliep.”⁴⁷

⁴³ Berenschot (2021), p.14

⁴⁴ Berenschot (2021), p.15

⁴⁵ Berenschot (2021), p.15

⁴⁶ Berenschot (2021), p.17

⁴⁷ Berenschot (2021), p.18

Het lukte niet om systematisch voor te bereiden.

“Men wijst erop dat de lead in de voorbereiding bij een groep kwam te liggen die hierin zowel qua functiegroep (directeuren) als qua ervaring (veel directies die niet eerder grote crises hebben meegemaakt) weinig vliegreuen had gemaakt. Er is relatief weinig gebruikgemaakt van de medewerkers met ervaring in het voorbereiden van crisisbesluitvorming: CBA's en OTCb-leden.”⁴⁸

De structuur van de besluitvorming werd onoverzichtelijk.

“Door de interdepartementale betrokkenheid ontstonden er aanvullende formele (IAO, ICCb, MCCb) en informele ‘tafels’ (Torentjesoverleg, Catshuissessies) waaraan voor VWS relevante beslissingen werden genomen. De veelheid aan interne en externe tafels maakte dat veel betrokkenen niet goed meer wisten waar welk besluit werd genomen en waarom.”⁴⁹

Het was voor ambtenaren erg zoeken naar hoe ze de minister en het kabinet konden informeren.

“Er was geen algemeen bekende systematiek om vanuit VWS beleidsdirecties input te leveren voor de interdepartementale besluitvorming en daarmee voor de coronamaatregelen en de versoepelingen daarvan. Dit werd vaak ad-hoc en op pragmatische wijze ingestoken.”⁵⁰

Voor terugkoppeling uit de beleidsoverleggen was geen vaste werkwijze. Er waren dagelijkse situatierapporten maar die gaven een berg informatie en verloren daardoor hun waarde. De cijfers op het dashboard waren beter en duidelijker. De informele Catshuisoverleggen op zondag werden belangrijk in de interdepartementale besluitvorming tijdens de crisis. De informatiedoorgeleiding en terugkoppeling vanuit de Catshuissessies verliep deels via e-mail.

Het inkopen van mondkapjes, vaccinaties en testmateriaal was geheel nieuw voor VWS, voorheen had het ministerie niet dit soort operationele taken. Het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg werd op den duur te groot.

Vanaf 14 december kwam er een aparte programmadirectie Covid-19.

“Het was de organisatievorm waarmee de aanpak werd gecoördineerd die veranderde, en niet zozeer de uitvoering van de crisisaanpak (...) Voor de programmadirectie werden nieuwe mensen aangetrokken. Een deel van deze medewerkers was geen onderdeel geweest van de crisisstructuur; enkelen hadden zelfs geen eerdere ervaring bij een ministerie of bij VWS. Daardoor was de kennis over het VWS terrein en de organisatie beperkt. In de gesprekken komt naar voren dat dit het effect had dat met de instelling

⁴⁸ Berenschot (2021), p.18

⁴⁹ Berenschot (2021), p.19

⁵⁰ Berenschot (2021), p.19

van de programmadirectie veel kennis en ervaring vanuit de crisisstructuur verdween. Dit had tijdelijk een nadelige impact op de continuïteit en snelheid van de aanpak. Na enige tijd kwam de projectdirectie alsnog op stoom. Voorbeelden die respondenten noemen, zijn dat het hebben van veel nieuwe mensen zonder ervaring in de eerdere corona-aanpak ervoor zorgde dat discussies opnieuw werden gevoerd, en dat men tegen dezelfde dingen aanliep als in het begin van de crisis.”⁵¹

Berenschot komt tot de conclusie dat de coronacrisis een ingewikkelde uitdaging is geweest waarbij het soms meer en soms minder is gelukt de goede balans te vinden.

DE COMMUNICATIE OVER DE CRISISAANPAK

Aanvankelijk was de wijze van communiceren top-down, met de belofte aan de burger dat het beter zou worden, welke beloftes vaak niet kon worden nagekomen. Het kabinet werd daardoor steeds minder geloofd. De boodschap leek eenzijdig medisch-epidemiologisch en kwam over als te weinig maatschappelijk. “Het draagvlak brokkelde langzaam af”, aldus het OVV-rapport⁵².

De Jonge doet krachtige uitspraken over de aanpak en de ontwikkeling van methodes, bijvoorbeeld de Coronamelder. Het Onderzoeksraad beschrijft een

“terugkerend patroon waarin de minister van VWS besluiten neemt en toezeggingen doet terwijl nog niet duidelijk is of en hoe die te realiseren zijn. Aan dit patroon ligt een strategie ten grondslag die ook wel ‘the man on the moon’ strategie wordt genoemd. (...) De onderliggende bedoeling daarvan is om uitvoerende partijen te stimuleren om zover mogelijk te gaan in hun prestaties. Inherent aan deze werkwijze is dat een bestuurder grote druk zet op partijen in de uitvoering en – als de uitvoering trager gaat of mislukt – het risico neemt dat de samenleving het vertrouwen verliest in verdere besluiten en toezeggingen”⁵³.

Voor de Rijksoverheid is vanaf medio maart 2020 het doel ‘schadebeperking’ een essentieel element in de nieuwe campagne ‘Alleen samen krijgen we corona onder controle’, omdat het virus alleen kan worden ingedamd als de bevolking het gedrag aanpast.

“Vanuit die context is het belangrijk de bevolking niet alleen te **informer**en over de crisis, maar ook te **overtuigen** van het nut van de genomen maatregelen en te **activer**en zich daadwerkelijk aan de maatregelen te houden.”⁵⁴

⁵¹ Berenschot (2021), p.31-32

⁵² Deelrapport I, p.14

⁵³ Deelrapport I, p.128

⁵⁴ Deelrapport I, p.167

In de publiekscommunicatie worden de effecten van de crisis op de zorg continu benoemd als drijfveer om de bevolking aan te sporen zich aan de maatregelen te houden. Er wordt ook benoemd dat de aanpak en de maatregelen zijn gebaseerd op adviezen van experts.”⁵⁵

Het belangrijkste doel van de overheidscommunicatie is “de naleving van de maatregelen” wat op gespannen voet staat met “luisteren naar de burger”⁵⁶. De overheid ziet zichzelf als “de centrale partij die de crisiscommunicatie moest aansturen, vormgeven en beheersen. “Het gevolg hiervan was dat de overheid, zeker op momenten dat het aantal besmettingen toenam, meer tijd aan het informeren, overtuigen en activeren van de bevolking besteedde dan aan het faciliteren van de dialoog”. Het werd eenrichtingsverkeer, het kabinet ging de bevolking vermanend toespreken (‘en anders gaan we strenger handhaven’) en dat riep verzet op.⁵⁷

OMT-ers zijn ondertussen

“graag geziene gasten in praatprogramma’s als ‘Op1’ en ‘Jinek’ en andere media”. Ze worden geacht “niet als lid van het OMT te spreken en zich verder aan de bewoordingen van de adviezen te houden. Daarmee wordt enerzijds gewaardeerd dat mensen met expertise in staat zijn om het publiek van informatie te voorzien en mee te nemen in de wetenschappelijke achtergronden van de maatregelen; anderzijds ontstaat publieke verwarring als OMT-ers in de media verleid worden om op basis van hun persoonlijke mening het beleid ter discussie te stellen of om vanuit hun wetenschappelijke achtergrond te reageren op vragen over nog te nemen maatregelen.”⁵⁸

Soms spreken ze het beleid tegen of lopen ze op maatregelen vooruit en dat zorgt voor verwarring.

Stellig en (te) optimistisch over vaccinatie

Vanaf november 2020 komt een vaccin in beeld. Een doel van de communicatie is

“om zo veel mogelijk mensen op de hoogte te brengen van de status en de werking van het vaccin en uiteindelijk 70 procent van de bevolking te motiveren zich te laten vaccineren.”⁵⁹

De communicatiecampagne probeert in te spelen op “het beschermen van jezelf en anderen” en “de belangrijkste stap naar een leven zonder coronaregels”. De Jonge draagt die boodschap uit tijdens persconferenties en in tweets.

⁵⁵ Deelrapport I, p.168

⁵⁶ Deelrapport I, p.184

⁵⁷ Deelrapport I, p.184, 185

⁵⁸ Deelrapport I, p.167

⁵⁹ Deelrapport II, p.89

“Zo zegt hij op de persconferentie van 20 april 2021 dat ‘prik voor prik het normale leven steeds dichterbij (komt). Elke week is een steeds groter deel van de samenleving steeds beter beschermd tegen het virus.’ In tweets spreekt de minister ook over ‘de belangrijkste troef om uit deze crisis te komen’ en ‘prik voor prik banen we ons een weg uit de crisis’”⁶⁰

De hoop van beleidsmakers is het vaccin de epidemie geheel tot staan brengt. Wetenschappelijk zijn er twijfels. De Gezondheidsraad geeft in mei 2021 een zuinig advies: “alleen indirect bewijs dat vaccinatie *bijdraagt aan een kleinere kans op transmissie*”. VWS wil op dat moment zorgpersoneel in verpleeghuizen vaccineren, het zou ringbescherming geven. Nee, zegt de Gezondheidsraad, wetenschappelijk bewijs ontbreekt.

Dat botst met VWS, die het zorgpersoneel in verpleeghuizen wil vaccineren omdat dit transmissie zou voorkomen. “Volgens de Gezondheidsraad kan er niet alleen op worden gerekend dat kwetsbare ouderen via een ringbescherming voldoende beschermd zijn tegen het virus, omdat er op dat moment een gebrek aan wetenschappelijk bewijs is dat vaccinatie transmissie van het virus voorkomt”

VWS voorziet dat het maatschappelijke en politieke draagvlak voor het vaccinatieprogramma aangetast kan worden als het advies van de Gezondheidsraad te veel afwijkt van het uitvoeringsplan dat VWS dan al samen met het RIVM heeft opgesteld en dat de uitvoerende partijen voorbereiden⁶¹.

Het OMT wil nog geen maatregelen afschalen (zo staat in het advies van 11 januari 2021, kort voor het ingaan van de avondklok) voordat er voldoende vaccinatiegraad is en duidelijkheid in hoeverre vaccinatie overdracht van het virus helpt te voorkomen en hoe lang de duur van de bescherming van de vaccins is. Dit zijn ook belangrijke factoren die meespelen in de vraag of maatregelen al dan niet afgeschaald kunnen worden⁶².

⁶⁰ Deelrapport II, p.90

⁶¹ Deelrapport II, p.122

⁶² Deelrapport II, p.133

Vanaf 1 juni is een coronatoegangsbewijs, door middel van een vaccinatie of een negatieve coronatest, verplicht. In juni 2021 komt minister De Jonge met de actie ‘dansen met Janssen’, waardoor hij de indruk wekt dat het vaccin direct bescherming biedt tegen het virus. De gevaccineerde kan direct na registratie van de vaccinatie een EU Digitaal Corona Certificaat en een coronatoegangsbewijs krijgen. De suggestie van directe bescherming is een inschattingsfout.

De Onderzoeksraad concludeert dat adviesorganen het kabinet waarschuwen voor te veel optimisme over het stoppen van transmissie en het afschalen van maatregelen.

“De premier en de minister van VWS spreken over het vaccin als ‘licht aan het eind van de tunnel’ (december 2020 en januari 2021) en benadrukken dat ‘prik voor prik het normale leven steeds dichterbij komt’ (april 2021). De nuance dat de race nog niet gelopen is en dat het onduidelijk is of gevaccineerden niet besmettelijk zijn, verdwijnt daarmee naar de achtergrond. Als vervolgens blijkt dat een hoge vaccinatiegraad niet automatisch betekent dat er geen maatregelen meer nodig zijn, ontstaat bij een deel van de bevolking een gevoel van desillusie. Dat draagt niet bij aan het draagvlak voor de aanpak van de crisis.”⁶³

Over leren uit de eerdere Mexicaanse griep-crisis merkt de Onderzoeksraad op dat er weinig toenmalige aandachtspunten zijn opgevolgd. “Zo is naar aanleiding van de Mexicaanse griep besloten om een maatschappelijke studie naar de kosten en baten van een scholensluiting uit te voeren. Dit onderzoek heeft uiteindelijk nooit plaatsgevonden, waardoor er tijdens de coronacrisis geen integraal inzicht was in de te verwachten kosten en baten van een dergelijke maatregel.”⁶⁴

CONCLUSIES ONDERZOEKSRAAD

“De stellige boodschappen van het kabinet over het al dan niet invoeren of weer afschaffen van maatregelen verhouden zich slecht tot de onzekere situatie van een grillig verlopende pandemie. Vaak konden eerdere beloften daardoor niet worden nagekomen. Voor het behoud van draagvlak blijft het realistisch benoemen van onzekerheid wenselijk.”

“Het kabinet zocht bij het bepalen van het beleid houvast in de wetenschappelijke onderbouwing door de adviesorganen. Dat lijkt een heldere lijn, maar leidde ertoe dat de politieke weging van onzekere voordelen en onzekere nadelen niet altijd gemaakt werd (...) Een duidelijke afbakening van waar het OMT in deze crisis wel en niet over zou moeten adviseren ontbrak.”

“Er was meer aandacht voor maatschappelijke impact, maar de niet-epidemiologische adviezen raakten bij toenemende druk op de acute zorg echte ondergeschikt aan de epidemiologische adviezen (...) Verlengingen van afgekondigde maatregelen waren eerder regel dan uitzondering, soms in strijd met publiek gedane beloften.”

“In de voorbereiding op een mogelijke nieuwe besmettingsgolf is door het kabinet geen initiatief ondernomen om de maatregelen uit het voorjaar van 2020 grondig te evalueren.”

⁶³ Deelrapport II, p.277

⁶⁴ Deelrapport II, p.278

CONCLUSIES ONDERZOEKSRAAD

De Onderzoeksraad is kritisch. Het kabinet communiceerde te stellig dat het de wetenschap volgde en had te weinig oog voor de maatschappelijke gevolgen. Maatregelen werden vaak verlengd. Evaluatie ontbrak. In positieve zin zegt de Onderzoeksraad dat er na medio 2020 meer aandacht was voor de sociaal-maatschappelijke en economische effecten dan eerst. In negatieve zin merkt de Onderzoeksraad op “dat geleerde lessen op enig moment weer vervlieden.”

Aanbevelingen zijn om:

- de crisisstructuur voor het zorgveld aan te passen, zodat de minister van VWS de bevoegdheid heeft om sector-, regio- of instellingsoverstijgende problemen effectief te kunnen aanpakken, waaronder in elk geval met rechtstreeks bindende aanwijzingen.
- De rolvastheid van adviesorganen en besluitvormers te waarborgen. Adviseurs moeten adviseren, politici die zich democratisch verantwoord moeten beslissen.
- Een reglement van orde te maken voor het OMT.

BESLISSEN OVER MEXICAANSE GRIEP ANNO 2009

“Vergaderingen, bijeenkomsten: dat zal allemaal verboden gaan worden”, zegt Osterhaus in 2009

In 2009 werd de wereld overvallen door de ‘varkensgriep’, die later Mexicaanse griep werd genoemd en vervolgens wegens Mexicaanse politieke gevoeligheid “Nieuwe Influenza A” ging heten. Het kabinet Rutte-I liet de crisisaanpak in 2011 evalueren door Berenschot.

DE UITBRAAK IN MEXICO

Op 9 maart 2009 blijkt een vierjarig jongetje uit een gehucht in Mexico besmet met een nieuwe vorm van griep⁶⁵. Mensen in aanvankelijk alleen Mexico en het zuiden van de VS worden ziek. Sommigen overlijden. Het duurt een tijdje voordat de griepmutatie opvalt: halverwege april ontdekken Amerikaanse en Canadese laboratoria de nieuwe genetische code en sturen een waarschuwing uit.

Dit leidt tot internationale reactie. De Wereldgezondheidsorganisatie slaat alarm. Op 24 april 2009 besluit Mexico tot het sluiten van scholen, musea, bibliotheken, theaters en andere openbare gebouwen om de verdere verspreiding van het virus tegen te gaan. De scholen blijven in ieder geval twee weken dicht. De dag erna roept de president de noodtoestand uit. De bewoners van Mexico-City krijgen de strikte aanbeveling elk lichamelijk contact, zoals handen schudden en zoenen, te vermijden, mondkapjes te dragen en niet in grote groepen samen te komen. Op vliegvelden en in het openbaar vervoer worden alle passagiers gecontroleerd op het griepvirus. Rechtszaken en kerkdiensten gaan niet door, voetballers spelen zonder publiek en horeca gaat dicht, alleen afhalen is toegestaan.

De burgemeester van Mexico-City kondigt aan zo nodig het hele OV stil te leggen als het aantal besmettingen niet afneemt. De president roept iedereen op zoveel mogelijk thuis te blijven. Mexico legt alle niet-essentiële overheidsdiensten stil. Na 7 mei komt het openbare leven er weer voorzichtig op gang.

Eind april stellen ook artsen in Europa vast dat enkele uit het buitenland teruggekeerde patiënten Mexicaanse griep hebben opgelopen.

⁶⁵ Hij heette Edgar Hernandez. Kleuter Edgar overleeft de infectie. De deelstaat Veracruz laat dat jaar in La Gloria een door Manneken Pis geïnspireerd bronzen beeld voor hem oprichten, in de hoop dat dit monument voor Patiënt Nul het toerisme zal inspireren. Het staat er nog steeds.
http://www.slate.com/blogs/atlas_obscura/2015/02/05/the_edgar_hernandez_swine_flu_statue_in_la_gloria_mexico.html

DE NEDERLANDSE REACTIE

Berenschot⁶⁶ beschrijft en evalueert de Nederlandse aanpak. Reden voor de terugblik: de Mexicaanse griep was uiteindelijk een zeer milde griep, maar de angst en de maatschappelijke druk waren groot en er waren voor veel geld veel vaccins in dubbele dosis besteld. Achteraf gezien is dat een overreactie. De overheid wilde daarom na afloop weten hoe de besluitvorming was verlopen op welke de gronden de besluiten waren genomen.

De crisischronologie volgens Berenschot (2011)

In de laatste week van april 2009 lijkt zich het lang gevreesde doemscenario van een nieuwe ‘Spaanse griep’ te ontvouwen. De allereerste Mexicaanse cijfers van het WHO lijken te wijzen op een ziekte met de mortaliteit van SARS gekoppeld aan de besmettelijkheid van een gewone griep.

Coutinho, hoofd Centrum Infectiebestrijding RIVM, en hoogleraar virologie Ab Osterhaus komen in de media. Osterhaus zegt dat de uiteindelijke oplossing is “aanschaf van vaccin, andere maatregelen zijn gericht op tijd te kopen totdat vaccin is bereid”. Op TV zegt Osterhaus: “De overheid zal gaan adviseren om geen vergaderingen, geen bijeenkomsten te houden. Dat zal allemaal verboden gaan worden”. Coutinho is flegmatieker in interviews.

Het Centrum Infectieziektenbestrijding van het RIVM adviseert de zorg conform het draaiboek ‘Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland’ te handelen, kortom persoonlijke beschermingsmiddelen, bemonstering patiënten, antivirale middelen en hygiënemaatregelen “handen wassen en het hoesten/niezen in een zakdoek of de eigen elleboog”. De adviezen zijn gelijk aan de expert opinion van het ECDC.

Het OMT komt bijeen en adviseert de Mexicaanse Griep als een B1-ziekte te kwalificeren. Het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg besluit op 29 april toch anders en maakt er op advies van de deelnemers van VWS een A-ziekte van. Overweging is “dat deze A-status het mogelijk maakt om, indien nodig, direct verplichtende maatregelen te treffen. Het geeft gemeenten in de opinie van het BAO maximale beleidsvrijheid, maar maakt het ook mogelijk dat de minister deze kan indammen.”⁶⁷

Het WHO stelt die week dat het virus van mens tot mens overdraagbaar is. Grenzen hoeven niet gesloten te worden.

Schiphol geeft aan iedere reiziger een waarschuwingsbrief mee. Het Nederlandse ministerie van Buitenlandse Zaken raadt af naar Mexico te gaan. Het VWS-beleidsteam Crisisbeheersing (BTCb) besluit dat contacten van



DE MINISTER SCHAALT DE
MEXICAANSE GRIEP GELIJK OP NAAR
A-ZIEKTE, ERNSTIGER DAN HET
OMT AANRAADT. DE NEIGING IS OM
EEN ONBEKENDE EPIDEMIE MET
MAXIMALE MIDDELEN TE
BESTRIJDEN.

⁶⁶ Berenschot: Evaluatie Aanpak Nieuwe Influenza A (H1N1) (de Mexicaanse griep): 9 maart 2011

⁶⁷ Berenschot (2011), p.12

patiënten uit voorzorg antivirale middelen kunnen krijgen. Op de avond van 19 april besluit de minister na wat telefoontjes dat Nederland in principe meteen vaccins zal gaan bestellen tegen de ziekte.

Tegen het eind van de week vermindert de zorg en verschuift de aandacht in het Nederlandse nieuws van ‘zorgelijke nieuwe wereldwijde griepuitbraak’ naar ‘zorgen in Mexico, daarbuiten mild’.⁶⁸ Door een aanslag op Koningsdag verdwijnt de media-aandacht voor de Mexicaanse griep.

In de zeven weken daarna houdt VWS de ontwikkeling van de epidemie nauwgezet in de gaten en besluit de crisisstructuur over het al dan niet instellen, opschalen en afschalen van maatregelen.

- Er is bron- en contactonderzoek. Vanaf 1 mei 2009 doet de GGD Kennemerland bron- en contactonderzoek voor en naar alle medepassagiers als een vliegtuigpassagier uit Mexico griep blijkt te hebben. Eigenlijk is er onvoldoende capaciteit voor. Vliegtuigen uit de VS blijven buiten beeld, dat is al helemaal niet uitvoerbaar, bovendien is de griep mild.
- Het ministerie heft het negatieve reisadvies voor Mexico op 9 juni op.
- Besluiten over het stoppen van contactopsporing en het stoppen van het voorschrijven van preventieve virusremmende middelen worden steeds uitgesteld.
- Op 11 juni kondigt de WHO fase 6 af, “wereldwijde pandemie”. Dit zorgt binnen de Nederlandse crisisstructuur voor enige discussie, want wat betekent dit voor opschaling en nationale crisiscommunicatie? In Nederland is weinig aan de hand op dat moment (één persoon besmet, niemand overleden, geen burgerpaniek). Verdere opschaling blijft daarom uit.
- Na een spoedadvies van de Gezondheidsraad beslist de minister op 18 juni definitief tot de aanschaf van 34 miljoen doses vaccin “vanuit het voorzorgsprincipe”.
- Op 22 juni adviseert het OMT voorlopig nog geen maatregelen af te schalen. Ook al is er geen wetenschappelijke onderbouwing, het OMT ziet maatregelen toch als een pragmatische oplossing om de piek zo lang mogelijk uit te stellen⁶⁹.
- Op 26 juni zijn er 118 geïnfecteerden in heel Nederland sinds de officiële uitbraak van de pandemie.
- In de zomer onderzoekt het BAO op aangeven OMT de mogelijkheden van een schoolsluiting van twee weken.
- Op 3 augustus overlijdt een jongen van 17 aan de Mexicaanse griep.
- Op 13 augustus adviseert het OMT de scholen niet te sluiten.
- Op 19 augustus begint een overheids campagne over vaccinatie.
- Op 25 augustus besluiten de ambtelijke interdepartementale adviescommissies naar aanleiding van het advies van het OMT en het RIVM om de scholen definitief niet te sluiten.
- In de laatste week van oktober en de eerste week van november ontvangen huisartsen de vaccins. Grootschalige vaccinatie begint. Risicogroepen zijn medische risico-groepen, alle zestigplussers, alle ouders van baby’s, kleuters en zorgpersoneel.
- Begin november nam de hoeveelheid berichten toe en wordt de berichtgeving prominenter; de focus ligt op jongeren en griepdoden.
- Op 12 november 2009 overlijdt een kind. De berichtgeving in de media slaat om van ‘overdreven’ naar ‘waar blijft het vaccin’. In de berichtgeving is er steun (‘weerleggen complottheorieën’) voor én kritiek (‘incestueus clubje’) op de overheidscommunicatie.
- Eind november is de teneur in de media dat de vaccinatie soepel verloopt en de epidemie onder controle is.

⁶⁸ Berenschot (2011), p.17

⁶⁹ Berenschot (2011), p.21

- Op 16 december 2009 is de laatste persconferentie van het RIVM en op 24 december 2021 meldt het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) dat de pandemie voorbij is. In Nederland zijn ruim 60 mensen aan de Mexicaanse griep overleden.

BESLUITVORMING TIJDENS MEXICAANSE GRIEPCRISIS: KLEINE KERN BESLIST

Een bijzonder probleem voor de adviseurs, zegt Berenschot, was de veelheid aan crisis(advies)teams die ontstond in combinatie met een beperkt aantal sleutelfunctionarissen. Berenschot identificeert vier beleidsmakers en vier experts die in de pool van “ongeveer honderd deelnemers aan alleen al de OMT-, BTCB- en ACO-overleggen” de lijn uitzetten, ze organiseren de woordvoering of doen het zelf.

“deze acht personen waren degenen die alle relevante informatie bezaten en veelal ook communiceerden. Zij gaven daarmee het nationaal beleid vorm.”⁷⁰

Een vertegenwoordiger van het CIB sluit (telefonisch) bij de BTCB-vergaderingen aan. “Zodoende werd het BTCB gevoed door medisch inhoudelijke en epidemiologische informatie en advisering vanuit het CIB.”⁷¹

De bekende risico's van besluitvorming door een klein groepje zijn onverwachte uitval van sleutelfiguren⁷², een te hoge belasting en het (daardoor) ontstaan van groepsdenken (geen reflectie meer mogelijk op de juistheid van de genomen maatregelen door vereenzelviging met de ‘gemiddelde’ groepsgedachte), groepsdruk (een gepercipieerde beperking van de mogelijkheid om een andere mening in de groep te uiten) en groepsdunk (geloof dat anderen niet in staat zijn tot een juist begrip van de situatie) in het kleine gezelschap.

In de interviews en groepsessies hebben wij bij de bredere groep van betrokken adviseurs sporen van deze groepsprocessen aangetroffen. In onze analyse hebben deze groepsprocessen bijvoorbeeld bijgedragen aan de beperkte reflectie op de continuering van de maatregelen bedoeld voor containment gedurende langere tijd, terwijl hier geen wetenschappelijke basis voor was.”

Overzicht wat maatregelen betekenden voor ministeries, maatschappij en mensen in het algemeen ontbrak. Berenschot daarover:

“Vanaf dinsdag 28 april kwamen met grote regelmaat de verschillende departementale ambtelijke beslissers bijeen in IBT-verband [Interdepartementaal Beleids Team]. In dit besluitvormend overleg werden, gezien de afwezigheid van integraal en operationeel advies, ter plekke uitvoerbare besluiten geconstrueerd. De onmiddellijke consequentie

⁷⁰ Berenschot (2011), p.193

⁷¹ Berenschot (2011), p.44

⁷² In dit verband: 11 jaar later valt bij de coronacrisis opeens minister Bruins uit. Het is een reëel risico.

hiervan is in onze analyse dat de besluitvormers niet de gelegenheid hadden om strategisch (reflectief, op de lange termijn) na te denken over de crisis en de aspecten daarvan die elk afzonderlijk departement overstegen”

IC-CAPACITEIT ALS RODE LIJN

De IC-capaciteit is niet goed bekend en RIVM-modellereurs maken prognoses⁷³. De uitkomst is somber: de modellereurs geven aan dat er

een gereede kans bestond dat er zonder controlematregelen (onder andere vaccinatie, grootschalig profylactisch gebruik van antivirale middelen en schoolsluitingen) te weinig capaciteit zou zijn om in alle hulpbehoeften te kunnen voorzien. Deze capaciteitsproblemen zouden zich het eerst manifesteren bij kinder-IC's. De notitie werd ruim een week later (5 augustus) besproken in het Outbreak Management Team (OMT). Het OMT constateerde dat onduidelijk was wie er op nationaal niveau verantwoordelijk was voor de coördinatie en de gevolgen van een eventuele schaarste aan IC-bedden.”⁷⁴

Mogelijk vereiste triage (wie gaat tijdens een echte crisis wel/niet naar de IC) wordt een hete aardappel. De Nederlandse Vereniging Intensive Care vindt dat de minister over triage moet beslissen. Het ministerie vindt het een verantwoordelijkheid voor de zorg. Berenschot:

“De betrokken adviseurs bij VWS beschouwen dit als een zodanig politiek ‘onaantrekkelijke’ beslissing dat zij geen besluit willen nemen over een advies daarover. De besluitvormers bij VWS hebben het niet aangedurfd hun eindverantwoordelijkheid voor de bestrijding van H1N1 te vertalen in een besluit over de te hanteren triagerichtlijn of over het moment dat een dergelijke richtlijn van kracht zou moeten worden. Uiteindelijk loste het probleem zichzelf op vanwege het milde karakter en de beperkte verspreiding van het griepvirus en verviel de noodzaak tot (acute) besluitvorming. In een andere situatie – een veel ernstigere infectieziekte uitbraak – had deze besluitvorming toch echt moeten plaatsvinden. (...)”

Richting het publiek werd niet gecommuniceerd over de (ontwikkeling van de) richtlijn of de mogelijke problematiek. In de media is de problematiek van de beschikbaarheid van IC-capaciteit niet ter sprake gekomen.”⁷⁵

⁷³ Notitie RIVM ‘Vraag naar ziekenhuisbedden en bedden op de intensive care tijdens de piek van een influenzapandemie’, 23 juli 2009

⁷⁴ Berenschot (2011), p.21. Het is achteraf opmerkelijk dat de modellereurs deze sombere prognose hebben terwijl er maar 181 infecties zijn geconstateerd, tot dan toe.

⁷⁵ Berenschot (2011) p.173

PROBLEMEN MET INSCHATTEN BEDDENCAPACITEIT

Er zijn ongeveer 1000-1250 IC-bedden in 2009 (afhankelijk van de wijze van tellen) maar de coördinatie ervan is lastig. Berenschot hoort van een medewerker van de GHOR⁷⁶ dat zij gedurende de pandemie op geen enkele wijze een actueel overzicht hadden van het aantal beschikbare IC-bedden in hun regio, door tegenwerking. De GHOR-medewerker:

“Het academisch ziekenhuis in onze regio wilde geen openheid verschaffen over het aantal beschikbare bedden op hun IC. De reden hiervoor, en dit vertelde de intensivist van het academische ziekenhuis mij letterlijk, was dat hij de andere ziekenhuizen in de regio niet vertrouwde. Wanneer hij namelijk openheid zou geven over het aantal beschikbare IC-bedden, was hij bang dat andere ziekenhuizen hiervan misbruik zouden maken. Wanneer je als ziekenhuis een IC-bed moet vrijhouden voor een grieppatiënt, kun je veel minder aan het bed verdienen dan dat het bed gebruikt zou blijven worden voor de electieve zorg. De angst van de intensivist was dat andere ziekenhuizen ten onrechte zouden melden dat zij geen IC-capaciteit hadden, zodat zij hun lucratieve electieve zorg konden doorzetten. Dit vond de intensivist oneerlijke concurrentie en weerhield hem ervan om inzicht te geven in de IC-capaciteit van zijn ziekenhuis.”⁷⁷

Berenschot zegt dat het geen incident is, maar dat *verschillende* GHOR-bureaus zeggen dat ze gedurende de pandemie geen enkel actueel inzicht hebben in de beschikbaarheid van IC-bedden in hun regio. Desondanks spreken ambtenaren over het tekort aan IC-capaciteit in november 2009. Een centraal digitaal totaaloverzicht ontbreekt. “Het lijkt er daarmee op dat er gedurende de grieppandemie nauwelijks een actueel en betrouwbaar inzicht geweest is in de beschikbaarheid van IC-bedden.”⁷⁸

IN 2009: GELOOF IN ‘FLATTEN THE CURVE’, MAAR WETENSCHAPPELIJKE TWIJFEL

Berenschot omschrijft de aanpak van infectieziekten:

- *containment*, oftewel hygiëne, bron/contactonderzoek en quarantaine, destijds ook wel de ‘vliegenmeppertactiek’ genoemd :
- *delaying* oftewel het vertragen van de verspreidingssnelheid (NB: dit is wat tijdens coronatijd ‘flatten the curve’ is gaan heten)
- en *mitigation* oftewel het verstrekken van vaccins en virusremmers.

⁷⁶ Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio. De GHOR is de per veiligheidsregio georganiseerde crisisdienst voor de gezondheidszorg,

⁷⁷ Berenschot (2011) p.171

⁷⁸ Berenschot (2011) p.174

Bij een ‘reguliere beheersbare infectie-ziekte-uitbraak’ volgen in het kader van containment thuisisolatie, handen wassen en in de elleboog hoesten, en bijzondere bevoegdheden zoals het sluiten van openbare gelegenheden. “Op een dergelijke wijze is uiteindelijk een ziekte als SARS bestreden”, aldus Berenschot.

Volgens het Berenschot-rapport wordt bij infectieziekten met een virulentie⁷⁹ vergelijkbaar met reguliere griep geen poging gedaan om de verspreiding te houden

“omdat dat simpelweg onmogelijk is. Behandeling van grieppatiënten geschiedt daarom op individuele basis, bijvoorbeeld door het gebruik van antivirale middelen en preventie geschiedt door vaccinatie van risicogroepen. Deze maatregelen vallen onder mitigation.”⁸⁰

Berenschot:

“Voor het concept van delaying bestaan geen praktijkvoorbeelden en geen wetenschappelijke basis in het vertrouwen ervan.

Het ECDC schreef hierover: *There is no scientific evidence of the effectiveness of delaying at this stage and indeed reasons to believe it will not be effective*⁸¹.”

Meldingsplicht en grootschalige laboratoriumanalyse van alle mogelijke patiënten is (zegt Berenschot, het ECDC aanhalend) al niet meer gerechtvaardigd als er meer dan een paar honderd patiënten in een land zijn aangetroffen. Voor indammen is het dan te laat.

Volgens Berenschot zag het RIVM eind april al in dat het virus niet meer afgestopt (contained) kon worden. Ze bleven in meerderheid wel geloven dat met dezelfde onderliggende maatregelen (contact tracing etc.)

FLATTEN THE CURVE EN DE VALSE SCHIJN VAN SUCCES

Het ECDC rapporteert in 2009 over ‘flatten the curve’:

“It is often not appreciated that it can take some time for human influenza transmission to start up in a country, even when a pandemic strain is involved.

With low effective reproductive number many infection chains selfterminate. For example, the 1968 pandemic took more than a year to take off in some countries without any interventions.

Hence a delaying strategy can appear to be successful when in fact it is having no impact. It is important, therefore, to consider the resource and energy that is applied (the significant opportunity costs) and the difficulties that come when a strategy has to change from delaying to mitigation.”

ECDC Interim Guidance, Mitigation and delaying (or ‘containment’) strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe, 6 June 2009

⁷⁹ Virulentie is het ziekmakend vermogen, de ernst van de ziekte

⁸⁰ Berenschot, p.65

⁸¹ Berenschot (2011), p.66, onder verwijzing naar ECDC Interim Guidance, Mitigation and delaying (or ‘containment’) strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe, 6 June 2009.

“delaying kon worden bereikt met als doelstelling dat de piek kon worden uitgesteld totdat vaccinatie beschikbaar was. Een afweging tussen opbrengsten en kosten van de maatregelen maakten deze adviseurs niet. Veel andere adviseurs leken geen verschil te kennen tussen containment en delaying en vertrouwden min of meer blind op het medisch-epidemiologische advies.

Het lijkt duidelijk dat er, ten minste achteraf, de wetenschappelijke consensus is dat er geen basis is voor delaying zodat er op het moment dat er geen containment meer mogelijk is, overgegaan moet worden tot een afweging welke mitigation maatregelen noodzakelijk zijn.”⁸²

[Het RIVM meldt in reactie op dit Berenschot-oordeel overigens dat “contactonderzoek inderdaad een delayend effect heeft. Hoe groot dat effect was is niet te zeggen, maar theoretisch werkt het delayend.”]⁸³

AUTOMATISCH OPSCHALEN

De ernst van de ziekte zelf speelt sinds 2005 geen rol meer in de afweging van de WHO of een ziekte de pandemiestatus (een ziekte op schaal 5 of 6) krijgt⁸⁴. Binnen de groep van Nederlandse experts ontstaat daardoor de vraag: maar welke maatregelen dan?

De vraag komt in mei 2009 aan de orde. “Er is druk op de WHO vanuit een aantal landen om niet fase 6 af te kondigen, dit omdat de te nemen maatregelen van fase 6 niet passen bij de situatie (lage mortaliteit en geen onrust bij de bevolking) zoals deze nu wordt ervaren. Het draaiboek van fase 6 gaat uit van het verstrekken van antivirale middelen volgens het distributieplan. Het beeld dat dan wordt opgeroepen wordt als niet wenselijk geacht (creëren van een eigen crisis). Het proces van op- en afschaling van fases door de WHO wordt daarmee wel politieker.”⁸⁵

In het WHO-model staat als automatisme dat bij wereldwijde fase 5 en 6 “afstandsmaatregelen, schoolsluitingen en verbod op samenkomsten gewenst”. Dat geldt ook/zelfs als de ziekte relatief mild is, “en er minder of andere maatregelen aan de orde zouden kunnen zijn”⁸⁶. Berenschot:

“De WHO adviseert consequent uit te gaan van een worst-case scenario, zonder hierbij concreet te worden.”⁸⁷

⁸² Berenschot (2011), p.66

⁸³ Noot 98 in Berenschot (2011)

⁸⁴ In de meest recente uitleg schrijft de WHO dat je kunt kijken naar gezondheid als maatstaf, of maatschappelijk effect als maatstaf. Maatschappelijke effecten verschillen van land tot land en zeer plaatsgebonden ‘including the effects of the media and the underlying state of preparedness’. Om die reden gaat WHO primair uit van “observable effects on health”.

⁸⁵ Berenschot (2011), p.99

⁸⁶ Berenschot (2011), p.66

⁸⁷ Berenschot (2011), p.189

Het ECDC constateert begin mei 2009 dat de griep mild leek te zijn, maar waarschuwt tegelijkertijd voor een mutatie die H1N1 zelfs gevaarlijker zou kunnen maken dan de Spaanse griep. De Nederlandse draaiboeken gaan uit van het automatisme. Berenschot:

“Voorspelbaar heeft deze spraakverwarring over de definities van de WHO-fasen en de koppeling ervan met steeds zwaardere maatregelen geleid tot onheldere discussies tussen adviseurs onderling (die niet allen de problematiek scherp hadden) en met besluitvormers over de betekenis van de WHO-fases.”

Het Centrum Infectieziekenbestrijding van het RIVM reageert op Berenschot met de opmerking dat het CIB dat ‘het logisch is dat elke hogere fase ernstiger is en zwaardere maatregelen vereist. Niet omdat het om een ernstiger ziektebeeld zou gaan, maar omdat het om een zich verspreidende ziekte gaat (steeds meer mensen worden ziek).’

OPSCHALEN OF HANDHAVEN MAKKELIJKER DAN AFSCHALEN

Het driefasenmodel van de WHO zou beleidsmatig aanleiding moeten zijn om na te denken wat nog gewenst en effectief is om de epidemie te beheersen. Berenschot stelt vast dat om te beginnen WHO en ECDC in 2009 aanvankelijk zelf een onduidelijk standpunt hadden over containment en delaying. Ondertussen is opschalen makkelijker dan afschalen.

Volgens Berenschot is er “ad hoc over gesproken wanneer bepaalde maatregelen zoals ‘tracking and tracing’ niet meer uitvoerbaar leken te zijn, maar er is geen verslag dat duidt op het voeren van de discussie ‘wanneer welke WHO-fase nu aan de orde was in Nederland’ en wat dit betekende voor invoering en vooral voor opheffing van maatregelen volgens de epidemiologische draaiboeken van het Landelijk Centrum Infectieziektenpreventie van het RIVM.”⁸⁸

Berenschot:

Zichtbaar is dat de directe adviseurs van de besluitvormers in de periode na de grootste dreiging niet adviseerden tot het intrekken of verlichten van maatregelen gericht op het (inmiddels evident onmogelijke) containment. Vanuit de wens om de verspreiding in Nederland zo lang mogelijk uit te stellen, werd integendeel geadviseerd de ingezette maatregelen bedoeld voor containment door te zetten, zonder bewijs dat dit effect zou hebben.⁸⁹

Niet-medische argumenten speelden daarbij een rol, het RIVM noemde als argument “de wens niet als eerste Europees land maatregelen weer in te trekken.” Geïnterviewden noemden verder als argument tegen Berenschot

⁸⁸ Berenschot (2011), p.66

⁸⁹ Berenschot (2011), p.180-190

“de angst dat de Nederlandse bevolking het niet zou begrijpen als tijdens een zich ontwikkelende griep maatregelen werden verlicht. De hoop bestond dat ook inhoudelijke zinloze maatregelen zouden bijdragen aan het vertrouwen van de Nederlandse bevolking.”⁹⁰

Inzake maatregelen zoals het zinloze maar steeds voortgezette contactonderzoek komen de argumenten om dit te handhaven volgens Berenschot voort

“uit een gevoel van better safe than sorry en de behoefte om aan de samenleving een signaal af te geven dat serieus met de griep wordt omgegaan. In het geval van de besluitvorming tot continuering van de contactopsporing voor reizigers naar Schiphol lijkt een element van symboliek te zitten maar ook een onjuist geloof dat de maatregel nog enig effect had (...) Samenvattend analyseren we dat het voor de besluitvormers makkelijker was om tot het nemen van maatregelen te besluiten dan tot het intrekken ervan.”⁹¹

PROGNOSEMODELLEN HEBBEN FOUTMARGES

Berenschot: “Het bleek dat er nog geen feitelijk beeld bestond over de ontwikkeling van een mogelijk tekort aan IC-capaciteit. Er werd dan ook gevraagd naar modellering van deze ontwikkeling. Niet verrassend bleek dat – toen deze vraag uiteindelijk werd beantwoord – er geen eenduidig antwoord op te geven was; het hing sterk af van de ontwikkeling van het virus.

“Het is daarmee dan ook de vraag hoe zwaarwegend dergelijke modellen moeten zijn bij de besluitvorming over de IC-capaciteit in een griep пандemie, zeker wanneer bij voorbaat al min of meer onderkend wordt dat de foutmarges van de gehanteerde modellen groot zijn.”⁹²

De overheid heeft virusremmers zoals Tamiflu en Zanamivir. VWS vraagt aan het CIB van het RIVM of dat genoeg is. “Het CIB gaf daarbij aan dat de vraag of 200.000 kinderdoseringen genoeg waren, moeilijk te beantwoorden was. De epidemiologische cijfers boden nog erg weinig houvast om een specifiek aantal te berekenen. De modellers probeerden te berekenen wat de verwachte vraag naar kinderdoseringen was in één seizoen. Het BTCB nam het advies van het CIB over. Het NVI ontving (daarop) een brief met het verzoek om over te gaan tot de aankoop van de kinderdoseringen.”

Er werden 200.000 extra doseringen aangeschaft zodat er in totaal 5 miljoen doseringen voorhanden waren. Uiteindelijk worden 181 mensen ziek in Nederland.

⁹⁰ Berenschot (2011), p.66-67

⁹¹ Berenschot (2011) p.94

⁹² Berenschot (2011), p.173

DOKTERS SUPERDESKUNDIGEN

Berenschot haalt aan dat in de media Coutinho en Osterhaus in beeld waren. Zij kwamen vanaf dat het begin “als de twee ‘superdeskundigen’ regelmatig terug.” Het departement besluit heel bewust dat Coutinho namens het RIVM het inhoudelijke gezicht van VWS naar buiten zou zijn. De minister werd achter de hand gehouden voor het geval er over ernstige zaken bericht moest worden, zoals het eerste Nederlandse slachtoffer.

“In de media trad Coutinho echter op als onafhankelijk expert en niet als vertegenwoordiger van de Nederlandse overheid, die daarmee absent bleef in de media. Het optreden van Coutinho was gezaghebbend doordat hij de betrouwbaarheid van een arts uitstraalde of vertegenwoordigde en omdat hij onzekerheden rondom het gevaar van H1N1 en de bestrijdingswijze benoemde. (...) In vergelijking met Coutinho benadrukte Osterhaus enerzijds veel meer de gevaren van H1N1, terwijl hij anderzijds meer verwees naar de Nederlandse ‘plannen’, waardoor de Nederlandse bevolking zich ook weer niet heel erg ongerust hoefde te maken.⁹³ Het inzetten van Coutinho (en niet de minister) als “dokter-expert’ en boegbeeld” was een bewuste keuze van deze communicatie-adviseurs. “Het voordeel hiervan was in hun ogen dat er met onafhankelijke deskundigheid zou worden gecommuniceerd”, schrijft Berenschot.

‘NIET PLUIS’ ALS BASIS VOOR ADVIEZEN

Al gelijk bij het begin van de epidemie onderkent VWS dat vaccinatie een cruciale maatregel is.

“Een vaccin was er nog niet, maar zou wel binnen een half jaar beschikbaar kunnen komen mits vrijwel onmiddellijk tot aanschaf daarvan zou worden besloten. De maatschappelijke druk tot aanschaf was daarmee meteen enorm.”⁹⁴

Uiteindelijk neemt VWS een besluit tot grootschalig dubbel vaccineren in Nederland. De grootschaligheid, nut en noodzaak staat achteraf ter discussie.

Vooraf geeft de Gezondheidsraad een spoedadvies over grootschalig vaccineren, onder meer van kleuters, want: ‘de afweer van kinderen is onrijp, we weten niets over de opnameduur maar in uitzonderlijke gevallen kan dit leiden tot overbelasting van de IC’s, welk risico groter is als er tegelijkertijd het RS-virus heerst’⁹⁵.

Berenschot zegt achteraf over de medische redeneringen, die in verschillende stukken voorkomen en waarvan deze een voorbeeld is:

“Het eerste redeneerelement is dat bij afwezigheid van feitelijke informatie wordt uitgegaan van een gevoelsmatige ‘niet pluis’ inschatting. Bekend is echter dat ook deskundigen zich door emoties zoals bijvoorbeeld een gepercipieerde dreiging laten leiden zodat hier wordt gekozen voor het hanteren van een ‘somber gevoel’ als basis voor advies.

⁹³ Berenschot (2011), p.188

⁹⁴ Berenschot (2011), p.1

⁹⁵ Gezondheidsraad/RIVM: ‘Briefadvies Vaccinatie tegen pandemische influenza A/H1N1 2009: doelgroepen en prioritering’, 9 november 2009, aangehaald in Berenschot (2011) p.118

Het tweede redeneerelement is dat vergelijking met de situatie van reguliere griep weliswaar aangeeft dat er niet iets bijzonders aan de hand is, maar dat wordt geadviseerd in de context van H1N1 het risico niet te lopen: hoe dramatisch het voor individueel betrokkenen ook kan zijn, ook bij reguliere griep wordt de grens van de IC-capaciteit benaderd zodat dit op zich geen reden kan zijn voor het adviseren van uitzonderlijke maatregelen.

De advisering door de GR al dan niet samen met het CIB in dit verband kan dan ook betiteld worden als noch operationeel noch wetenschappelijk gebaseerd, maar wel bewust voor de meest zekere kant kiezend zonder zichtbare aandacht voor kosten en baten van de aanbevolen maatregelen.”⁹⁶

(TE) STELLIG IN DE OVERHEIDSCOMMUNICATIE

Het RIVM was richting de professionele achterban open over de onzekerheden van het bestrijdingsbeleid. De communicatie-adviseurs van het ministerie vonden richting het grote publiek echter ‘vertrouwen in de overheid’ het belangrijkste doel. “In de uitwerking betekende dit dat men probeerde om de overheid als betrouwbare crisismanager te positioneren door onzekerheden in de bestrijdingsinstrumenten (zoals de mogelijke bijwerkingen van vaccinatie) niet prominent te communiceren.”⁹⁷ Berenschot:

“Een in onze analyse dieper liggende oorzaak voor deze communicatietactiek, is de opvatting bij relatief veel respondenten dat er een reëel risico was dat de samenleving ‘op hol’ zou slaan onder dreiging van een griep пандemie. Met andere woorden, dat de Nederlandse burger niet zou kunnen omgaan met onzekerheden in de bestrijdingskeuzes door de overheid. Dit is een zeer ontorechte aanname”

Dat de maatschappij niet op hol sloeg kwam doordat Coutinho als hoofd Centrum Infectieziektenbestrijding RIVM adequaat in de media opereerde, de media zelf vrij afgewogen verslag deden en de Mexicaanse Griep mild bleek te zijn.

Berenschot waarschuwt dat de bestrijding van epidemieën met veel onzekerheden omgeven is, beleidsmakers moeten oppassen met stellingen. Onder aanhaling van een Amerikaans white paper adviseert Berenschot dat niet eerst een wetenschappelijke ‘compromis’ wordt bereikt dat vervolgens aan de samenleving moet worden ‘verkocht’, maar dat de wetenschappelijke onzekerheden breed moeten worden gecommuniceerd en het ‘compromis’ vervolgens in de maatschappij zelf bepaald wordt.

⁹⁶ Berenschot (2011) p.118-119

⁹⁷ Berenschot (2011) p. 159-160

“De gegeven ratio hiervoor is langjarig onderzoek naar infectieziektebestrijding in de VS. Dit laat zien dat wetenschappelijke onzekerheden hoe dan ook een rol gaan spelen in het politiek en maatschappelijk debat.”⁹⁸

DUBBELE VACCINATIE

Vanaf begin mei 2009 is duidelijk dat de Mexicaanse griep een milde griep is. Bij alle adviseurs bestaat echter een zorg dat het virus kan muteren tot een gevaarlijker vorm⁹⁹. Uiteindelijk besluit de minister op 18 juni 2009 tot aanschaf van 34 miljoen dosis vaccin tegen de Nieuwe Influenza A (H1N1) bij de vaccinfabrikanten Novartis en GSK.

“Deze hoeveelheid was besteld om, indien noodzakelijk, de hele Nederlandse bevolking en de bevolking van de Nederlandse Antillen tweemaal te kunnen vaccineren.”

Dubbele volksvaccinatie leek in april juist maar daarna steeds minder nodig. Bij het vraagstuk of één of twee keer vaccineren nodig was, zeiden sommige geïnterviewden tegen Berenschot dat ze één keer voldoende vonden, “maar dat zij deze overweging vanwege de groepsdruk niet meer durfden in te brengen in de adviestrajecten waarbij zij betrokken waren”. Anderen zeiden dat er alle ruimte was in deze discussie, maar dat het niet aan de orde was omdat het vaccin nu eenmaal geregistreerd stond voor een dubbele prikronde, andere landen hadden gebrek aan vaccins, Nederland niet.”

WAT IS MILD, EN WANNEER IS MILD TOCH GEVAARLIJK?

Berenschot stelt dat de definitie van een milde griep nogal onhelder is.

Zo wordt in de Nationale risicobeoordeling uit 2008 een scenario geschetst van een ‘mild’ virus, dat uitgaat van 5.000 dodelijke slachtoffers. In vergelijking met deze aantallen kan het virus uit 2009 als ‘supermild’ worden aangeduid (met 62 dodelijke slachtoffers). De beschikbare draaiboeken gaan echter over het algemeen uit van een ernstige uitbraak (rekening houdend met 80.000 dodelijke slachtoffers).

Het (super)milde karakter van de griep in 2009 stond zodoende ‘op gespannen voet’ met de draaiboeken. Dit leidde in de advisering niet tot het intrekken van maatregelen (...)

Het mild zijn van H1N1 sloot niet uit dat H1N1 kon (en kan) muteren tot een gevaarlijkere vorm. Gevaarlijker betekent in deze context: met een hogere letaliteit of een hogere virulentie, waardoor een groter deel van de bevolking tegelijkertijd ziek wordt. Dit laatste zou een ontwrichtender effect kunnen hebben op de samenleving en de mogelijkheden tot zorg voor patiënten.¹⁰⁰

⁹⁸ Berenschot (2011), p.162, concept white paper van het CDC uit 2008

⁹⁹ Berenschot (2011) p.109

¹⁰⁰ Berenschot (2011) p.190-191

Berenschot stelt daarop de nuchtere vervolgvraag of het risico op een gevaarlijke mutatie bij de Mexicaanse griep groter is/was dan bij de seizoensgriep 2008 of de seizoensgriep 2010.

“De dominante perceptie van de adviseurs was dat het risico in 2009 groter was, maar een wetenschappelijke fundering hiervoor kon niet in de documentatie gevonden worden.”

Nadat duidelijk werd dat de griep mild van aard was, was het karakter van H1N1 dan ook niet de primaire reden tot zorg, maar wel de mogelijkheid dat H1N1 zou muteren tot een gevaarlijker variant.¹⁰¹

FARMACIE STELT ZICH COMMERCIEEL OP

De farmaceutische industrie voerde de druk op.

“Al vanaf de eerste dag werden allerhande adviseurs gebeld met de mededeling dat ogenblikkelijke besluitvorming noodzakelijk was omdat anders alle vaccins al door andere landen zouden zijn weggekocht. Meerdere respondenten vertellen over wat zij percipiëren als bewuste pogingen van de farmaceutische industrie tot het tegen elkaar uitspelen van partijen door onjuiste informatieverschaffing. In hun beleving heeft de farmaceutische industrie zich opgesteld als strikt commerciële partij, terwijl hun eigen focus op het publieke belang lag. Hierdoor was er, nog steeds in de herinnering van respondenten, sprake van een asymmetrische onderhandelingspositie die tot ongunstiger contracten heeft geleid dan bij reguliere vaccinaanschaf. Dat was zichtbaar in het ontbreken van een harde aflevertermijn voor de vaccins.”¹⁰²

2009: GEEN MONDKAPJES

In de laatste week van april voeren ambtenaren van VWS de discussie of de Nederlandse bevolking verplicht of vrijwillig mondkapjes moet gaan dragen.

Deskundigen van het CIB zeggen dat normale mondkapjes een beperkte bescherming tegen virussen bieden

“bij optimaal gebruik en dat optimaal gebruik een zekere mate van deskundigheid en discipline vergt. Het aanbevelen of verplichten van het gebruik van mondmaskers door burgers zou daarom slechts symbolisch zijn. Binnen de medische sector werd professioneel gebruik van professionele mondmaskers wel aangeraden bij contacten bij mogelijke patiënten.”¹⁰³

¹⁰¹ Berenschot (2011) p.191

¹⁰² Berenschot (2011) p.189

¹⁰³ Berenschot (2011), p.52

In de volgende dagen komt het opnieuw ter tafel, bij OMT en beleidscommissies BAO en ACO. “Ook daar werd geconstateerd dat het gebruik wetenschappelijk onvoldoende onderbouwd is, met uitzondering van het beroepsmatige gebruik”. Dat is overeenkomstig de lijn van de ECDC dd 19 mei 2009:

“There is no evidence that wearing face masks (e.g. surgical-type) outside of healthcare settings during the influenza season or a pandemic offers effective protection or reduces transmission, and ECDC does not recommend their use.”¹⁰⁴

2009: GEEN SCHOLENSLUITING

In april, direct na de eerste signalen van de Mexicaanse griep, komt het onderwerp scholensluiting aan de orde in het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg. Het BAO neemt het OMT-advies over om scholen niet te sluiten

“aangezien er geen wetenschappelijk bewijs bestond dat sluiting überhaupt zou bijdragen aan de vertraging van de verspreiding in de pandemische fase en bovendien deze fase in Nederland niet aan de orde was.”¹⁰⁵

In de maanden daarna komt het onderwerp met enige regelmaat op de agenda. Eerst is het idee bij het ministerie dat er geen bevoegdheid tot schoolsluiting bestaat, maar die wordt uiteindelijk gevonden in de bevoegdheid van de minister van VWS om bij een epidemie op basis van de Wet Publieke Gezondheid opdrachten aan burgemeesters te geven.

In juni is het OMT iets minder stellig en wordt een schoolsluiting *op dat moment* uitgesloten, mogelijk heeft de maatregel wel zin 14 dagen voor de piek. Daarom adviseert het OMT om een nadere epidemiologische en maatschappelijke studie uit te laten voeren.

In juli neemt het ECDC een standpunt over schoolsluiting in:

“However, though some health benefits can be expected, there is still considerable debate about if, when and how, proactive school closure policy should be implemented. There is no consensus on the scale of the benefits to be expected but (...) proactive school closures could indeed be beneficial in the ways described above, but only if the children do not simply mix elsewhere outside the schools. Any benefits, however substantial, must be weighed against the potential high economic and social costs of proactively closing schools.

Particularly critical may be the negative impact of unplanned school closures on key health workers since, for example, many doctors and nurses are also parents with dependent children. There are also many important operational issues related to school closures which, though not insuperable, need careful preparation. It is also important to

¹⁰⁴ Berenschot (2011), p.53

¹⁰⁵ Berenschot (2011), p.59

remember the many educational and social functions that schools deliver which would be lost, especially by prolonged closures.”¹⁰⁶

In augustus volgt een epidemiologische notitie van Wallinga c.s. met als conclusie dat een schoolsluiting twee weken voor de piek theoretisch enig effect zou kunnen hebben, 12-jarigen hebben de hoogste risicocontacten.

“**Social distancing** maatregelen zullen in het algemeen op een dergelijke wijze bijdragen aan effectieve bestrijding maar schoolsluiting zou extra effectief kunnen zijn omdat 12-jarigen de hoogste risicocontacten hebben. Het uiteindelijke effect is echter sterk afhankelijk van de exacte datum van uitvoering (net voor de piek) en van andere te nemen maatregelen om contact tussen kinderen buiten school te voorkomen (...) De trigger ligt op de ca. vijf infecties (drie symptomatische gevallen) per 100 kinderen per week in de leeftijdscategorie van 12 jaar”¹⁰⁷

Eind augustus 2009 valt het definitieve besluit dat scholen niet hoeven en niet zullen gesloten worden. De epidemie is te gering van omvang en te mild.

¹⁰⁶ Berenschot (2011) p.61-62. Berenschot merkt nog op dat de opinie van het ECDC dat schoolsluiting zou kunnen bijdragen aan delaying opvallend is omdat het ECDC eerder op 6 juni betoogde dat delaying niet mogelijk was.

¹⁰⁷ Berenschot (2011) p.63

SPIEGELBEELD: OVEREENKOMSTEN TUSSEN 2009 EN ‘20-‘22

Je ziet het pas als je het door hebt

Er zijn een paar opvallende parallellen tussen de aanpak van de Mexicaanse Griepcrisis in 2009 en de aanpak van de coronacrisis in 2020-2022. De Mexicaanse Griepcrisis kwam als crisis nooit tot wasdom: binnen een paar weken was duidelijk dat het een milde epidemie zou zijn. Daardoor bleef de overheid relatief terughoudend. Maar in beide crises waren sombere voorspellingen leidend voor het uitzetten van het beleid.

EEN (TE) KLEINE GROEP BESLIST

- Bij de MG-crisis was er een groot Bestuurlijk Afstemmingsoverleg. De eigenlijke beslissers waren vier beleidsmakers en vier medische experts die het hele nationale beleid maakten. In het overleg werden allerlei operationele besluiten genomen maar ideeën over lange termijn ontbraken, aldus Berenschot in 2011.
- Bij de coronacrisis werden de verschillende grote afstemmingsvergaderingen herhalingsoefeningen waar dezelfde mensen steeds zeiden wat ze in vervolgvergaderingen ook steeds zeiden, . De echte beslissingen werden top-down genomen in het Catshuisoverleg en het Torentjesoverleg, door een paar mensen. Korte termijn overheerste de lange termijn. Crisisbesluitvormingsvergaderingen hadden niet meer de gewenste structuur.

EPIDEMIOLOGISCHE VISIE BEPALEND, SMALLE FOCUS

- Hoewel bij de MG-crisis de ambtenaren het meeste overleggen (ze maken zich meer zorgen dan de medici) zijn inzake de maatschappelijke aanpak (containment, *delaying*/'flatten the curve') de epidemiologen leidend. Volgens Berenschot vertrouwden de adviseurs "min of meer blind op het medisch-epidemiologische advies" terwijl er geen wetenschappelijke consensus is voor *delaying*.
- Bij de coronacrisis is het OMT-advies leidend. De ambtelijke crisiscommissies nemen volgens de Onderzoeksraad het advies van het OMT zonder aanpassingen over. In het geformuleerde advies voor de ministeriële crisiscommissie blijft het advies van het OMT centraal staan en komt de bredere afweging die de interdepartementale ambtelijke crisiscommissies hierover hebben gemaakt zelden aan de orde

DE INGESCHATTE BEDDENCAPACITEIT IS BEPALEND

- Bij de MG-crisis was triage de hete aardappel. De minister wilde daar niet aan, rapporteert Berenschot.
- Bij de coronacrisis was de rode lijn 'code zwart'. Code zwart moest onder alle omstandigheden vermeden worden, aldus de Onderzoeksraad

GEZAMENLIJKE PATIËNTENS PREIDING MOEILIK

- Bij de MG-crisis was er geen centraal inzicht in de IC-capaciteit. Ziekenhuizen weigerden inzicht te geven.
- Bij de coronacrisis kon er op vrijwillige basis samengewerkt worden om patiënten te verdelen, na enige tijd werkte dat redelijk, maar de samenwerking nam af naarmate de crisis langer duurde. De minister kon geen aanwijzingen geven.

WORST CASE IS LEIDEND, ALTIJD

- In de MG-crisis raakten minder dan 200 mensen besmet in Nederland en binnen een maand was het milde karakter wetenschappelijk bekend. Slechts 61 mensen overleden. Desondanks werd een hele crisisstructuur opgetuigd, schoolsluitingen onderzocht, zinloos en arbeidsintensief bron- en contactonderzoek afgekondigd naar vliegtuigpassagiers in Mexico; en 34 miljoen vaccins ingekocht, genoeg om de gehele Nederlandse bevolking dubbel te vaccineren. Het overheersende gevoel werd dat het MG-virus zou kunnen muteren tot een gevaarlijker griepvirus, een aanname waar geen objectieve ondersteuning voor is. Probleem daarbij is dat het model van het WHO uitgaat van een automatische opschaling van maatregelen ongeacht de ernst van de ziekte.
- Anders dan de MG-crisis heeft de coronacrisis natuurlijk wél veel oversterfte als gevolg gehad. In de benadering van de experts *voor zover het gaat om de vraag wanneer je weer kunt afschalen* valt op hoe vaak ze redenen zien om niet of slechts bescheiden af te schalen. Voorbeelden:
 - Het RIVM is op zijn website beducht voor gevaarlijke varianten: “Het kan zijn dat een variant van het coronavirus besmettelijker is, mensen zieker maakt of dat vaccins minder effectief zijn. Daarom is het belangrijk varianten in Nederland goed in de gaten te houden.”
 - In het avondklok-kort geding (ECLI:NL:RBDHA:2021:1100) geeft de staat als reden voor de avondklok met name aan “dat het optreden van mutaties van het virus, die besmettelijker lijken te zijn dan het oorspronkelijke virus, momenteel grote zorgen baart.”
 - Mogelijk risicovolle onvoorspelbare ontwikkelingen worden voortdurend door het OMT in de adviezen genoemd om nog niet of maar heel voorzichtig af te schalen. ‘Veel onzeker, kan noodzakelijk zijn opnieuw verregaande maatregelen te nemen’¹⁰⁸; ‘nieuwe varianten kunnen de overhand nemen waardoor besmettingen zullen stijgen’¹⁰⁹; ‘een belangrijke piek is niet uitgesloten’¹¹⁰; ‘deze prognose is zeer waarschijnlijk te optimistisch’¹¹¹
 - Het is ook terug te zien in de op de modellen gebaseerde prognoses. Als bij een prognose de uitgangswaarden waarop de prognose is gebaseerd laag zijn, dan geeft dit rekenkundig een grote onzekerheid, het is moeilijker extrapoleren¹¹². Als de uitgangswaarden hoog zijn, dan is

¹⁰⁸ OMT-advies 20 april 2020: “‘Er is nog veel onzeker over de karakteristieken van het coronavirus en over het effect van de maatregelen om verspreiding tegen te gaan (...) Mochten maatregelen te snel losgelaten worden of onvoldoende worden opgevolgd, dan kan het noodzakelijk zijn opnieuw verregaande maatregelen te nemen om de epidemie weer onder controle te krijgen.’”

¹⁰⁹ OMT-advies 19 januari 2021: “Een situatie waarin de nieuwe varianten snel de overhand krijgen zou ook het perspectief op versoepelingen na 9 februari wegnemen omdat het totale aantal besmettingen dan te lang te hoog blijft en na verwachting zelfs weer verder gaat toenemen”

¹¹⁰ OMT-advies 5 juli 2021: “Kortom, een belangrijke piek in de zorgvraag in de winter is niet uitgesloten bij een ongunstige combinatie van wat lagere (persistente van) immuniteit en een ongunstig reproductiegetal.”

¹¹¹ OMT-advies 14 maart 2022: “Omdat in dit model op basis van IC-opnames de huidige snelle toename in incidentie van infecties te laag wordt ingeschat, is deze prognose zeer waarschijnlijk te optimistisch”

¹¹² Vgl bijvoorbeeld OMT-advies 13 januari 2022: “De schatting van het reproductiegetal op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een aanzienlijk grotere onzekerheid, omdat ze berekend

er rekenkundig afhankelijk van de omstandigheden een lagere onzekerheid, maar zijn de absolute getallen hoog, en dus gevaarlijk¹¹³. Er is dus altijd een reden om extra voorzichtig te zijn, het is linksom of rechtsom code rood, *worst case* dreigt rekenkundig al snel. Voorbeeld: de technische briefing van Van Dissel aan de Tweede Kamer, 15 november 2021¹¹⁴, waarin hij zegt dat de prognose van ziekenhuis en IC-opnames ongunstig is, het stijgt door “meest informatief op de korte termijn van een week, neigt naar overschatten” terwijl de IC-opnames worden *onderschat*, kortom hoger kunnen uitvallen. Hij concludeert dat er “brede onzekerheidsmarges zijn, met risico op hoge bezettingsgraad”.

- Dat stemt weer overeen met een model van TNO, dat door het RIVM voor validering is gebruikt, dus vergelijkbaar is. TNO merkt over zijn model op dat “even with a relatively small uncertainty of 10% in $\alpha(t)$, the hospitalized and ICU numbers can in the forecasts exceed planned numbers based on the median values by a factor of 2 for a considerable time.” Het model neigde snel naar strenge lockdowns om die reden.¹¹⁵

MODELLEN KENNEN GROTE ONZEKERHEDEN

- Bij de MG-crisis werd de IC-capaciteit voor kinderen en het aantal benodigde doses virusremmers geprobeerd in te schatten. Het advies was: we hebben te kort. Het aantal virusremmers werd vervolgens aangevuld naar vijf miljoen. Berenschot haalt aan dat er werd gevraagd naar modellering, maar “er was geen eenduidig antwoord op te geven; het hing sterk af van de ontwikkeling van het virus”. Berenschot vraagt zich af wat het gewicht van de modellen moet zijn, “zeker wanneer bij voorbaat al min of meer onderkend wordt dat de foutmarges van de gehanteerde modellen groot zijn.”
- Bij de coronacrisis rapporteert het RIVM, bijvoorbeeld op 17 augustus 2020: “Het is van belang te realiseren dat wetenschappelijk bewijs ontbreekt omtrent de mate van effectiviteit van de maatregelen afzonderlijk. Ook is het niet mogelijk robuuste modellering of gedetailleerde berekeningen uit te voeren (...) In het OMT is opgemerkt dat het gewenst zou zijn een getalsmatige onderbouwing te geven naar de overgang tussen de fases, maar realiseert zich dat hiervoor de kennis en inzichten vooralsnog ontbreken. Dit zal in de komende periode verder uitgekristalliseerd moeten worden op basis van kennis die in de GGD-praktijk wordt opgedaan”.
- Anno 2022 is het als de Onderzoeksraad er naar vraagt nog steeds voor het RIVM onmogelijk het effect van de avondklok te modelleren. Gebundelde maatregelen zijn niet te evalueren, zegt het RIVM.

wordt op veel geringere aantallen en dit reproductiegetal valt lager uit voor 25 december; het is gemiddeld 0,95 (95%-interval 0,78-1,12)”

¹¹³ Voorbeeld: als de prognose is dat een uitgangswaarde 5 zal vertienvoudigen, met een onzekerheidsmarge van 50 %, dan kom je uit op een eindwaarde tussen de 25 en de 75 ($5 \cdot 10 = 50$, 50% hoger of lager). Als een uitgangswaarde van 100 zal vervijfvoudigen, met een onzekerheidsmarge van 25%, dan kom je uit op een eindwaarde tussen de 375 en de 625. De vrees voor 625 spoort aan om alles te doen dat het 375 wordt.

¹¹⁴

https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/commissievergaderingen/details?id=2021A07254

¹¹⁵ van Wees JD, Osinga S, van der Kuip M, Tanck M, Hanegraaf M, Pluymaekers M, et al. Forecasting hospitalization and ICU rates of the COVID-19 outbreak: an efficient SEIR model. [Submitted]. Bull World Health Organ. E-pub: 30 March 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.256743>

‘DE WETENSCHAP’ IS NIET ABSOLUUT OVER EFFECTIVITEIT

- De epidemiologische notities van het ECDC en RIVM over het te verwachten bewijsbare resultaat van ‘delaying’ in 2009 zijn voorzichtig: er is weinig overtuigend bewijs. Over de specifieke onderwerpen effect algemene mondkapjesplicht en schoolsluitingen is volgens toenmalige epidemiologische adviezen weinig, althans weinig overtuigend bewijs, aldus Berenschot. De mogelijke effectiviteit van schoolsluiting moet afgewogen worden tegen de forse maatschappelijke nadelen.
- Het standpunt van het RIVM/OMT over mondkapjes in 2020 is lang terughoudend, er is weinig bewijs voor de effectiviteit. De OMT-adviezen maken vaak voorbehouden. De Onderzoeksraad ziet dat helaas de mitsen en maren niet aankomen bij de ambtelijke beslissers, ze wekken meer zekerheid en stelligheid dan op grond van de wetenschap verwacht mag worden. De Onderzoeksraad merkt op dat een advies dat door een wetenschapper gegeven wordt daardoor niet automatisch een wetenschappelijk advies wordt: “In die context zijn de adviezen eerder te zien als inschattingen van experts die reflecteren op de laatste stand van zaken.”

VEEL STELLIGHEID IN DE COMMUNICATIE

- In de MG-crisis was de overheid stellig over het succes van het vaccin, als belangrijkste bestrijdingsinstrument. In het algemeen wilde de overheid zich presenteren als betrouwbare crisismanager en was de angst dat de samenleving op hol zou slaan, aldus Berenschot.
- In de coronacrisis was de overheid stellig in de berichten dat de maatregelen effectief zouden zijn (bijvoorbeeld de avondklok), stellig in het vermanen van groepen die zich niet zouden houden aan de maatregelen (naleving was het doel) en veel stelliger over het vaccin en het perspectief dat het zou bieden dan bijvoorbeeld de Gezondheidsraad, aldus de Onderzoeksraad.

DUBBELE VACCINATIE NODIG

- In de MG-crisis is al snel het besluit genomen om voor de gehele bevolking twee doses aan te schaffen.
- In de coronacrisis is het besluit genomen om een boostervaccinatie aan te schaffen en de geldigheidsduur van de oorspronkelijke vaccinatie te beperken tot 9 maanden.

MEDICI DOMINANT IN DE MEDIA

- In 2009 waren RIVM/CIB-directeur Coutinho en Osterhaus de ‘superdeskundigen’ die vaak in de media kwamen. Ze spraken op persoonlijke titel. Coutinho fungeerde in de ogen van de minister als eerste overheidswoordvoerder, al sprak hij op persoonlijke titel, aldus Berenschot.
- Bij de coronacrisis kwamen OMT-leden veelvuldig in talkshows. Ze spraken op persoonlijke titel, hoewel ze geacht werden om zich aan het uitgedragen beleid te houden. Ze legden de effectiviteit van de maatregelen uit. Als ze dat niet deden wekte dat verbazing, aldus de Onderzoeksraad.

CASUS II: SLUITING VAN SCHOLEN

‘Levende enkelband voor de ouders’

De casus schoolsluiting is instructief omdat je daar dezelfde crisisredeneringen terugziet als bij de avondklok. De Onderzoeksraad reconstrueerde de besluitvorming. De besluitvorming kan vergeleken worden met de afwegingen uit 2009 om toen (geen) scholen te sluiten.

EERSTE SCHOLENSLUITING

In het Outbreak Management Team (OMT)-advies van 12 maart 2020, voorafgaand aan de eerste scholensluiting, adviseert het OMT om de scholen niet te sluiten. Het OMT schrijft

Met sluiting van scholen zouden veel ouders noodgedwongen prioriteit geven aan de zorg voor kinderen. Daardoor komt er extra druk op vitale maatschappelijke processen en zorgcapaciteit. Het beleid om zieke kinderen thuis te houden beperkt de circulatie. Algehele schoolsluiting draagt minder bij aan beperking van circulatie van het virus dat kinderen een beperkte rol in de virusverspreiding spelen en dat door het sluiten van scholen een extra druk op de samenleving en de zorgcapaciteit komt te staan, wat het effect van de maatregelen schaadt.¹¹⁶

Er is echter veel maatschappelijke onrust en onzekerheid, personeel en kinderen melden zich ziek, ouders zijn bezorgd, en dus sluit de minister de scholen toch in maart, april en mei 2020 (voortgezet onderwijs tot 1 juli), ondanks een negatief advies van het OMT. “Van de eerste scholensluiting is achteraf geen effect berekend of geëvalueerd dat kon dienen als input voor de tweede scholensluiting”¹¹⁷, schrijft de OVV hierover.

¹¹⁶ OMT, Advies n.a.v. 59e OMT COVID-19, 12 maart 2020

¹¹⁷ Deelrapport II, p.203

AANVANKELIJK NEGATIEF ADVIES SCHOLENSLUITING

Het OMT-advies om de scholen niet te sluiten is in lijn met de adviezen uit 2009, toen tijdens de Mexicaanse Griep ECDC en RIVM onderzochten wat het effect zou zijn op het verloop van de epidemie.. Het valt in het algemeen op dat het OMT bij zowel scholensluiting als mondkapjes aanvankelijk de lijnen uit 2009 volgt.

‘PRIORITEIT AAN DE ZORG VOOR JE KINDEREN’

Het OMT voorziet in voorjaar 2020 dat ouders thuis moeten blijven om voor hun kinderen te zorgen, en vindt dat ongewenst. In het najaar is hetzelfde argument een reden om de scholensluiting door te zetten, want ‘het beperkt reisbewegingen’

GEEN EPIDEMIOLOGISCHE EVALUATIE

De Onderzoeksraad merkt op dat het epidemiologische effect van de schoolsluiting in voorjaar 2020 nooit is berekend. Het is de vraag of het RIVM-model dit achteraf kan berekenen. Uit de openbare toelichting valt af te leiden dat dit bij een pakket van maatregelen onmogelijk is/ zou zijn.

TWEEDE GOLF: CORONA ONDER SCHOLIEREN GEEN PROBLEEM

In het najaar komt de tweede golf. Het OMT is eerst (op 18 september) vrij stellig dat corona onder de schoolgaande jeugd geen groot probleem is, de overheid moet nadrukkelijk communiceren ‘dat het aantal gevallen van COVID-19 in de leeftijdsgroep tot en met 18 jaar tot nu toe laag was, weliswaar iets toeneemt, maar beheersbaar blijft (...) Het OMT onderschrijft het belang dat kinderen fysiek onderwijs kunnen volgen, zoals ook steeds meer wetenschappelijk wordt onderschreven, en de situatie waarin scholen sluiten vanwege clusters of uitbraken op scholen is zeer onwenselijk, gezien het belang van onderwijs en de nadelige effecten van een schoolsluiting op kinderen” In geval van besmettingen adviseert het OMT aanvullende maatregelen te nemen ‘zodat een (nationale) schoolsluiting kan worden voorkomen’.¹¹⁸ Het ECDC heeft in juli 2020 beschreven dat leerachterstanden door langdurige scholensluitingen als zeer groot worden inschat.

HET OMT GAAT OM

Daarna slaat de mening langzamerhand om. Op 28 september 2020 zegt het OMT dat het onderwijs steeds vaker een plaats van besmetting wordt, maar de stijging is niet relevant en beheersbaar. Op 13 oktober 2020 constateert het OMT dat jongeren met enige regelmaat besmet raken, en mogelijk toch bijdragen aan de verspreiding van het virus.

Echter, gezien het grote belang van onderwijs voor het welzijn, de ontwikkeling en de gezondheid van kinderen en jongeren, is het OMT van mening dat het voortgezet onderwijs open kan blijven op de wijze waarop dit nu georganiseerd is. Ten aanzien van het middelbaar- en hoger onderwijs en het universitair onderwijs is het OMT verdeeld of hier een tijdelijk fysieke onderwijsstop passend is.¹¹⁹



HET OMT BEVEELT MET ‘STRIKT
HANDHAVEN’ IETS AAN DAT VERDER
GAAT DAN EEN EPIDEMIOLOGISCH
ADVIES. STRENGER = BETER.

In het advies van 3 oktober stelt het OMT dat “het gegeven dat de maatregelen van september en oktober duidelijk minder effect resulteren dan in de periode maart jl. doet vermoeden dat er winst te boeken valt in het aanspreken van mensen op naleving van de al afgekondigde maatregelen of daarop strikter te handhaven”.

Het OMT geeft nu in overweging om de scholen deels fysiek te sluiten en “hier toch ook de bovenbouw van de middelbare scholen bij te betrekken, ook al gaat dit in tegen het eerder geuite voornemen de scholen geheel te ontzien.”

¹¹⁸ OMT, Advies n.a.v. 77e OMT, deel 2, 18 september 2020.

¹¹⁹ OMT, Advies n.a.v. 80e OMT, 13 oktober 2020.813

Het idee van het OMT is dat “een korte intensivering van de huidige maatregelen zal naar verwachting geen effect hebben over de piekbelasting in de ziekenhuizen, maar vooral de afbouw daarna gunstig beïnvloeden. Een dergelijk effect kan bereikt worden door de maatregelen 2 weken landelijk aan te scherpen”.

Het kabinet ziet op dat moment nog geen noodzaak om de bovenbouw te sluiten en tot online lesgeven over te gaan. Op 23 november wil het OMT graag onderzocht zien “of het mogelijk is de afname van het aantal COVID-19-gevallen te ondersteunen door de kerstvakantie van scholen met een week te verlengen c.q. een week eerder te laten aanvangen. Een dergelijke interventie heeft naar verwachting een gunstig effect op de R”. Verderop in het rapport blijkt dat het OMT eigenlijk al een standpunt heeft, er zou “zoals boven is gesuggereerd – een positief effect verwacht kunnen worden van het vervroegen en/of verlengen van de schoolvakanties rondom kerst en oudjaar met een week.”¹²⁰

Op 7 december 2020 vindt het OMT schoolsluiting niet noodzakelijk. Een week online lesgeven in januari leidt “volgens modellering” tot ongeveer dertig minder ic-opnames, tweehonderd minder ziekenhuisopnames en het mogelijk één tot twee dagen eerder bereiken van de signaalwaardes. Als ook het basisonderwijs gesloten wordt zal dat “volgens de modellering” leiden tot nog eens dertig minder ic-opnames, tweehonderd minder ziekenhuisopnames en het één tot twee dagen eerder bereiken van de signaalwaardes. Het OMT noemt dat een ‘gering effect’, omdat de signaalwaardes maar iets eerder worden bereikt, namelijk twee tot vier dagen.¹²¹

ONZEKERHEID VERSUS PRECISIE

Het is opvallend dat het OMT in het advies van 3 december 2020 aan de ene kant benadrukt dat het effect in de modellen zeer onzeker is. Die onzekerheid leidt tot vrees voor verruiming (terwijl anderzijds van aanscherpingen steeds een gunstig effect wordt verwacht). Het OMT schrijft:

CIRCUIT BREAKER?

Red Team en sommige epidemiologen hebben meerdere malen gepleit voor een ‘korte harde lockdown’ waardoor de besmettingen sneller tot staan gebracht zouden worden naar een beheersbaar niveau. Het OMT lijkt die lijn ook te willen volgen in december 2020.

De interessante vraag voor bijvoorbeeld een parlementaire enquête is waar het idee dat aanscherping ondanks gelijke piekbelasting leidt tot snellere afbouw op gebaseerd is. Blijkt het cijfermatig uit een RIVM-model of is het een eigen hoop of vermoeden van het OMT?

HET OMT WORDT STEEDS STRENGER VOOR SCHOLEN

In drie maanden wijzigt de koers van het OMT. Er is eerst verdeeldheid over sluiting, daarna zorg, daarna modellering om de koers op te kunnen bepalen. De modellering wijst op een slechts gering effect, in overeenstemming met oudere wetenschappelijke inzichten.

Zodra de scholen gesloten zijn maakt het OMT zich zorgen op mogelijke besmettingen onder scholieren en is het lang verdeeld over heropening. Eerst moet voldoende wetenschappelijk zijn vastgesteld dat er geen risico is. Daarna zijn het maatschappelijke belangen waardoor het OMT zich niet langer verzet tegen heropening, zij het onder allerlei aanvullende voorwaarden.

¹²⁰ OMT, Advies n.a.v. 88e OMT, 23 november 2020

¹²¹ OMT, Advies n.a.v. 90e OMT, 7 december 2020.

“Hoe groot de precieze effecten van de voorgestelde verruimingen precies zijn, is onduidelijk. En hoe meer versoepelingen er toegestaan worden, hoe groter de onzekerheid is over de effecten. In de modellering wordt bij doorrekenen van de voorgestelde versoepelingen overigens met name de onzekerheid van de prognoses groter, iets dat zich uit in een belangrijke toename van het betrouwbaarheidsinterval. Duidelijk is dat versoepelingen de afname van het aantal ziekenhuis- en IC-opnames zal vertragen, met nadrukkelijke onzekerheid of dit niet veel trager zal zijn dan nu ‘als gemiddeld’ voorspeld”.

In de tabel die er op volgt is iedere onzekerheid afwezig. Met exactheid geeft het OMT aan dat (het handhaven van) maatregelen danwel verruiming tussen de -20 en +270 opnames tot gevolg heeft, afhankelijk van de individuele maatregel, en tussen de 0 en 15 dagen vertraging in het bereiken van de signaalwaarde van 10 IC-opnames per dag. Zie onder, tabel gekopieerd uit het advies van 3-12-2020:

	IC: bereiken signaalwaarde van 10 opnames per dag, en totaal aantal IC-opnames*)		
	Twee weken kerstvakantie	Voortgezet onderwijs een week online les	Primair en voortgezet onderwijs een week online les
Geen versoepeling en	(referentie)	min 0 dagen minus 20 opnames	min 0 dagen minus 60 opnames
Idem + verruiming bezoek van 3 naar 6	plus 8 dagen plus 130 opnames	plus 7 dagen plus 100 opnames	plus 6 dagen plus 60 opnames
Idem + verruiming restaurants en culturele instellingen	plus 15 dagen plus 270 opnames	plus 14 dagen plus 240 opnames	plus 12 dagen plus 190 opnames

*) Van op IC's opgenomen COVID-19-patiënten komt circa 27% te overlijden.



DEZE ZEER PRECIEZE
TABEL MAAKT IEDERE
VERRUIMING HEEL
MOEILJK. HET IS
ALSOF DE BESLISSER
PERSOONLIJK
VERANTWOORDELIJK
WORDT VOOR 270
OPNAMES WAARVAN
27% GAAT
OVERLIJDEN.

Op 11 december maakt het OMT zich vanwege de Britse variant (alfavariant) zorgen over een groei in de besmettingen en opnames, en de aankomende kerstvakantie met alle eindejaarscontacten. “Zonder een aangescherpte fase, zoals hieronder gesuggereerd, voor, tijdens en/of na de kerstvakantie bestaat het risico dat de huidige partiële lockdown en de bijbehorende restricties nog maandenlang moeten worden gehandhaafd” concludeert het OMT op 11 december. De aangescherpte maatregelen worden in het advies opgesomd. Over scholensluiting zegt het OMT:

“Indien voor een dergelijk breed pakket gekozen wordt, hetgeen de voorkeur heeft van het OMT, dan zou ook fysieke schoolsluiting daar onderdeel van kunnen zijn. Het OMT is tegenstander van fysieke schoolsluiting als scholen buiten andere maatregelen om als enige gesloten zouden worden; immers het belang van onderwijs is groot.”

De OVV rapporteert: “Hoewel het OMT in dit laatste citaat een keuze lijkt te schetsen, blijkt uit interviews van de Onderzoeksraad met betrokkenen dat zij in de daaropvolgende Catshuisbespreking ervoeren dat er geen keuze meer was.” De cijfers die Van Dissel op 13 december in het Catshuisoverleg presenteert

interpreteren de aanwezigen als ‘alarmerend’. Het Catshuisoverleg heeft het gevoel “met de rug tegen de muur” te staan.¹²²

REISBEWEGINGEN BEPERKEN: SCHOLEN DICHT

De situatie wordt als zo alarmerend beschouwd, dat alleen “een breed pakket” kan helpen, inclusief een scholensluiting. Zoals de onderwijsminister zegt: “De situatie is inmiddels zo ernstig dat ook het onderwijs daaraan een bijdrage moet leveren.” Alternatieven (openhouden basisscholen, thuiswerkplicht) wegen niet mee of tellen niet. Een verplichting tot thuiswerken is niet handhaafbaar, geen wettelijke basis, ingrijpen “achter de voordeur” wil de politiek niet.

OCW benadrukt dat het besluit tot het sluiten van het funderend onderwijs niet is genomen vanwege de besmettingsrisico’s op scholen, aangezien het OMT in zijn adviezen meermaals wijst op het relatief beperkte aantal besmettingen op scholen.¹²³

Rutte zegt in zijn TV-toespraak van 14 december dat alle maatregelen erop gericht zijn het aantal contacten tot een minimum te beperken, zodat het virus niet kan overspringen. Op de website van het ministerie OCW staat als reden: ‘We moeten het aantal reisbewegingen van ouders en leerlingen beperken, om zo de verspreiding van het virus en de druk op de zorg terug te dringen’, in het Jeugdjournaal zegt de onderwijsminister dat het gaat om de haal- en brengmomenten in het basisonderwijs, en in de krant verklaart hij op 17 december dat de scholensluiting ‘niets te maken heeft met de situatie op de scholen zelf, al namen de zorgen over de besmettingen in de bovenbouw van het voortgezet onderwijs

ONDERZOEKSRaad: SCHOOLSLUITING OM OUDERS THUIS TE HOUDEN

Destijds is scholensluiting als ‘levende enkelband’ ontkend door het kabinet, maar achteraf komt de Onderzoeksraad tot een heel andere conclusie, de sluiting was:

“voornamelijk bedoeld om het aantal contacten en reisbewegingen van ouders te beperken. In het voortgezet onderwijs zou ook het beperken van contacten en reisbewegingen van leerlingen een effect moeten hebben. Een exact effect van de scholensluiting op het R-getal of het aantal ziekenhuis- of ic-opnames is niet berekend”.

ARGUMENTATIE VAN OMT WIJZIGT STEEDS

Eerst is er geen zorg over besmettingen in het basis- en voortgezet onderwijs, dan is er zorg over de bovenbouw, dan gaan de scholen dicht hoewel er weinig besmettingen zijn en dan concludeert het OMT dat er niet heropend kan worden voordat er duidelijkheid over besmettingen is. De argumentatie verandert steeds.

¹²² Deelrapport II, p.207

¹²³ Deelrapport II, p.209

wel toe'. Volgens hem gaat het op dat moment om het zoveel mogelijk beperken van reisbewegingen¹²⁴.

In de Tweede Kamer krijgt de premier de vraag of de kinderen worden ingezet als "de levende enkelband van hun ouders". De bijdrage van het (basis)onderwijs aan de epidemie is namelijk beperkt. Rutte antwoordt dat Nederland "niet 'de luxe' heeft om van iedere maatregel te willen weten welk effect die heeft. Hij zegt ook dat het OMT de gevraagde onderbouwing niet kan geven, omdat het een optelsom van maatregelen betreft. Het gaat niet om de besmettingen, maar om het aantal verplaatsingen, zegt hij.

Op 13 januari interpelleert Groen Links de premier over de onderbouwing van de scholensluiting. Groen Links vraagt de premier om te zorgen dat de kinderen niet worden gebruikt om hun ouders thuis te houden, aangezien dat argument nu wederom wordt gebruikt. De premier antwoordt dat het thuiswerken van ouders tijdens een sluiting van scholen in het primair onderwijs een effect is dat er is, maar 'dat je [dat] niet als doel van het beleid kunt hebben.

De Onderzoeksraad concludeert dat al met al de

"scholensluiting voornamelijk bedoeld is om het aantal contacten en reisbewegingen van ouders te beperken. In het voortgezet onderwijs zou ook het beperken van contacten en reisbewegingen van leerlingen een effect moeten hebben. Een exact effect van de scholensluiting op het R-getal of het aantal ziekenhuis- of ic-opnames is niet berekend, zoals het OMT dat effect wel heeft berekend bij de mogelijke verlenging van de kerstvakantie. In interviews van de Onderzoeksraad geven betrokkenen als verklaring hiervoor dat in algemene zin het OMT enkel het effect van een pakket aan maatregelen kan berekenen, niet van

GOMMERS: 'PRAAT OVER HARDE LOCKDOWN EN SLUITING SCHOLEN'

Dinsdag 23 november 2021, 21:15

[NOS] IC-hoofd Diederik Gommers vreest dat over tien dagen code zwart geldt in de ziekenhuizen en dat artsen moeten gaan bepalen wie wel nog intensieve zorg krijgt en wie niet. Dat zei hij vanavond tegen Tweede Kamerleden in een hoorzitting.

Volgens Gommers is het niet haalbaar om het totaal aantal IC-bedden in Nederland op te schalen, zoals demissionair minister De Jonge wil, onder meer omdat er steeds meer personeel thuiszit met kinderen die corona hebben. Voor coronapatiënten kan er volgens hem maximaal opgeschaald worden naar 650 IC-bedden Gommers: "Bij 651 zit je op code zwart."

De hoorzitting in de Tweede Kamer gaat over de plannen van het kabinet om het gebruik van het coronatoegangsbewijs uit te breiden en 2G-beleid mogelijk te maken. Maar volgens Gommers zou het veel verstandiger zijn om te praten over een harde lockdown vanaf volgende week, inclusief sluiting van de scholen.

Gisteren zei demissionair minister De Jonge nog dat code zwart "nog ver weg is". Ook Ernst Kuipers van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding zei gisteren dat de ziekenhuisbezetting de piek van vorige winter nadert, maar dat er nog geen sprake is van code zwart.

¹²⁴ Deelrapport II, p.207

individuele maatregelen binnen het pakket omdat de maatregelen elkaars effect beïnvloeden.¹²⁵

HEROPENING

In het Oudjaarsadvies zegt het OMT dat er nog allerlei onderzoek gaande is naar de verspreiding op basisscholen, onder meer in Lansingerland. “In afwachting van deze cruciale informatie en nadere duiding kan het OMT op dit moment geen positief advies geven over het eventueel eerder openen van kinderopvang en scholen voor primair onderwijs”. Kinderen moeten ook oppassen met buitenspelen.

Het advies van een week later geeft nog steeds geen ruimte voor heropening, ook niet half januari. Alle scholen blijven dicht die maand. Ouders proberen toch hun kind op school te krijgen, ze kunnen/ mogen niet thuiswerken, de noodopvang loopt vol.

Verdeeld OMT geeft toestemming heropening onderwijs

Er vindt onderzoek plaats naar een uitbraak in een school in Lansingerland. Naar aanleiding daarvan concludeert het OMT op 30 januari 2021 “dat kinderen deze virusvariant sneller verspreiden, waarschijnlijk mede doordat zij vaker klachten ontwikkelen. Kinderen lijken echter ook bij de alfavariant niet de motor van de besmettingen te zijn.”

Een aantal OMT-leden geeft aan dat zij de risico's op dit moment te groot achten om überhaupt over een versoepeling, zoals heropenen van de scholen, positief te willen adviseren. Zij zouden de situatie liefst eerst nog een aantal weken willen volgen, onder voortzetting van de huidige maatregelen.¹²⁶

De meerderheid van het OMT erkent echter dat op grond van ‘diverse maatschappelijke afwegingen dringend ruimte gewenst is voor perspectief en enige versoepeling’ ondanks het feit dat dit risico's met zich meebrengt.” De basisscholen gaan op 8 februari weer geheel open onder een aantal voorwaarden (o.a. mondkapjes in de gangen). Het voortgezet gaat onder voorwaarde van de anderhalvemetermaatregel per 1 maart gedeeltelijk open.

Het OMT adviseert een aantal malen om de afstandsregels te behouden. Als onderbouwing schrijft het OMT op 3 mei dat volgens de modellering het loslaten van de anderhalvemetermaatregel in het voortgezet onderwijs kan leiden tot een vertraagde daling van de ziekenhuisbezetting en zelfs kan leiden tot een tijdelijke verhoging. Per juni verdwijnt de anderhalvemeter-maatregel in het voortgezet onderwijs.

OORDEEL ONDERZOEKSRAAD

Het valt de Onderzoeksraad voor de Veiligheid op “dat het OMT, een medisch-wetenschappelijk adviesorgaan gericht op het bestrijden van een infectieziekteuitbraak, ook andere belangen dan infectieziektebestrijding meeweegt”, zoals “het grote belang van onderwijs voor het welzijn, de ontwikkeling en de gezondheid van

¹²⁵ Deelrapport II, p.209

¹²⁶ OMT, Advies n.a.v. 98e OMT deel 1, 30 januari 2021

kinderen en jongeren” of letterlijk “diverse maatschappelijke afwegingen’ en het ‘dringend ruimte bieden voor perspectief’.

“Hier is sprake van een grijs gebied. Uit interviews van de Onderzoeksraad met OMT-leden blijkt dat het OMT heeft geworsteld met dit grijze gebied. Binnen het OMT bestonden verschillende ideeën over de mate waarin de ontwikkeling en gezondheid van kinderen aandacht moest krijgen in de adviezen. De voorzitter van het OMT had hierbij de doorslaggevende stem en nam dit perspectief toch mee.”

De OMT-adviezen zijn doorslaggevend geweest voor de besluiten van het kabinet om te sluiten/te heropenen, aldus de Onderzoeksraad.

2009: GEEN SCHOLENSLUITING

In april 2009, direct na de eerste signalen van de Mexicaanse griep, komt het onderwerp scholensluiting aan de orde in het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg van het ministerie van VWS. Het BAO neemt het OMT-advies over om scholen niet te sluiten, “aangezien er geen wetenschappelijk bewijs bestond dat sluiting überhaupt zou bijdragen aan de vertraging van de verspreiding in de pandemische fase en bovendien deze fase in Nederland niet aan de orde was.” In de maanden daarna komt het onderwerp met enige regelmaat op de agenda. Eerst is het idee bij het ministerie dat er geen bevoegdheid tot schoolsluiting bestaat, maar die wordt uiteindelijk gevonden in de bevoegdheid van de minister van VWS om bij een epidemie opdrachten aan burgemeesters te geven.



UIT RAPPORT BERENSCHOT BLIJKT
DAT AANSTURING VAN
VEILIGHEIDSREGIO'S VIA DE WET
PUBLIEKE GEZONDHEID IN 2009 AL
EEN KEER BEDACHT IS (MAAR NIET
NODIG).

In juni 2009 adviseert het OMT om een nadere epidemiologische en maatschappelijke studie uit te laten voeren. In juli neemt het ECDC een standpunt over schoolsluiting in:

However, though some health benefits can be expected, there is still considerable debate about if, when and how, proactive school closure policy should be implemented. There is no consensus on the scale of the benefits to be expected but (...) proactive school closures could indeed be beneficial in the ways described above, but only if the children do not simply mix elsewhere outside the schools. Any benefits, however substantial, must be weighed against the potential high economic and social costs of proactively closing schools.

Particularly critical may be the negative impact of unplanned school closures on key health workers since, for example, many doctors and nurses are also parents with dependent children. There are also many important operational issues related to school closures which, though not insuperable, need careful preparation. It is also important to

remember the many educational and social functions that schools deliver which would be lost, especially by prolonged closures.¹²⁷

Berenschot merkt nog op dat de opinie van het ECDC dat schoolsluiting zou kunnen bijdragen aan delaying opvallend is omdat het ECDC eerder op 6 juni betoogde dat delaying niet mogelijk was. In augustus volgt een epidemiologische notitie van Wallinga cs. met als conclusie dat een schoolsluiting twee weken voor de piek theoretisch enig effect zou kunnen hebben.

“Daardoor is er dan een absolute vermindering van ziekenhuisopnamen en daarmee weer sterfgevallen, in het geval de ziekenhuiszorg overbelast zou zijn. Schoolsluiting kan de piek verder uitstellen, waardoor er eventueel meer mensen zouden kunnen worden gevaccineerd als de vaccins net op dat moment beschikbaar komen. ‘Social distancing maatregelen’ zullen in het algemeen op een dergelijke wijze bijdragen aan effectieve bestrijding maar schoolsluiting zou extra effectief kunnen zijn omdat 12-jarigen de hoogste risicocontacten hebben. Het uiteindelijke effect is echter sterk afhankelijk van de exacte datum van uitvoering (net voor de piek) en van andere te nemen maatregelen om contact tussen kinderen buiten school te voorkomen.”¹²⁸

Eind augustus 2009 valt het definitieve besluit van VWS dat scholen niet hoeven en niet zullen gesloten worden. De epidemie is te gering van omvang en te mild.

¹²⁷ Managing schools during the current pandemic (H1N1) 2009 – Reactive and proactive school closures in Europe 20 Jul 2009

¹²⁸ Bijlage Schoolsluiting tijdens een influenzapandemie, Jacco Wallinga, Michiel van Boven, Marijn van Ballegooijen, bij Brief van het RIVM aan Directeur-Generaal Volksgezondheid

SLAGVAARDIG MAAKT MACHTELOOS

De eenzijdige blik van Raad van State en regering op proportionaliteit

Uit de Memorie van Toelichting en het advies van de Raad van State valt af te leiden hoe de Wet Publieke Gezondheid in de praktijk zou moeten gaan werken. Dat is eigenlijk zoals de Wet Tijdelijke Maatregelen Covid-19, maar dan zonder de hinderlijke controle van de Eerste Kamer, die het kabinet de afgelopen twee jaar soms heeft dwarsgezeten.

De opvatting van het kabinet blijkt uit de Memorie en de structuur van de wet. In de inleiding van de Memorie staat neutraal geformuleerd dat de regering het wettelijk instrumentarium wil creëren en de parlementaire betrokkenheid wil verankeren. In de volgende paragraaf blijkt de eigenlijke redeneerlijn:

“De verspreiding van dergelijke infectieziekten levert een gevaar op voor de volksgezondheid. Het is dan zaak om snel te kunnen handelen en maatregelen te kunnen nemen (...) Passende parlementaire betrokkenheid is een tweede doel van dit wetsvoorstel [vanwege] beperkingen van grondrechten (...) en impact op de samenleving. Het is daarom van belang dat het parlement betrokken wordt bij de totstandkoming van dergelijke maatregelen. Dit dient in balans te zijn met de noodzaak om snel en slagvaardig maatregelen te kunnen nemen”



KABINET: VANWEGE GEVAAR MOET JE
SNEL HANDELEN. DAT TELT HET
ZWAARST. HET PARLEMENT MOET
DAARBIJ FORMEEL BETROKKEN ZIJN
VANWEGE GRONDRECHTENBEPERKING,
MAAR DAT MAG NIET TEN KOSTE GAAN
VAN SLAGVAARDIGHEID.

De Raad van State volgt in grote lijn de regering. De Raad

“is uitgegaan van de door de regering beoogde systematiek van de Wpg zoals die naar voren komt in het wetsvoorstel.”

Alternatieven, of risico's van de teruggeschroefde parlementaire inbreng, schetst de Raad van State niet. De RvS is gevoelig voor het regeringsargument om 'slagkracht' te behouden. Het is mogelijk dat het parlement of de Tweede Kamer een mandaat aan de regering geeft om bevoegdheden, of clusters van bevoegdheden, voor beperkte tijd te gebruiken of separaat te gebruiken, aldus de Raad van State.

DE STRUCTUUR VAN DE WET

De parlementaire inbreng is zoveel mogelijk beperkt tot de Tweede Kamer waar de regering op een meerderheid kan rekenen. De Eerste Kamer blijft op afstand. De Tweede Kamer zal een minister of kabinet niet snel tot opstappen dwingen in een periode van crisis: het op afstand zetten van de Eerste Kamer betekent dat een *second opinion* over de inbreuken op de grondrechten uitblijft in de voorgestelde structuur.

De juridische procedure is die van delegatie van bevoegdheden door het parlement aan de minister, die op advies van experts per decreet kan regeren. De Tweede Kamer kan een voorgestelde (soms al ingegane) maatregel tegenhouden. Het uitgangspunt van de maatregelen is het kunnen beperken van contact tussen mensen om de verspreiding tegen te gaan.

Effectiviteit is minder van belang, het hangt van de omstandigheden af, het gaat om een bundel met maatregelen en het effect is methodologisch niet goed te achterhalen¹²⁹.

Het besluit of een ziekte (nog) hoort in groep A1 legt de regering in handen van experts:

De Minister van VWS zal zich laten adviseren door experts voor de inschaling van infectieziekten in onder meer de groep A1. Het RIVM of OMT zal bij het advies meewegen of er sprake is van een infectieziekte met pandemisch potentieel

Regelingen en de naar eigen inzicht te redigeren spoedbevoegdheid – een volledig open bevoegdheid – wordt door het kabinet vastgesteld en daarna door de 2^e Kamer (bij een nieuwe bevoegdheid ook de 1^e Kamer) geaccordeerd. Er zit een achterdeur in de wet waardoor de regering de 1^e Kamer en zelfs de 2^e Kamer bij afwijzing van de aanvullende bevoegdheid kan omzeilen. Want:

Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat als de Tweede Kamer besluit een regeling te blokkeren, opnieuw een (gewijzigde) regeling in procedure kan worden gebracht, indien dit – gelet op onder meer de epidemiologische situatie – noodzakelijk is en proportioneel.

De open spoedbevoegdheid is opgenomen in art. 58d:

Indien zich een dringende omstandigheid voordoet waarin een krachtens paragraaf 8 van dit hoofdstuk geldende of vast te stellen ministeriële regeling niet toereikend is en waarin direct moet worden gehandeld kunnen bij ministeriële regeling andere collectieve maatregelen worden genomen



IN DE MEMORIE GEEFT DE
REGERING ZICHZELF EEN
VRIJBRIEF OM MAATREGELEN TE
NEMEN ZONDER INZICHT IN
DAADWERKELIJKE
METHODOLOGISCHE
EFFECTIVITEIT

¹²⁹ MvT, p.16-17

PROCEDURE VAN AFSCHALEN

Afschalen door alleen de Eerste Kamer is niet goed mogelijk. Het kabinet schetst in de Memorie hoe het afschalen werkt:

- Op voorstel kabinet
- Bij motie
- Bij initiatiefwet – dus slechts op voorstel Tweede Kamer, de Eerste Kamer heeft niet het recht van initiatief

Andere invloed op afschalen door het parlement is niet aan de orde.

“De regering heeft overwogen om aanvullend hierop te voorzien in een duidelijke en eenvoudige procedure waarbij het parlement een bindende beslissing kan nemen over het voortduren van de aanwijzing als A1-infectieziekte, maar ziet daar van af¹³⁰.

Reden: de bestrijding van de epidemie is geen noodtoestand, enkel een aanwijzing van een infectieziekte in een bepaalde categorie. Het afschalen

vergt een complexe, feitelijke afweging van het passende infectieziekteniveau op grond van de meest recente wetenschappelijke inzichten. Het behoort bij uitstek tot de taken van de ministeries om deze inzichten te verzamelen en te duiden in conceptregelgeving¹³¹.

Bezwaren tegen inspraak over afschalen zijn verder dat het ingewikkeld zou zijn binnen de staatsrechtelijke verhoudingen als de Staten-Generaal middels een besluit (niet zijnde een wetsvoorstel) een regeling wijzigt. Verder vindt de regering de parlementaire betrokkenheid al op meerdere punten gewaarborgd en kan verdere discussie uitgesteld worden in afwachting van de voorgenomen herziening van het staatsnood- en crisisrecht.



IN SAMENHANG
BESCHOUWD: ALS
EXPERTS MENEN DAT ER
EEN BUNDEL
MAATREGELEN
NOODZAKELIJK IS, DIE
NIET GEËVALUEERD
KAN WORDEN, IS HET
VOOR DE KAMER
INGEWIKKELD OM DE
EXPERTS EN DE
REGERING TE DWINGEN
INDIVIDUELE
MAATREGELEN AF TE
LATEN SCHALEN.

¹³⁰ MvT, p.33

¹³¹ MvT, p.33

PROPORTIONALITEIT VAN MAATREGELEN

De regering legt in de Memorie van Toelichting bij de Eerste Tranche bij voorbaat de lat hoog voor de proportionaliteitstoetsing. Een maatregel is al snel proportioneel, aldus de regering:

Bij de toetsing van de noodzaak en proportionaliteit zal veelal een afweging moeten worden gemaakt tussen individuele belangen en de belangen die zijn gediend met de bestrijding van infectieziekten behorend tot groep A1. Op grond van de indicatoren van een infectieziekte behorend tot groep A1 kan in zijn algemeenheid worden opgemerkt dat de ernst en de gevolgen van een infectieziekte behorend tot groep A1, zowel voor individuen als op landelijke schaal, bijzonder indringend kunnen zijn.

De rangorde in de argumentatie van de regering suggereert dat het belang van de gezondheidszorg een hoger belang is dan welk ander grondrecht dan ook:

Met het oog op het algemeen belang, waaronder het collectieve belang van een adequate gezondheidszorg, worden in wetgeving daar waar nodig en proportioneel bevoegdheden geregeld die dienen als democratisch gelegitimeerde basis voor de beperking van grondrechten (...) De noodzaak van overheidsoptreden ter bestrijding van infectieziekten behorend tot groep A1 vloeit mede voort uit het recht op gezondheidszorg als grondrecht (...) Enerzijds strekt de Wpg tot waarborging van de gezondheidszorg van individu en samenleving; anderzijds beperkt zij onvermijdelijk en noodzakelijk andere grondrechten. ¹³²

De enige verdere invulling van proportionaliteit (behalve een zeer algemene bepaling 58b dat maatregelen aan eisen van noodzakelijkheid, geschiktheid, proportionaliteit en subsidiariteit moeten voldoen) die blijkt uit de Memorie is ‘vanwege de tijdelijkheid van de maatregelen’, door de ministeriële regeling (feitelijk een decreet van de minister) kan de minister de maatregelen heroverwegen, aanpassen, en gericht vaststellen voor gebieden, categorieën, leeftijdsgroepen, sectoren etc. Verder staat al bij voorbaat vast dat de maatregelen gericht en effectief zijn, want ze waren eerder van kracht.

Het sterfpercentage van een infectieziekte is voor de regering op zichzelf geen reden om een infectieziekte in een bepaalde categorie op te nemen. “Het is wel een aspect waar naar wordt gekeken door OMT en RIVM bij het bepalen van de ernst van een infectieziekte.”¹³³

DE ROL VAN EXPERTS IN DE WET

De wetgever geeft op verschillende plaatsen het stuur in handen van experts en ‘de wetenschap’. Voorbeelden:

- Terzake leeftijdsdiscriminatie: een legitiem doel is “het creëren van een normenkader dat op grond van gedragswetenschappelijke inzichten passend is voor een bepaalde leeftijdsgroep”

¹³² MvT, p.42-43

¹³³ MvT, p.90

- Tevens “wetenschappelijk onderbouwde statistische risico’s die reden geven voor het maken van onderscheid”
- Leeftijdsgrenzen die zijn ingegeven door het risico op infectie “moeten aan de nieuwste wetenschappelijke inzichten kunnen worden aangepast.”
- Het infectieziekteniveau wordt gebaseerd en afgeschaald “op de meest recente wetenschappelijke inzichten”
- De afstandsnorm en of die binnen of buiten of in drukken binnenruimten wordt gehandhaafd wordt gebaseerd op (wijzigende) wetenschappelijke inzichten
- De duur van de quarantaineplicht wordt op wetenschappelijke inzichten gebaseerd

ALTIJD PROPORTIONEEL WANT SNEL TERUG TE SCHALEN?

Het argument ‘proportioneel want snel aanpasbaar’ werkt twee kanten op. De minister heeft de brede ongecontroleerde mogelijkheid zowel maatregelen af te schalen, als aan te scherpen of discriminerender te maken, maar die laatste mogelijkheden laat de regering onbenoemd. De werkzaamheid van de maatregelen staat voor het kabinet niet ter discussie hoewel deze niet geëvalueerd zijn

TOETSING PROPORTIONALITEIT DOOR PARLEMENT

De Raad van State merkt over de invloed van het parlement op de coronamaatregelen op¹³⁴:

“Als het gaat om de vaststelling van de inhoud van de juridisch beperkende maatregelen geldt dat ook de Tweede en Eerste Kamer in de beginperiode relatief op afstand stonden. Er was weliswaar sprake van parlementaire betrokkenheid op veel aspecten van de crisisbestrijding - door middel van de debatten met ministers - maar het parlement had geen juridische zeggenschap over de maatregelen. Parlementaire controle op die maatregelen was mogelijk door de Minister van VWS aan te spreken op de door hem gegeven aanwijzingen aan de voorzitters van de veiligheidsregio’s. Dat is echter in de periode tot de inwerkingtreding van de Twm niet of nauwelijks gebeurd. Het parlement heeft (...) nooit gevraagd een aanwijzing van de minister of daarop gebaseerde noodverordeningen (vooraf) in te zien noch anderszins op de inhoud daarvan direct invloed uitgeoefend. De parlementaire controle vond hooguit indirect plaats via de debatten over het algemene coronabeleid. De democratische legitimatie van de genomen maatregelen was in het begin dus beperkt.”

Vanaf de Tijdelijke Wet Maatregelen had het parlement formeel meer zeggenschap over de ministeriële regelingen.

“De via amendering afgedwongen zware nahangprocedure heeft in de praktijk nauwelijks geleid tot materiële inbreng. Zichtbare parlementaire toetsing van ministeriële regelingen

¹³⁴ Ongevraagd advies 'van noodwet tot crisisrecht', W04.21.0291/I, 15 december 2021, Bijlage bij Kamerstuk II 2021/22, 29668, nr. 65

aan de algemene proportionaliteitsbepaling in de Twm heeft niet plaatsgevonden. Een mogelijke verklaring daarvoor is dat de procedure preventief heeft gewerkt; (...) de nieuwe daarin opgenomen maatregelen werden van een uitgebreide toelichting voorzien, zodat de Tweede Kamer misschien geen behoefte meer had om daarop terug te komen. In hoeverre dat ook in werkelijkheid zo is, is niet duidelijk.”

PROPORTIONALITEIT VOLGENS DE RAAD VAN STATE

De Raad van State verwijst inzake proportionaliteit naar het eerdere advies van 25 mei 2020 over de grondrechtelijke aspecten van (voor)genomen crisismaatregelen¹³⁵. Daarin zet de Afdeling advisering van de Raad van State uiteen hoe proportionaliteit inzake collectieve maatregelen moet worden gelezen.

“Besturen in crisistijd geschiedt noodzakelijkerwijs op basis van beperkte en snel veranderende kennis. Wat een week eerder ondenkbaar was, kan een week later gemeengoed zijn. Met de kennis van later, zouden sommige beslissingen wellicht anders zijn uitgevallen. Wat gisteren proportioneel leek, staat vandaag wellicht juist niet langer in redelijke verhouding tot het te bereiken doel. Omgekeerd kan wat gisteren doeltreffend en doelmatig leek, met de kennis van vandaag juist onvoldoende ingrijpend zijn.

Het is in dat licht bezien essentieel dat de genomen maatregelen waarop het voorlichtingsverzoek doelt, in dit soort omstandigheden worden beoordeeld en gewogen in het licht van de bij de beslisnemer op dat moment naar redelijkheid aanwezige kennis. Een te gemakkelijk oordeel achteraf met de informatie die inmiddels voorhanden is, moet worden voorkomen. Dat geldt te meer omdat nog steeds veel onzeker is over hoe de situatie verder gaat verlopen en dus ook de komende tijd met een beperkte kennis moet worden gehandeld. (...)

Gelet op het voorgaande is het verdedigbaar dat in een acute, concrete en levensbedreigende situatie - zoals het plotseling uitbreken van het coronavirus - de beperking van grondrechten gedurende een korte periode op een globalere wettelijke grondslag berust dan de Grondwet normaliter vereist. Daarbij speelt een rol dat de overheid in deze situatie onmiskenbaar een, ook uit mensenrechtenverdragen voortvloeiende, verplichting heeft om het recht op leven te beschermen. Daarbij geldt dat naarmate deze situatie langer duurt de juridische houdbaarheid van deze constructie afneemt.”

¹³⁵ (W04.20.0139/I), Kamerstukken II 2020/21, 25295, nr. 742

In het advies dd. 24 augustus 2022 over de Eerste Tranche wijziging Wpg¹³⁶ voegt de Afdeling Advisering er het argument van ‘toegankelijkheid van de gezondheidszorg’ aan toe. Niet onderbelicht mag raken

“dat de overheid bij een ernstige pandemie óók de grondrechtelijke plicht heeft om de gezondheid en het leven van burgers snel en effectief te beschermen. Daarbij gaat het niet alleen om burgers die de infectieziekte oplopen, maar ook om burgers met andere ernstige aandoeningen die recht hebben op een adequate en tijdige medische behandeling.”

VACCINATIEPASPOORT/2G

Het coronapaspoort/ testbewijs/ vaccinatiebewijs zijn niet opgenomen in de wet, maar kunnen via de noodbevoegdheid alsnog worden afgekondigd. De bevoegdheid zit impliciet dus in de wet verwerkt. Het valt in de MvT op dat de regering het vaccinatiepaspoort presenteert als een lichtere maatregel dan het stilleggen van sectoren¹³⁷, en daarom als een te overwegen maatregel.

De Raad van State is voorstander van het vaccinatiebewijs. In het voorliggende wetgevingsadvies adviseert de Raad van State het vaccinatiepaspoort met zoveel woorden¹³⁸ en in de eerdere wetgeving terzake het vaccinatiepaspoort¹³⁹ stelde de Raad van State, zonder voorbehoud, dat het wetsvoorstel in de huidige omstandigheden gerechtvaardigd is,

“gelet op het doel om zo snel als mogelijk op geordende wijze en met zo veel mogelijk draagvlak delen van de samenleving weer te ‘openen’. Gezien de grote sociale en economische belangen die op het spel staan, kan het wetsvoorstel daaraan een belangrijke bijdrage leveren.”

De Raad van State adviseerde zelfs verder te gaan en geen uitzondering te maken voor werknemers. Het voorstel was vergaand: vaccinatie- of testbewijzen konden verlangd worden in het beroepsonderwijs en hoger onderwijs, maar de Raad van State vond dit niet botsen met het recht op onderwijs.

NB: het onderwerp lijkt misschien niet zo aan de orde omdat 2G/3G niet expliciet, hoogstens impliciet, in deze wet is opgenomen. Ten overvloede het volgende: er kunnen allerlei goede en minder goede redenen zijn waarom iemand zich niet wil laten vaccineren. Vanuit het perspectief van de grondrechten is het niet aan de staat om daar sterk in te sturen. Ongevaccineerd zijn is een keuze,

¹³⁶ (W13.22.0138/III), Kamerstukken II 2021/22, 36194, nr. 4

¹³⁷ MvT, p.17

¹³⁸ De RvS merkt op (p.9-10) “De noodzaak van laatstgenoemd instrument kan niet bij voorbaat worden uitgesloten. In bepaalde omstandigheden kan het eraan bijdragen om te voorkomen dat, ook uit grondrechtelijk oogpunt, veel verstrekkender maatregelen – zoals een complete lockdown of het geheel sluiten van bepaalde sectoren – moeten worden genomen die economie en samenleving vérgaand kunnen ontwrichten.”

¹³⁹ Advies RvS Tijdelijke wet testbewijzen covid-19, (W13.21.0094/III), Kamerstukken II 2020/21, 35807, nr. 4

maar moet geen onmogelijke keuze zijn. Als het verkrijgen van een kortdurend testbewijs heel erg onpraktisch is ten opzichte van een langdurig vaccinatiebewijs, worden ongevaccineerden langdurig op afstand gezet. Dat is oneerlijk¹⁴⁰.

AVONDKLOK

De avondklok kan gezien de jurisprudentie van de Hoge Raad (zie hoofdstuk 1) alsnog via de Wet *Buitengewone bevoegdheden burgerlijk gezag* worden ingevoerd.

SCHOLENSLUITING

De wet geeft de bevoegdheid om scholen te sluiten. Het heeft niet de voorkeur van de regering: “Hoewel in een acute pandemische situatie fysiek onderwijs wellicht niet altijd mogelijk zal zijn, dient dit wel het streven te zijn en moet afstandsonderwijs, vooral in het primair en voortgezet onderwijs, pas worden toegepast als het echt niet anders kan.”

VANGNETBEPALING VOLGENS DE RAAD VAN STATE

De Raad van State toonde zich al in het ongevraagde advies¹⁴¹ voorstander van een vangnetbepaling. Het amendement Buitenweg schrapte deze bepaling.

“Dit heeft tot gevolg gehad dat in onvoorziene gevallen in beginsel alleen wetswijziging soelaas kan bieden.”

In de Eerste Tranche Wijziging WPg komt de vangnetbepaling weer terug. Het indienen van een avondklok is een optie.

CONTROLE DOOR DE RECHTER

De burgerlijke rechter zou in theorie een ministeriële regeling kunnen toetsen aan het voorgestelde artikel 58b van de Wet Publieke Gezondheid. Het is sterk de vraag of de burger effectief enige rechtsbescherming kan inroepen op basis van de Eerste Tranche Wijziging WPg.

- De Raad van State merkte in het advies ‘van noodwet tot crisisrecht’ over dit onderwerp al op¹⁴²:

¹⁴⁰ De vraag is of ongevaccineerd zijn nog een reëel alternatief is als toegang tot iedere niet-essentiële winkel onmogelijk is. Tenzij met een testbewijs dat maar 24 uur geldig is, en waarvoor je ook nog eens een afspraak moet maken. De ongevaccineerde staat zo op dagelijkse achterstand ten opzichte van de gevaccineerde die de luxe heeft van een langdurig geldig prikpaspoort. Het nadeel wordt groter als de testplicht voor onbepaalde tijd geldt. De integriteit van het lichaam en de rechten en belangen van andersdenkende minderheden zijn even belangrijke rechten als belangen van ondernemers en belangen van volksgezondheid.

¹⁴¹ Ongevraagd advies 'van noodwet tot crisisrecht', W04.21.0291/I, 15 december 2021, Bijlage bij Kamerstuk II 2021/22, 29668, nr. 65

¹⁴² Ongevraagd advies 'van noodwet tot crisisrecht', W04.21.0291/I, 15 december 2021, Bijlage bij Kamerstuk II 2021/22, 29668, nr. 65

Hoofregel is dat de bestuursrechter geen rol heeft wanneer het gaat om besluiten krachtens het staatsnoodrecht. In artikel 4, tweede lid van de Awb wordt bepaald dat geen beroep kan worden ingesteld tegen een besluit ‘op grond van een in enig wettelijk voorschrift voor het geval van buitengewone omstandigheden toegekende bevoegdheid of opgelegde verplichting in deze omstandigheden genomen’.”

Op ‘reguliere’ crisiswetgeving gebaseerde besluiten zijn wel appellabel bij de bestuursrechter, mits het niet gaat om algemeen verbindende voorschriften. Als het gaat om dergelijke voorschriften, dan rest alleen de gang naar de civiele rechter die optreedt als restrechter. Daarbij geldt dat de civiele rechter zich terughoudend moet opstellen (en zich in de praktijk ook zo opstelt) bij de beoordeling van de keuzes die de Staat binnen de grenzen van zijn beoordelings- en beleidsvrijheid maakt.”

In de praktijk zal een rechter niet snel een ministeriële regeling onverbindend verklaren.

- De bij de rechter aangevochten maatregel is op moment van toetsing al voorgelegd geweest aan de Tweede Kamer¹⁴³
- Als een burger een geschil over de regeling voorlegt bij de rechter, dan toetst de terughoudende rechter de regeling aan de bedoeling van de wetgever zoals verwoord in de Memorie van Toelichting. De MvT stelt zoals hierboven aangehaald dat bij A1-ziektes het gevaar per definitie groot is.
- Het besluit tot aanwijzing als A1-ziekte is wettelijk gecodificeerd door Eerste en Tweede Kamer, die daarmee een ruime machtiging heeft verleend aan de minister. Dat weegt de rechter mee.
- Effectiviteit is geen in de wet opgenomen norm. Noodzakelijk, geschikt, zo min mogelijk beperken, proportionaliteit, subsidiariteit zijn een amalgaam van begrippen. Bij een bundel van maatregelen is de al dan niet effectiviteit van een individuele maatregel methodologisch niet te achterhalen, aldus de Memorie. Dus als de burger naar de rechter stapt met een bezwaar tegen een losse maatregel (*waar slaat de sluiting van zvenmes op, het is niet bewezen effectief*) dan kan de Staat in kort geding stellen dat conform de memorie het om het geheel van maatregelen gaat.
- In kort geding zal een rechter geen ruimte zien voor inzichten van alternatieve experts

Jurisprudentie: een aantal voorbeelden

- De Koninklijke Horeca Nederland legde aan de rechter in een bodemzaak (ECLI:NL:RBDHA:2022:11457) acht voorbeeldgevallen van horeca-ondernemers die nog zwaarder zouden zijn geraakt dan de horeca in het algemeen. De rechter oordeelde: “De taakverdeling tussen de wetgever en de rechter brengt mee dat de rechter terughoudend moet zijn bij de toetsing van algemeen verbindende voorschriften. Regels die bevoegd en op goede gronden tot stand zijn gekomen, moeten in beginsel worden toegepast, ook als dat nadeel oplevert voor een bepaalde groep of groepen uit de samenleving. Het is niet aan de rechter om de regels te veranderen of de verdeling van daaruit voortvloeiende lasten te corrigeren en daarmee te beslissen over de verdeling van

¹⁴³ Vgl daarin de overweging in het Landbouwvliegers-arrest (ECLI:NL:HR:1986:AC9354, rechter kan toetsen maar dient terughoudend te zijn), waarin de Hoge Raad bij de afdoening van de zaak laat meewegen dat het gewraakte voorschrift - met toepassing van een zogenoemde voorhangprocedure - is besproken in de Tweede Kamer en bij de kamerleden ondersteuning vond (een forse minderheid van kamerleden had zelfs een strikter voorschrift gewild) en dat de in het voorschrift opgenomen afstandsmaat als compromis was geopperd door de Bestrijdingsmiddelencommissie.

gemeenschapsgelden, tenzij er sprake is van een uitzonderingssituatie. Dat maakt dat ook een zekere terughoudendheid geboden is bij de toepassing van het égalitébeginsel.”

- De voorzieningenrechter had bezwaar tegen de avondklok (ECLI:NL:RBDHA:2021:1100). Maar het gerechtshof vond een pandemie voldoende als buitengewone omstandigheden zoals aangeduid in de Wbbg, en vond het advies van het OMT tot het instellen van een avondklok voldoende formele grondslag. “Het OMT heeft uitvoerig en wetenschappelijk onderbouwd toegelicht dat verder ingrijpen noodzakelijk is, met name in verband met de toename van de nieuwe varianten. Het kabinet mag in beginsel op de adviezen van het OMT afgaan.”
- In de conclusie ECLI:NL:PHR:2021:1136 bij het arrest avondklok van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2022:380) haalt de AG met instemming een annotatie aan met als strekking “dat in de jurisprudentie uitgangspunt is, dat de rechterlijke toetsing marginaal is. (...) Volgens Daniëls heeft in de onderhavige zaak de voorzieningenrechter de grenzen van deze toetsingsbevoegdheid overschreden door te oordelen dat geen sprake was van een ‘daadwerkelijke spoedsituatie’ of ‘acute noodsituatie’. De AG concludeert tot ongegrondverklaring van de middelen. Dat doet de HR eveneens, in hoofdzaak gebaseerd op het argument dat de Staat een moderne ruime interpretatie toekomt wanneer er sprake is van ‘buitengewone omstandigheden’ (ECLI:NL:HR:2022:380)
- In de voorlopige voorziening tegen het coronatoegangsbewijs (ECLI:NL:RBDHA:2021:10863) oordeelde de voorzieningenrechter dat op grond van het OMT-advies er voorshands van moet worden gegaan dat ongevaccineerden een grotere kans hebben het virus door te geven. Er was geen ruimte om onomstotelijke wetenschappelijke bewijzen af te wachten over het verschil in de kans op overdracht van het virus door gevaccineerden en ongevaccineerden. De voorzieningenrechter nam in het voordeel van de Staat aan dat door invoering van het CTB andere beperkingen zoals de 1,5 meter afstand vervielen, dat het CTB niet langer zal worden gehandhaafd dan noodzakelijk, het CTB geldt voor een beperkt aantal locaties in niet-essentiële sectoren en dat testen kosteloos zijn. Aldus “proportioneel en voldoet aan het subsidiariteitsbeginsel.” In hoger beroep vond het gerechtshof het coronatoegangsbewijs in ieder geval gedeeltelijk nuttig en bleef het OMT-advies onbesproken (ECLI:NL:GHDHA:2022:144)
- In de voorlopige voorziening tegen de Omikron-lockdown van december/januari 21-22 oordeelde de rechter (ECLI:NL:RBDHA:2022:41) dat de Kamer in meerderheid had ingestemd met de maatregelen. “Alleen als evident is dat de Staat onjuiste keuzes maakt en de Staat aldus niet in redelijkheid voor het gevoerde beleid heeft kunnen kiezen, is plaats voor rechterlijk ingrijpen”. De rechter overweegt nog in dat verband
 - Dat de Staat mag uitgaan van de verwachtingen van het OMT
 - Dat als het OMT zegt dat er nog te weinig informatie is om te versoepelen, de Staat in beginsel mag afgaan op het eigen deskundig advies van het OMT
 - Dat het niet de taak van de voorzieningenrechter is om een “battle of experts” te beslechten in kort geding en evenmin om de wetenschappelijk waarde van onderzoeken te beoordelen of daaraan naar eigen inzicht conclusies te verbinden.
 - Dat de visie van andere deskundigen onvoldoende is om tot de conclusie te komen dat de lockdown die de Staat laat voortduren onnodig en disproportioneel is. Er hoeft geen consensus te bestaan onder deskundigen over de noodzaak van te nemen maatregelen om daartoe over te mogen gaan.
 - Dat beleid op de modellen van het RIVM kan worden gebaseerd, ondanks onzekerheden, het risico van afwachten kan niet worden genomen
 - Daarbij komt dat de Staat onweersproken heeft gesteld dat er geen andere maatregelen zijn die op dezelfde manier het aantal contacten kunnen beperken.
- In het hoger beroep tegen de mondkapjesplicht (ECLI:NL:GHDHA:2021:2453) beschouwt het Hof de mondkapjes als een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer. Met de eiser is het Hof het eens dat minstens een indicatie van enige werkzaamheid mag worden verwacht voordat het gebruik van mondkapjes verplicht wordt gesteld. De mondkapjesplicht is in lijn met de adviezen van het OMT.
 - Gebrek aan bewijs voor de effectiviteit van niet-medische mondkapjes, of ontkenning van resultaat door andere wetenschappelijke studies, is onvoldoende om te concluderen dat de Staat in redelijkheid niet op deze OMT-adviezen mocht afgaan.

- De Staat kon aannemen dat de mondkapjesplicht als één van de maatregelen – als onderdeel van een meeromvattend pakket – kan bijdragen aan de bestrijding van (de verspreiding van) het virus.
- Daar komt bij dat in kort geding geen ruimte is voor een uitvoerig debat over de verschillende wetenschappelijke inzichten, en evenmin voor het gelasten van een deskundigenonderzoek.
- In het bestuursrecht is de onverbindendheid van algemeen verbindende voorschriften aan de orde geweest omdat er (door o.a. de Kindertoeslagenaffaire) kritiek was op de te afstandelijke bestuursrechter. De veranderde lijn werd in 2019-2020 vastgelegd in een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep¹⁴⁴ en eensluidend de Afdeling bestuursrechtspraak Raad van State¹⁴⁵. Zij overwegen:
 - “Als het vaststellende orgaan bij het voorbereiden en nemen van een algemeen verbindend voorschrift de negatieve gevolgen daarvan voor een bepaalde groep uitdrukkelijk heeft betrokken en de afweging deugdelijk heeft gemotiveerd, voldoet deze keuze aan het zorgvuldigheids- en het motiveringsbeginsel en beperkt de toetsing door de bestuursrechter zich in het algemeen tot de vraag of de regeling in strijd is met het evenredigheidsbeginsel.”
- Evers/De Poorter merken over deze stellingname op dat op deze wijze de toetsing aan formele zorgvuldigheid en motivering niet verder lijkt te gaan “dan de vraag óf de negatieve gevolgen voor een bepaalde groep in de besluitvorming zijn betrokken.”

INGEPERKTE DEMOCRATISCHE CONTROLE

Van het Catshuisoverleg verschijnen geen notulen. Trouw, (Bart Zuidervaart, 18 januari 2022) schreef:

Deze opzet schuurt aan alle kanten. Het Catshuisoverleg is formeel geen ministerraad, er verschijnen geen notulen van. Toch worden daar wel degelijk de belangrijke besluiten genomen. Zo maakte toenmalig onderwijsminister Arie Slob op een zondagmiddag in januari 2021 in de tuin van Catshuis bekend dat de basisscholen en de kinderopvang weer open zouden gaan. Welke discussie daar binnen het kabinet aan voorafging, zullen we nooit weten.

Er is geen enkele inzage mogelijk in de notulen van het OMT. Omtzigt heeft Kamervragen gesteld over de notulen van het OMT¹⁴⁶. Uit de beantwoording blijkt

- dat de vergaderingen worden opgenomen maar de geluidsopnamen daarna in strijd met WOO en Archiefwet worden gewist.
- “OMT notulen en de op grond daarvan gemaakte verslagen van de vergaderingen hebben de status van een verslag van een gemengde adviescommissie waarover met de commissieleden vertrouwelijkheid is overeengekomen.”
- Niemand anders dan de deelnemers aan het betreffende OMT-overleg hebben inzage in het verslag.
- Het Ministerie van VWS krijgt en heeft geen verslagen of conceptverslagen van het OMT.
- Op de vraag “Klopt het dat Kamerleden in principe ook toegang hebben tot vertrouwelijke n staatsgeheime stukken, tenzij het belang van de staat zich er tegen verzet?” antwoordt de minister:

¹⁴⁴ CRvB 1 juli 2019, ECLI:NL:CRVB:2019:2016

¹⁴⁵ ABRvS 12 februari 2020, ECLI:NL:RVS:2020:452

¹⁴⁶ Kamervraag 2022Z08131, 21 april 2022, beantwoord 20 mei 2022.

“Zoals in eerdere antwoorden aangegeven zijn verslagen van het OMT vertrouwelijk. Deze worden niet verstrekt, buiten de deelnemers van het overleg.”

Daar komt nog bij dat de modellering van het RIVM ook niet openbaar is (zie bijlage 01)

GEBREK AAN OPENBAARHEID

De onderzoeksjournalisten van webmagazine Follow The Money beschreven (in het artikel “Ministerie van VWS maakt van openbaarmaking corona-documenten een jarenlange opgave”, 9 augustus 2022¹⁴⁷) hoe het verkrijgen van inzage momenteel loopt.

“Kort nadat de pandemie uitbrak, introduceerde het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een zeer losse interpretatie van de Wet openbaarheid van bestuur. VWS bepaalt zelf welke documenten naar buiten komen, en vooral: wanneer. Journalisten die deze aanpak aanvechten, kunnen rekenen op taaie juridische procedures. VWS betaalt liever maximale dwangsommen dan dat het zijn aanpak heroverweegt. (...) Met deze tactiek heeft VWS een nieuwe manier gevonden om de openbaarmaking van corona-documenten verder te vertragen. Verschillende media verzetten zich al zo'n anderhalf jaar met hand en tand tegen de aanpak van het ministerie, omdat die de openbaarheidsplicht verzaakt. Ze willen weten wat er op het ministerie is besproken: welke adviezen zijn gebruikt, wie werd geconsulteerd, wat waren de opties die het ministerie overwoog, hoe stak de besluitvorming in elkaar? En hoe verhoudt dit alles zich tot wat publiekelijk is meegedeeld?

Maar de aanpak van VWS dwarsboomt dat: van de ongeveer 1,8 miljoen relevante documenten die het ministerie zegt te hebben aangetroffen, heeft het er tot op heden slechts zo'n 180.000 beoordeeld – net iets meer dan 10 procent.

Inmiddels lopen er 43 rechtszaken tegen VWS wegens te late beslissingen. Tot en met juli 2022 is het ministerie 141.300 euro aan dwangsommen verschuldigd wegens niet, of te laat, genomen beslissingen over de verstrekking van corona-documenten “Voorlopig kan geen enkele journalist zich terdege verdiepen in de beslissingen van VWS inzake de avondklok, het testbeleid, of de aanpak van de vaccinaties.”

¹⁴⁷ <https://www.ftm.nl/artikelen/corona-informatieblokkade-van-vws>

TECHNOCRATISCHE WETTEN ZIJN GEEN GOEDE WETTEN

Waarom het parlement geen lam, maar vos, wolf en herdershond ineen moet zijn.

De aanvulling van de Wet Publieke Gezondheid waardoor de ministeriële bevoegdheid tot het nemen van collectieve maatregelen definitief wordt vastgelegd zet het parlement op afstand. Er zijn minstens tien redenen om dat niet te doen.

1- EPIDEMIEËN KUNNEN MEERDERE JAREN DUREN

De suggestie van het wetsvoorstel is dat snel uitgevoerde krachtdadige maatregelen door een slagvaardig kabinet de golf tot staan kunnen brengen. Maar grote epidemieën duren meerdere jaren.

De Hongkong-griep bijvoorbeeld werd in juli 1968 ontdekt in Hong Kong, stak in september voor het eerst de kop op in Europa, sloeg december-januari 68/69 toe in de VS, Europa en de USSR. “In Berlin, the excessive number of deaths led to corpses being stored in subway tunnels, and in West Germany, garbage collectors had to bury the dead because of a lack of undertakers. In total, East and West Germany registered 60,000 estimated deaths. In some areas of France, half of the workforce was bedridden, and manufacturing suffered large disruptions because of absenteeism. The UK postal and rail services were also severely disrupted.”

In 69/70 was in de VS de tweede golf lager en in Europa de tweede golf hoger. In 1972 kwam er een nieuwe ‘Indiase’ variant op van het Hongkong-virus. “In places such as the US and England and Wales, the 1972–1973 flu season was the deadliest since their respective deadliest waves of the pandemic between 1968 and 1970”¹⁴⁸

Het gevolg is dat een epidemiologische noodtoestand ook meerdere jaren zou kunnen voortduren. Al die tijd staat het parlement op afstand.

Er is nog een tweede factor, die te maken heeft met het afvlakken van de curve. Wallinga en andere medewerkers van het RIVM publiceerden daarover in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde:

“Het doel van de mitigation-fase is de infrastructuur van de zorg intact te laten (...) We moeten plannen met de nu beschikbare maatregelen. Daarvan is geen enkele maatregel afdoende, er zijn meerdere maatregelen tegelijkertijd nodig. Als het helpt om de epidemie af te vlakken, betekent het ook dat de epidemie langer duurt en dat de maatregelen lang

¹⁴⁸ Wikipedia, “Hong Kong flu”

moeten worden volgehouden. Dit legt een grote en langdurige last op iedereen in de bevolking, met name iedereen die werkt met patiënten.”¹⁴⁹

Kortom, als de maatregelen werken, dan komt daardoor niet een hoge eerste golf en dan is het voorbij, nee, er komt een tweede en mogelijk een derde golf, verspreid over meerdere jaren. De epidemiologische noodtoestand verlengt zichzelf.

Ja – maar het parlement controleert!

Zolang een virus hoogstens één piek heeft die in drie maanden bedwongen is, kan enige afstand redelijk zijn. Zodra het parlement een doorlopende machtiging geeft aan het kabinet om een noodtoestand te handhaven en het tweekamerstelsel buiten werking te stellen, raakt het systeem zijn democratische legitimatie kwijt.

2- MAATREGELEN KOSTEN VEEL GELD

Het wetsvoorstel laat de kosten van maatregelen onbesproken.

Om de proportionaliteit te handhaven worden ondernemers en sectoren afgekocht met subsidie. Aan coronasteun is tot op heden 85,5 miljard betaald, dat omvat iets meer dan 21 procent van de rijksbegroting 2023. In naam van ‘slagvaardigheid’ levert het parlement een vijfde van zijn begrotingsrecht in.

Ja – maar geld is geen probleem!

Het klopt dat de solide Nederlandse staat het geld gemakkelijk bij kon lenen. Ondertussen stijgt de staatsschuld, en kun je uitgegeven geld niet meer inzetten voor een energiecrisis, een watersnoodramp of een klimaatcrisis. Geld dat je niet meer hebt is altijd een probleem.

3- GEZONDHEIDSZORGCAPACITEIT SCHIET TE KORT

Het wetsvoorstel geeft de verkeerde suggestie dat kortetermijnmaatregelen op lange termijn gaan helpen.

NRC onderzocht in december 2022 het aantal patiëntenstops op de Eerste Hulp¹⁵⁰: alleen al in Noord-Holland en Flevoland was het 9000 stops in 9 maanden. Het wordt voller en voller, en de uitstroom stukt.

“De belangrijkste reden zit aan de ‘achterkant’. De uitstroom van spoedafdelingen gaat moeizaam, doordat de rest van de zorg vastloopt. Spoedeisende hulpen kunnen mensen vaak niet kwijt. Het tekort aan bedden op verpleegafdelingen in ziekenhuizen is een groot probleem, zegt Prabath Nanayakkara, hoogleraar acute interne geneeskunde bij het Amsterdam UMC. Vaak zit er niks anders op dan andere ziekenhuizen bellen. „Soms moeten we er dertig bellen, voor er ergens plek is.”

¹⁴⁹ De COVID-19-epidemie: indammen en afvlakken: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4961, <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-covid-19-epidemie-indammen-en-afvlakken>

¹⁵⁰ <https://www.nrc.nl/nieuws/2022/12/06/als-de-verpleegkundigen-rennen-de-kamers-vollopen-en-nieuwe-patienten-wachten-gaat-de-spoedeisende-hulp-dicht-a4150591>

Wat IC-betreft: zowel bij griep als bij corona zijn de getroffen en vooral de ouderen. Nederland vergrijst al jarenlang. In 2006 waren er 1.065 IC-bedden operationeel aanwezig, waarvan 921 beademingsbedden. NIVEL schreef dat jaar¹⁵¹:

“Op basis van de leeftijdsverdeling van de opgenomen patiënten en de bevolkingsprognoses kan geschat worden dat – bij gelijkblijvende bezetting van de bedden – het aantal IC-bedden tot 2016 met 17% moet toenemen. Deze benodigde groei staat los van de benodigde groei in verband met de huidige gewenste beddenaanpak. Gecombineerd betekent dit dat er in 2016 29% meer bedden nodig zijn om tegemoet te komen aan zowel de Richtlijn Intensive Care als de demografische ontwikkeling.”

Dat is, omgerekend voor **2016**, 1374 IC bedden. [Een behoefteprognose voor 2023 is ons helaas niet bekend, maar 1500-1600 lijkt geen vreemde schatting]. Het aantal intensivisten (414) moet volgens het NIVEL anno 2006 met 50% stijgen en het aantal verpleegkundigen (4903, formatie 3773 fte) met 3 tot 14 procent (afhankelijk van de gehanteerde richtlijn en uitgangspunten).

De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care schrijft anno 2022:

“Volgens de kwaliteitstandaard is de optimale bedbezetting 80% zodat altijd een patiënt opgenomen kan worden. Met een bedbezetting van 80% bij 925 bedden, is de huidige optimale bezetting 740 patiënten.”¹⁵²

In het Opschalingsplan staat dat begin 2018 er 3.838 fte aan IC-verpleegkundigen beschikbaar waren.

“Volgens de capaciteitsraming is er vanaf 2019 jaarlijks ten minste een instroom van 800-1.000 IC-verpleegkundigen nodig om de (natuurlijke) uitstroom en de autonome zorgtoename op te vangen. Kijkend naar de instroomcijfers (tussen de 203 en 405) zien we dat de door het Capaciteitsorgaan geadviseerde benodigde instroom aan IC-verpleegkundigen ver boven de instroomaantallen ligt die de afgelopen jaren zijn gerealiseerd.”¹⁵³

Het betekent dat bij een sinds 2006 niet meer structureel uitgebreide capaciteit het risico op een zorginfarct jaar op jaar groter is geworden. Dat kan er toe leiden dat er vaker, sneller en langer een epidemiologische noodtoestand afgekondigd moet worden, zeker nu de IC-patiënten van zich snel en ongecontroleerde verspreidende luchtweginfecties vooral 60-plussers zijn.

¹⁵¹ NIVEL, Behoefteraming Intensive Care voor Volwassenen 2006-2016, januari 2008

¹⁵² Capaciteit intensive care, najaar/winter 2022-2023: Een plan voor opschaling tijdens pandemische druk: NVIC, Nationale regiegroep opschaling IC

¹⁵³ LNAZ, opschalingsplan COVID-19, juni 2020

De gemiddelde IC-verpleegkundige werkt vier dagen in de week. Het LNAZ geeft in een tabel weer wat het effect voor de capaciteit is als 20, 40 of 60 procent fulltime gaat werken.

Huidig aantal IC-verpleegkundigen	Huidig aantal FTE verpleegkundigen	Aantal FTE wanneer 20% contracturen verhoogd	Aantal FTE wanneer 40% contracturen verhoogd	Aantal FTE wanneer 60% contracturen verhoogd
4.994	3.838	4.109	4.340	4.556

Tabel 6.2. Effect uitbreiden contracturen op het aantal beschikbare fte IC-verpleegkundigen

De voorgestelde aanpassingen aan de Wet Publieke Gezondheid geven de minister geen bevoegdheden om het aantal bedden structureel te verhogen. Het ministerie moet in onderhandeling met ziekenhuizen om meer bedden te realiseren. Het ministerie is een netwerkministerie en heeft geen doorzettingsmacht, aldus de Onderzoeksraad. Het parlement geeft de minister met de wet het mandaat om de gevolgen van een beddentekort aan te pakken, maar niet de oorzaak ervan.

Het ministerie kan daarbij niet ingrijpen in de afzonderlijke arbeidsvoorwaarden om meer verpleegcapaciteit te realiseren. Het tijdelijk regelen van een veel hogere gezondheidszorgcapaciteit (denk aan epidemie-bonussen, gemakkelijker bevoegdheidseisen, andere inroostering, minder maar grotere en dus efficiëntere IC's, minder personeel per patiënt) kan proportioneler en effectiever zijn dan het sluiten van sectoren, scholen, winkels of winkelstraten. Andere (theoretische) mogelijkheden zijn dat meer niet-pandemische zorg aan commerciële partijen wordt uitbesteed zodat de openbare ziekenhuizen meer bedden hebben om de pandemie-patiënten te verplegen, in lijn met een recent RIVM-advies¹⁵⁴.

Ja – maar de IC-capaciteit is afdoende!

Van de Voort, hoogleraar intensiveregeneeskunde UMC en senator voor D66 brengt in Medisch Contact naar voren dat het huidige aantal bedden ruim voldoende is¹⁵⁵:

Al met al daalt het aantal patiënten dat op een ic wordt behandeld: 86 duizend (2017), 80 duizend (2018), 73 duizend (2019) tot 68 duizend (2020). De behandelduur op de ic's is teruggebracht van gemiddeld zes-enhalve naar drieënhalve dag. De combinatie van een gelijk aantal bedden en een dalend aantal patiënten plus een verkorte behandelduur betekent dat de ic-capaciteit sinds 2017 netto is toegenomen. Verder weten we dat de kleinere ic's een bezettingsgraad van 50-60 procent hebben (...)

Een te groot aantal ic-bedden leidt tot een lagere bedbezetting. En daarmee verspillen we geld en arbeidskrachten. Een ic-bed een volledig jaar gebruiken en onderhouden kost met alle door-berekende kosten erbij bijna 1 miljoen euro per jaar. Dat geld is elders in de zorg beter te besteden (...)

¹⁵⁴ <https://www.rivm.nl/publicaties/gezondheidsgevolgen-uitgestelde-operaties-tijdens-coronapandemie>

¹⁵⁵ 1150 ic-bedden is genoeg: Meer ic-capaciteit zou een zinloze verspilling van zorggeld zijn: Peter van de Voort, Medisch Contact, 16 juni 2022

Op grond van bovenstaande is voor de non-covidzorg 1150 een ruim voldoende aantal ic-bedden. De verbeterde zorg in en buiten de ic leidt tot steeds minder vraag naar ic-bedden. De capaciteit van 1150 geeft daarin zelfs ruimte om structureel honderd tot tweehonderd covidpatiënten te herbergen, bijvoorbeeld door de overcapaciteit van kleinere ic's te gebruiken.” Hij vindt een flexibele schil voldoende.

Deze redenering gaat er aan voorbij dat de IC-capaciteit, het voorkomen van code zwart, het doorslaggevende argument is geweest voor het inzetten van de collectieve maatregelen. De IC-capaciteit is kennelijk steeds meer ingericht op het verlenen van kortdurende post-operatieve zorg. De redenering gaat er ook aan voorbij dat de efficiëntiewinst niet oneindig toeneemt.

Het besteden van meer geld aan IC-(over)capaciteit kan veel goedkoper zijn dan het betalen van 85 miljard aan steunmaatregelen. De ratio achter de corona-aanpak was niet zozeer dat de infectie tot staan moest worden gebracht, maar dat niet iedereen tegelijkertijd behandeld kon worden.

Het is een belangrijke keus voor het parlement. Ofwel er komt een minder efficiënte en dus duurdere zorg, die leidt tot meer IC-bedden (en waarbij dan nog een oplossing moet worden gevonden voor de personeelstekorten in de zorg) ofwel het parlement discussieert uitdrukkelijk met het kabinet over triage ofwel het risico wordt steeds groter dat met steeds kleinere epidemieën steeds sneller tot de epidemiologische noodtoestand moet worden overgegaan, omdat het aantal zieke vijftigplussers steeds groter wordt ten opzichte van het aantal bedden. Het is een kwestie van vraag en aanbod.

4- HET DOEL VAN MAATREGELEN IS SLECHT BESCHREVEN

Gaat het om indammen, vertragen of het beschermen van de zorg?

De officiële doelen van het wetsvoorstel zijn in de memorie slechts formele doelen:

- Het geven van een structureel wettelijk kader (*omdat het tijdelijke wettelijke kader is vervallen en de Wet op de Veiligheidsregio's niet voldoet*)
- Het geven van 'passende' parlementaire betrokkenheid (*passend is in dit geval: met grotendeels uitsluiting van de Eerste Kamer*)
- Het verankeren van proportionaliteit en subsidiariteit in de wet (*met name dat de wet niet geldt in woningen en niet de democratische besluitvorming dwars zit*)

Het valt op dat de materiële doelen – wat wil je met deze maatregelen bereiken – niet in de wet staan. Toch is dat belangrijk. Wil je de infectiegraad terugdringen (zeroCovid, zie Australië, China), wil je de epidemie vertragen (*flatten the curve*, maar hoe lang?) of wil je de zorg beschermen (IC-capaciteit, zo ja, hoe veel van de IC-capaciteit).

Proportionaliteit en subsidiariteit zijn geen losstaande begrippen. Proportionaliteit is: staat het belang in verhouding tot de inbreuk? Subsidiariteit is: is dit de beste manier om het te bereiken? Doeltreffendheid (buiten het wetsvoorstel gelaten) is: bereik ik hiermee mijn doel?

Als het doel is: 'het volk beschermen tegen een als zeer kwaadaardig beschouwde infectie', *zeroCovid*, dan is vrijwel elk middel toegestaan, voor zolang als er enig risico is, dus eigenlijk de gehele duur van de epidemie. Een verdragingsdoel kan zinvol zijn bij het begin van de epidemie maar mogelijk minder zinvol als de epidemie het Europese vasteland en dus ook Nederland heeft bereikt. Bij vertraging is de vraag of een combinatie van

beperkte maatregelen hetzelfde bereikt als één meer ingrijpende maatregel. Als het doel is ‘het beschermen van de zorg’ dan is de afweging of in plaats van het afkondigen van maatregelen allerlei ingrepen in de bedden capaciteit mogelijk zijn.

Het doel van de wet is in art. 58b (dat een beperking heet te zijn vanwege de opgenomen proportionaliteitstoets) nog eens verruimd door daar te stellen dat het gaat om ‘de bestrijding van een A1-epidemie of de directe dreiging daarvan’.

Ja – maar het doel is alles bij elkaar!

Je zou er tegen in kunnen brengen dat een toekomstige ziekte nog niet in beeld valt te brengen, en het dus afhangt van de aard van de ziekte en of er een vaccin is, bijvoorbeeld. Daar schuilt een gevaar in. Op basis van deze wet kun je maatregelen nemen die zo ver gaan als China of meer soepel, adviserend, zoals Zweden. Omdat de rechter nauwelijks op proportionaliteit en subsidiariteit toetst en de maatregelen tot stand komen op basis van slechts een smalle kamermeerderheid in de Tweede Kamer, ligt het grote gevaar op de loer van een ‘better safe than sorry’ zeer strenge aanpak.

Het officiële doel van de Nederlandse aanpak was het ‘maximaal controleren’ van het virus. Dat is een zodanig ruime formulering, dat daaronder zowel een vaccinatiepaspoort als ‘reizen in de trein zonder mondkapje’ valt¹⁵⁶.

5- WEL PROPORTIONALITEIT EN SUBSIDIARITEIT, GEEN EFFECTIVITEIT IN DE WET

AG Widdershoven spiegelt de tekortschietende Nederlandse rechterlijke toetsing aan de scherpere toetsing in het EU recht¹⁵⁷. Hij merkt op:

“Bij de beoordeling van besluiten in het licht van het evenredigheidsbeginsel stelt het Hof van Justitie eerst vast of het nagestreefde doel legitiem is (voorvraag). (zie noot 231) Vervolgens vindt een doel-middeltoets van het besluit plaats, waarin drie stappen kunnen worden onderscheiden, ook al worden deze niet altijd even expliciet toegepast.

In de eerste plaats wordt bepaald of het besluit daadwerkelijk geschikt is om het doel te bereiken.

In de tweede plaats wordt getoetst of het besluit noodzakelijk is om dat doel te bereiken. Dit criterium houdt in dat als een keuze mogelijk is tussen meer geschikte maatregelen, die maatregel moet worden gekozen die de minste belasting voor de getroffen particulieren met zich brengt.

¹⁵⁶ In Nederland is het afgeschaft, in Duitsland is het verplicht.

¹⁵⁷ Conclusie. A-G Widdershoven 22 december 2017, ECLI:NL:RVS:2017:3557

In de derde en laatste plaats wordt de evenredigheid *sensu stricto* of evenwichtigheid van de maatregel beoordeeld. In dat kader wordt beoordeeld of een op zich geschikte en noodzakelijke maatregel niet onredelijk bezwarend is voor de betrokken burgers.”

In de Eerste Tranche Wet Publieke Gezondheid zijn de laatste twee criteria opgenomen in de wet: de maatregel moet volgens het voorgestelde art. 58b “noodzakelijk en geschikt” zijn, “onder de geldende omstandigheden proportioneel is ten aanzien van ‘de epidemie of de directe dreiging ervan’ en het moet de uitoefening van grondrechten zo min mogelijk beperken.

De toetsing door het Europese Hof van Justitie Europese Unie gaat iets verder dan de nu voorgestelde toetsing aan alleen evenredigheid in de strikte zin van het woord: het is niet alleen ‘proportionaliteit’ maar ook ‘is het besluit goed gemotiveerd? Is het goed voorbereid? Is het daadwerkelijk geschikt om het doel te bereiken en niet ‘kennelijk ongeschikt’? Widdershoven zegt dat de EU-toets nog steeds vrij terughoudend is

al ligt de lat wel hoger als fundamentele vrijheden en rechten in het geding zijn. (...) De toepassing van de drietrapsstoets in het kader van evenredigheid heeft, zoals hierna nader wordt aangegeven, wel gevolgen voor de rechterlijke toetsing van algemeen verbindende voorschriften aan het zorgvuldigheids- en motiveringsbeginsel, omdat bij de voorbereiding van het voorschrift en motivering ervan met die drie stappen rekening moet worden gehouden.

Ja – maar de effectiviteit valt niet goed te bepalen!

Dan geeft het parlement dus een volledige vrijbrief aan de minister om een adviescommissie van door hem samengestelde experts een selectie te maken van wat efficiënt is, welk oordeel niet getoetst kan worden door de rechter omdat de toetsing van de ministeriële regeling aan doeltreffendheid, ‘daadwerkelijke geschiktheid’ nergens in de wet is opgenomen.

De wet schrijft niet voor dat er data vastgelegd moeten worden voor evaluatie tijdens en na de afkondiging van de maatregel(en). De wet bepaalt niet dat wetenschappers achteraf vrijelijk toegang hebben tot data: volgens de klankbordgroep die het onderzoek naar oversterfte begeleidde, was tot hun onvrede een deel van de data ‘om privacyredenen niet toegankelijk’. Het model van het RIVM is evenmin niet toegankelijk, het RIVM zegt in WOO-procedures en in zijn openbare toelichting dat privacy het onmogelijk maakt de precieze werking vrij te geven. Dat maakt het RIVM-model tot een glazen bol.

Het gevolg is dat een selectie van literatuur en statistische prognoses waarin staat dat een maatregel zou kunnen werken het altijd wint van gezond verstand, een selectie van literatuur en statistische analyse dat een maatregel niet zal werken.

Effectiviteit is een noodzakelijk criterium voor het coronatoegangsbewijs. Door het nadrukkelijk niet te noemen als eis in de wet is het makkelijker in te voeren. Effectiviteit is een belangrijk criterium voor het toestaan van een avondklok, of een straalverbod (niet verder dan 5 kilometer van je woonadres).

Effectiviteit is een belangrijk criterium, omdat het bepaalt of ons belastinggeld goed wordt besteed. Bij een dijkdoorbraak wil je dat al het geld wordt uitgegeven aan zakken zand, en niet aan hekken die theoretisch 8 tot 13% effect zouden kunnen hebben, of aan zwembandjes die mensen in winkels om moeten doen, of een zeedijk langs de volle lengte van de Duitse grens. Rampenbestrijding is geen stratenmaker-op-zee-show.

6- DE WET LOKT IN DEZE VORM POLARISATIE UIT

Er is geen wetenschappelijke consensus in de wereld dat de collectieve coronamaatregelen hebben geholpen. Er is vooral tweedeling. Een natuurramp, een dijkdoorbraak, een oorlog of terreuraanslag is zichtbaar. Mensen zullen zich uit gezond verstand aan ramp- en oorlogsmaatregelen houden. Een epidemie is een onzichtbare dreiging, die verder onzichtbaar blijft omdat mensen sterven in ziekenhuizen. Een langdurige inperking van de grondrechten zal daardoor door steeds meer mensen als onbegrijpelijk worden ervaren.

Zoals aangehaald door Berenschot (2011): je moet eerst een compromis in de maatschappij hebben. Je moet niet een wetenschappelijk compromis gaan verkopen aan de kiezer.

“De gegeven ratio hiervoor is langjarig onderzoek naar infectieziektebestrijding in de VS. Dit laat zien dat wetenschappelijke onzekerheden hoe dan ook een rol gaan spelen in het politiek en maatschappelijk debat.”¹⁵⁸

Een beleid dat onvoldoende gebaseerd is op vaststaande inzichten en kenbare effectiviteit lokt geloofsstrijd uit. In veel Europese landen, Canada en staten in de VS vonden grootschalige protesten plaats die konden ontaarden in rellen. In China is momenteel (december 2022) ook steeds meer verzet tegen het strikte beschermingsbeleid. De Zweedse Coronakommissie (een onafhankelijke staatscommissie die het bekritiseerde soepeler Zweedse beleid evalueerde) stelde:

The choice of path in terms of disease prevention and control, focusing on advice and recommendations which people were expected to follow voluntarily, was fundamentally correct. It meant that citizens retained more of their personal freedom than in many other countries (...). Sweden's disease control measures have largely been based on a voluntary approach and the responsibility of each individual. They have also been guided by the Communicable Diseases Act's requirement that such measures must be proportionate and based on science and proven experience. Both the Government and the Public Health Agency have emphasised that the measures decided on must be sustainable in the long term and accepted by the population.

The Commission considers that the focus on recommendations which people are expected to follow voluntarily has been fundamentally correct. Sweden's choice of path has had the significant benefit that people have not been forced to the same extent as in many other countries to comply with regulations restricting their personal freedom (...). Preschools and compulsory (primary and lower secondary) schools have been able to remain open, and children in the age groups concerned have received the teaching they need to prepare them for the future.

¹⁵⁸ Berenschot (2011), p.162, concept white paper van het CDC uit 2008

De Zweedse staatscommissie is van mening dat Zweden in februari-maart 2020 harder en sneller had moeten optreden tegen de epidemische verspreiding: meer publieke locaties dicht, de grenzen dicht, een onmiddellijk verbod op grote bijeenkomsten, niet pas na zes weken.

Rigorous initial measures next time a pandemic looms would offer greater scope to analyse the seriousness of the threat, mobilise an emergency organisation, make emergency stockpiles available, strengthen protection for those particularly at risk, and introduce other disease prevention and control measures, such as large-scale testing, organising contact tracing and preparing facilities for quarantine and isolation.

In the light of current knowledge, however, the Commission is not convinced that extended or recurring mandatory lockdowns, as introduced in other countries, are a necessary element in the response to a new, serious epidemic outbreak. First of all, many countries that have pursued such an approach have experienced significantly worse outcomes than Sweden, indicating at present, at least, that it is highly uncertain what effect lockdowns have in fact had.

Second, long-term and recurring lockdowns restrict, not to say practically remove, people's freedom in a way that is hardly defensible other than in the face of very extreme threats.

And third, the argument about measures sustainable in the long term, which people can be expected to accept, carries significant weight here. In many parts of the world, including countries close to our own, we have seen protests, even violent ones, when new lockdowns have been imposed in response to growing transmission of COVID-19.¹⁵⁹

Het betekent dat de zo gewenste en zogenaamde slagvaardigheid al na een korte periode averechts gaat werken. De regering zaagt de eigen poten onder de stoel af. Een Wet Publieke Gezondheid zou crisismaatregelen tegen een onzichtbare vijand slechts voor korte tijd moeten afkondigen en daarna een reguliere procedure moeten volgen, met veel maatschappelijk debat. Iedereen stapt in de ambulance die hem naar het ziekenhuis brengt, maar als al snel blijkt dat de chauffeur de weg niet kent en zelf niet weet waar en wanneer hij op plaats van bestemming is, dan begint de passagier te mopperen.

Ja – maar de wetenschap garandeert de juiste maatregelen. Wie twijfelt aan eenduidigheid, is een wappie.

Dat is niet zo. Het ECDC merkt in een protocol voor evidence based evaluatie van maatregelen (zij zijn daar voorstander van):

¹⁵⁹ Zweedse Coronakommissionen S 2020:09, tweedelig rapport, engelstalige samenvatting, https://coronakommissionen.com/wp-content/uploads/2022/02/summary_20220225.pdf

“Accordingly, evidence from related health emergencies (...) was initially used as a point of reference to make decisions. However, during the COVID-19 pandemic, evidence that could be used to base decisions on was compiled at an unprecedented speed. By one estimate, approximately 23 000 COVID-19 papers were published between January and May 2020. The amount and speed of this scientific output, combined with condensed time periods for peer reviews, have raised concerns about study design and rigour. For instance, The Lancet and the New England Journal of Medicine have had to retract flawed COVID-19 studies. Additionally, preprints that have not undergone peer review have been cited as valid and placed in the public domain. As a result, many COVID-19 response decisions have had to be revisited to adjust for new findings.

Even when scientific evidence is available and accessible, the interpretation of evidence is grounded in different theories of what scientific knowledge is (i.e. epistemologies) that also value different methods or approaches of inquiry. The interpretation of evidence is not only inherent to the scientific process, but also to the decision-making process, wherein identical pieces of scientific evidence in similar contexts can result in very different decisions”¹⁶⁰

7- DE WET ORGANISEERT GEEN TEGENSPRAAK

Er zijn nu twee crises geweest: de Mexicaanse griepcrisis, en de coronacrisis. Beide zijn luchtweginfecties met snelle epidemische verspreiding. In beide gevallen was de overheid overvallen. In beide gevallen leidde dit tot vertunneling en haastbeslissingen.

Bij de Mexicaanse griep-crisis was er een bestuurlijk afstemmingsoverleg en inderdaad is er niet besloten tot schoolsluitingen, maar de medisch-epidemiologische standpunten waren leidend. In de coronacrisis leek het alleen nog maar over de cijfers en het R0-getal te gaan, volgens de Onderzoeksraad, en was Van Dissel dominant¹⁶¹. De haastbeslissingen werden van bovenaf genomen en voorbereid in het Catshuisoverleg. Andere inbreng devalueerde. Kritiek van bijvoorbeeld het SCP op de avondklok is genegeerd. De enige tegenspraak is op een gegeven moment gekomen van de Eerste Kamer die de verlenging van de TWm afwees, waardoor nu deze definitieve wet komt.

Georganiseerde tegenspraak bestaat al. Dat heet parlement en is openbaar.

¹⁶⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Protocol for a focused after-action review on evidence-based decision-making for selected COVID-19 response measures. Stockholm: ECDC; 2021, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Protocol-for-focused-AAR-on-evidence-based-decision-making-COVID-19.pdf>

¹⁶¹ NB: de Zweedse Coronakommissionen noteert dat in Zweden Anders Tegnell (te) dominant was. In Engeland heeft een parlementaire commissie vastgesteld dat de minister maar weinig in te brengen had tegen SAGE. Het is een patroon.

Ja - maar er is een Maatschappelijk Impact Team!

Standpunten van het Maatschappelijk Impact Team zullen samenhangen met de personen die daarin worden aangesteld. Ze zijn niet per definitie aangesteld om tegenspraak te bieden, maar om te reflecteren op gevolgen, iets wat ambtenaren, DG's, burgemeesters, het Veiligheidsberaad en adviesorganen ook al doen. Het is een dubbelop-functie.

De vraag is of zij de tijd en gelegenheid hebben/krijgen om voorstellen van het OMT te becommentariëren. Bovendien ontberen zij de epidemiologische kennis en wiskundige kennis om tegenspraak te bieden tegen de harde cijfers, de data en de modelprognoses die het OMT biedt. Daarbij zijn de beraadslagingen van het OMT niet openbaar, dus zullen de beraadslagingen van het MIT dat ook niet zijn. Het MIT-advies kan gemakkelijk terzijde worden geschoven.

8- MILDE MAATREGELEN KUNNEN ZWAAR UITPAKKEN

Een maatregel om 1,5 meter afstand te houden of een verplichte looproute in de stad is een relatief milde maatregel, vergeleken met het sluiten van een hele sector. Toch zijn er redenen om ook die maatregelen niet zomaar weg te delegeren aan de minister: Het gaat er vooral om dat beperkte maatregelen, indien voor een lange tijd gehandhaafd, heel verstorend kunnen zijn.

- Het invoeren bijvoorbeeld van 'de anderhalvemetersamenleving' gedurende langere tijd verandert die samenleving drastisch. Voor kleine winkeltjes, cafés of kleine clubs of wijkcentra wordt voortbestaan veel moeilijker. Je valt de haarvaten van de samenleving aan.
- Anderhalve meter in het onderwijs kan betekenen dat scholen nog maar de helft van de leerlingen kunnen herbergen en slechts om de dag klassikaal onderwijs kunnen geven, de andere dag krijgt de leerling afstandsonderwijs.
- Alles kost geld, soms heel veel geld, ook schijnbaar 'eenvoudige' maatregelen zoals mondkapjes, waarvan precieze effectiviteit nog steeds onduidelijk is¹⁶². Uit grondig journalistiek onderzoek van De Correspondent blijkt bijvoorbeeld dat er 1 miljard wegwerpmondkapjes en beschermingskleding zijn gekocht voor 2 miljard euro¹⁶³. De vraag hoeveel geld je voor welke maatregel wil uittrekken is een relevante politieke vraag. Een verplichting legt de kosten bij de overheid. Een testverplichting voor scholieren met of zonder snotneuzen? Prima, maar wat zijn de kosten? Wegen de kosten op tegen de baten? Wat betekent het voor de begroting dit jaar? Wat moet worden wegbezuinigd voor deze relatief milde maatregel?
- Er zijn verborgen maatschappelijke kosten. Het sluiten van zwembaden betekent dat kinderen geen zwembles kunnen krijgen. Het spelen van amateurwedstrijden zonder publiek gedurende langere tijd kan het voortbestaan van clubs bedreigen. Het sluiten van sportfaciliteiten gedurende langere tijd tast

¹⁶² Ook volgens de laatste interim guidance van het ECDC is er geen overduidelijk bewijs: er is 'weinig tot gematigd bewijs' voor een 'gering tot gematigd' effect (Using face masks in the community: first update: effectiveness in reducing transmission of COVID-19; technical report ECDC, 15 februari 2021).

¹⁶³ <https://decorrespondent.nl/13408/wat-je-ziet-als-je-uitzoomt-van-sywertgate-en-hugomoetweg-reconstructie-van-een-nationale-mondkajescrisis/1569710949312-03c52577>

de fysieke gezondheid aan, al merk je dat niet meteen, en kan er voor zorgen dat mensen stoppen met sporten en het nadien niet meer oppakken. De vanzelfsprekendheid is weg.

- Een Britse parlementaire onderzoekscmissie was teleurgesteld in het grootschalig bron- en contactonderzoek. Net als in Nederland functioneerde het systeem matig. “The result was that the Test and Trace operation ultimately failed in its stated objective to prevent future lockdowns despite vast quantities of taxpayers’ money being directed to it.”¹⁶⁴

Gezien het feit dat pandemieën lang (kunnen) duren is het belangrijk ook bij zogenaamd beperkte maatregelen volle parlementaire inspraak te houden en daadwerkelijk controle uit te oefenen over de duur van de maatregelen.

Ja - maar de maatregelen worden snel afgeschaald!

De avondklok werd steeds maar niet afgeschaald (hoewel in 1 lid 4 Wbbbg dwingend staat dat de avondklok in alle gevallen zou moeten worden afgeschaft zolang de omstandigheden dit naar oordeel regering toelaten), de mondkapjes werden een *conditio sine qua non*, de scholensluiting werd gerekt en door een nog steeds verdeeld OMT uiteindelijk toch opgeheven, bij de Mexicaanse griep werd onnodige grenscontrole en grootschalig contactonderzoek gehandhaafd - terwijl het ging om 181 besmettingen in heel 2009, vanwege een ‘better safe than sorry’-opvatting. Eenzelfde risicomijdend mechanisme zie je op andere dreigingsgebied.¹⁶⁵ Het is menselijk om moeilijke beslissingen uit te stellen.

9- DE VANGNETBEPALING ZIT ER WEER IN

De vangnetbepaling is een noodbevoegdheid. Het idee is dat daarna onverwijld een wetsvoorstel wordt ingediend om de maatregel te incorporeren in de wet. Een voorbeeld zou de avondklok kunnen zijn, aldus Raad van State en regering. Het vaccinatie- of testpaspoort is een soortgelijke noodoptie.

Nu de toepassing van de Wbbbg is goedgekeurd door de Hoge Raad tijdens een pandemie is de vraag wat de meerwaarde is van een paraplu-noodbevoegdheid, behalve het normaliseren ervan. De Wbbbg voldoet, en heeft hopelijk een hoge psychologische drempel. Een normale met spoed aangenomen wet geeft formeel meer mogelijkheden voor het parlement om invloed uit te oefenen. Redenen voor tussenopties zijn er niet.

Ja – maar er is formele inspraak door de onverwijld indiening!

Onverwijld was bij de avondklok een week later dan invoering en de behandeling in de Tweede Kamer was iets minder dan drie weken later. De behandeling van de vervangingswet was vier weken na het overleg over de Wbbbg-avondklok: de vervangingswet was een dag erna aangenomen. Dit leert 1) dat onverwijld een maand kan duren, maar dat het parlement een maand lang een breekijzer had en 2) dat binnen twee dagen een wet

¹⁶⁴ Coronavirus: lessons learned to date: Sixth Report of the Health and Social Care Committee and Third Report of the Science and Technology, Committee of Session 2021–22, 12 oktober 2021

¹⁶⁵ Kijk naar het dreigingsniveau terrorisme, ander vakgebied, zelfde mechanisme: er zijn vijf niveau’s het staat al jaren op 3 of hoger, terwijl het feitelijk aantal terroristische aanslagen gering en onvoorspelbaar is en in Europa vergeleken met de jaren zeventig en tachtig (IRA, RAF, ETA) enorm is afgenomen. Is het nu veiliger of onveiliger dan in Nederland in de jaren zeventig, toen er Molukse treinkapingen waren? Maar terugschalen naar dreigingsniveau 1 of 2 durft niemand.

aangenomen kan worden waardoor de inspraak afneemt. Er is kortom geen enkele reden om een vangnetbepaling apart op te nemen.

10- DE WET LOKT OP HOL SLAAN UIT

Het is de combinatie van invloeden waardoor steeds en steeds opnieuw epidemiebestrijding de neiging heeft om uit de bocht te vliegen: er is een ramp, die lijkt onbeheersbaar, wat werkt weet niemand, experts krijgen bovenmatig veel invloed, de lange termijn wordt niet overzien, better safe than sorry wordt leidend, het parlement blijft op afstand, de rechter blijft op afstand, en niemand durft het risico op afschalen te nemen, terwijl de burger steeds bozer wordt.

Iedereen onderkent de systeemfout. Niemand doet er iets aan. Geen enkele sneeuwvlok in de lawine voelt zich ooit verantwoordelijk.

Deze wet heeft als primaire doel het formeel beperken van de invloed van de Eerste Kamer en het verstrekken van een machtiging aan het kabinet om samen met eigen experts de vrije hand te hebben om maatregelen af te kondigen. Het is geen verbetering van het besturen per decreet aan de voorzitter van de Veiligheidsregio's, later opgevolgd door de TWm, alleen een formalisering ervan. Van de aansturing per decreet via de Wet Publieke Gezondheid aan de burgemeesters zegt het kabinet nu dat dit mogelijk in strijd kan zijn met de grondrechten en door de rechter onverbindend verklaard kan worden. Die rechterlijke toetsing wordt nu dus ook onmogelijk door de bepalingen alsnog definitief in de Wet Publieke Gezondheid op te nemen. Maatregelen kunnen worden afgekondigd voor de duur van de A1-epidemie en hoe lang die duurt bepaalt het kabinet met het OMT, en de eigen kamermeerderheid in de Tweede Kamer. Dat heet slagvaardig.

Ja – maar de Raad van State vindt het goed!

De Raad van State heeft zich opgesteld als een politieke actor die in het verleden een duidelijk voorstander was van het vaccinatiepaspoort en over de avondklok geen overwegende bezwaren had. De enige bezwaren zijn procedureel: de inbreuken moeten in een wet vastliggen en de procedure moet zoveel mogelijk overeenkomen met andere regelgeving waarin de Eerste Kamer en de rechter weinig te zeggen hebben.

Dat is het failliet van de procedurele democratie. Aan de ene kant doen procedures er niet toe zolang de maatregelen noodzakelijk lijken (dat was het standpunt van de Raad van State voorafgaand aan de TWm), aan de andere kant is een beslissing is per definitie goed zolang de vormen maar gevolgd worden – het RvS-standpunt over het voorliggende wetsvoorstel.

De Raad van State verwordt zo tot de ziellose argumentenfabriek van een technocratisch beleid. Het klassieke ideaal van goed bestuur, het ideaal om in samenspraak met de burger en met oog voor de grondrechten de burger tot meer dan onderdaan te maken – dat prachtig ideaal is op de stoep van de Raad van State gesneuveld.

De parallellen met de Kindertoelagenaffaire zijn schrijnend. Daar moest met algoritmes het vreselijke kwaad van fraude met wortel en tak worden uitgeroeid, en niemand trok bijtijds aan de rem, ook de Raad van State niet.

De parlementaire geschiedenis kent genoeg noodwetten die binnen een paar dagen geregeld waren. Waarom een gereedschapskist als het systeem niet kapot is?

EEN REDELIJK ALTERNATIEF

Opties voor een eerlijker aanpak van epidemieën in de toekomst

Liever geen carte blanche voor al te slagvaardige ministers. Maar als de nood aan de man is, wat dan wel?

De Vierde Golf stelt zich primair op het standpunt dat allerlei nieuwe afgedwongen maatregelen niet nodig zijn. Dat steunt in de eerste plaats op de heersende wetenschappelijke inzichten tot aan de coronacrisis, in de tweede plaats op de zeer gemengde uitkomsten sinds de crisis (er is geen wetenschappelijke consensus dat collectieve maatregelen voldoende gewerkt hebben) en in de derde plaats de ervaring dat crisismanagement tijdens een epidemie snel leidt tot een gepolariseerde maatschappij waarin overbezorgde medische experts snel kortetermijn-beslissingen aanraden die gedurende hele lange termijn onaantastbaar zijn. Hun variabelen, afwegingen en de nadelen van hun aanpak staan niet ter discussie.

Misschien moet je soms kort aan een noodrem trekken. Dat kan hoogstens de uitzondering zijn die de regel bevestigt. De hoofdregel is vrijwilligheid en even goede bescherming van belangen van andere dan IC-capaciteit van ziekenhuizen alleen. Waarom?

ER IS NIKS MIS MET HOGE DREMPELS EN KLASSIEKE AANPAK

Het oude systeem met de individuele maatregelen (quarantaine etc) waartegen individuele rechtsbescherming bestaat is al toegepast bij de bestrijding van de pokken en de cholera in de 19^e eeuw en bij de bestrijding van tuberculose.

Voor andere maatregelen is er de mogelijkheid van het staatsnoodrecht. De Raad van State merkt hier over op¹⁶⁶:

Daarnaast heeft ook de veronderstelde ongeschiktheid van het staatsnoodrecht een rol gespeeld (...) Er zijn diverse noodwetten die tijdens de crisis op enig moment misschien hadden kunnen worden ingezet. Te denken valt aan de Hamsterwet op basis waarvan de levensmiddelenvoorraad zo nodig op peil kon worden gehouden, of de Noodwet geneeskundigen die het mogelijk maakt een adequate spreiding van verpleegkundigen of artsen af te dwingen. Zouden bepaalde middelen onvoldoende snel ter beschikking komen (zoals mondkapjes), dan was toepassing van de Vorderingswet wellicht mogelijk geweest.”

¹⁶⁶ Ongevraagd advies 'van noodwet tot crisisrecht', W04.21.0291/I, 15 december 2021, Bijlage bij Kamerstuk II 2021/22, 29668, nr.

Eigenlijk geeft de Raad van State hier het argument waarom het staatsnoodrecht in principe voldoet. Het kabinet kondigt af, er is geschikt instrumentarium en het parlement kan in verenigde vergadering de noodtoestand opheffen. De bezwaren tegen het klassieke staatsnoodrecht zijn dat het achterhaald is en dat er een drempel is om het in te zetten, maar de drempel en de controle van beide kamers van het parlement zijn juist een waarborg voor de burgerrechten.

MODERNERE CRISISWETTEN GEVEN CARTE BLANCHE: SLECHT IDEE

Behalve het klassieke staatsnoodrecht, zo zegt de Raad van State, zijn er moderne, ruime crisiswetten waarbij niet voorzien is in parlementaire betrokkenheid. De Kernenergiewet (bij een kernongeval) en de Interventiewet (bij een financiële crisis) hebben geen staatsrechtelijke waarborgen.

“In zekere zin heeft de minister ‘carte blanche’ als het gaat om het stellen van deze regels of het treffen van maatregelen”

De schijnbare oplossing is dan de gulden middenweg, carte blanche met enige waarborg, dat is beter dan niks. Dat gaat er aan voorbij dat géén carte blanche de allerbeste waarborg is.

HET WETSVOORSTEL AANPASSING WPG GEEFT TE WEINIG STAATSRECHTELIJKE CONTROLE

Elementaire inbreuken op de bewegingsvrijheid (niet meer uit je huis kunnen, niet meer samenkomen) worden uit het staatsnoodrecht gehaald en versoepeld naar ongeveer het niveau van de Kernenergiewet¹⁶⁷, met een plicht tot eenmalige verantwoording van een voor onbepaalde tijd geldende collectieve maatregel. Zolang een kamermeerderheid dat steunt is het akkoord.

Dat verschilt niet heel erg van de Kernenergiewet: zolang een meerderheid in de Tweede Kamer de minister blijft steunen die het verbod of gebod uitvaardigt, is het verbod/gebod akkoord. De vangnetbepaling formaliseert de carte blanche, het blijft een carte blanche, want indien afgewezen kan de minister opnieuw de regeling afkondigen. De drempels voor het uitoefenen van bevoegdheden zijn verlaagd en ondertussen blijven de grondrechten van de burger ingeperkt.

EN ALS DE WET TOCH AANGEPAST MOET WORDEN?

Doe het dan goed, en niet half. Kijk naar buitenlands parlementair onderzoek en de ervaringen met infectiewetgeving tot nog toe.

¹⁶⁷ Er is namelijk wel enige parlementaire controle op een minister die bevoegdheden van de Kernenergie gebruikt: hij zou namelijk door een parlementaire meerderheid in de Tweede Kamer weggestuurd kunnen worden. Dat is vergelijkbaar met de controle op een WPg-maatregel van de minister, die door een kamermeerderheid tegengehouden kan worden.

Brits parlementair onderzoek

Het Britse parlement was met name ontevreden over het traag op gang komen van een crisisaanpak. Eind januari waarschuwde *The Lancet* al in meerdere artikelen voor de gevaarlijke longontsteking uit China waar SAGE (het Britse OMT) nauwelijks op reageerde. De editor van *The Lancet*, Richard Horton, verklaarde tegen de parlementaire onderzoekscommissie:

“What strikes me is the mismatch between the urgent warning that was coming from the frontline in China in January and the, honestly, somewhat pedestrian evaluation of the likely severity of the outbreak in that evidence. That suggests to me that we did not fully understand what was taking place on the frontline”¹⁶⁸

(...) It seems astonishing looking back that—despite the documented experiences of other countries; despite the then Secretary of State referring to data with a Reasonable Worst Case Scenario of 820,000 deaths; despite the raw mathematics of a virus which, if it affected two-thirds of the adult population and if one percent of people contracting it died would lead to 400,000 deaths—it was not until 16 March that SAGE advised the Government to embark on a full lockdown (having said on 13 March that “it was unanimous that measures seeking to completely suppress the spread of covid-19 will cause a second peak”) and not until 23 March that the Government announced it.¹⁶⁹

Nederland, Frankrijk en België waren eerder met hun lockdowns, merkt de Britse commissie op. Grenscontrole was in andere landen beter geregeld.

By contrast, other countries implemented more rigorous border controls which were more effective at suppressing the virus and preventing the need for long and repeated lockdowns. However, even though it is not straightforward to make direct comparisons between countries, and it is yet to be seen how countries like New Zealand will fare when their borders are opened, it is reasonable to say that a more precautionary approach would have been beneficial at the start of the pandemic.¹⁷⁰

Zweedse Coronakommissionen

De Zweden komen tot ongeveer dezelfde conclusie. Een onafhankelijke staatscommissie heeft het relatief soepele beleid in Zweden geëvalueerd. In principe zijn ze tevreden over de Zweedse aanpak. Lockdowns zijn geen goed idee (zie het uitgebreide citaat in het hoofdstuk hiervoor).

¹⁶⁸ Coronavirus: lessons learned to date: Sixth Report of the Health and Social Care Committee and Third Report of the Science and Technology, Committee of Session 2021–22, 12 oktober 2021, paragraaf 90

¹⁶⁹ Coronavirus: lessons learned to date: Sixth Report of the Health and Social Care Committee and Third Report of the Science and Technology, Committee of Session 2021–22, 12 oktober 2021, paragraaf 93

¹⁷⁰ Coronavirus: lessons learned to date: Sixth Report of the Health and Social Care Committee and Third Report of the Science and Technology, Committee of Session 2021–22, 12 oktober 2021, paragraaf 95

In comparison with the rest of Europe, Sweden has come through the pandemic relatively well and is among the countries with the lowest excess mortality over the period 2020–2021. (...) The measures introduced have thus often been better suited to a well-educated middle class, well placed to protect themselves from infection, navigate the health care system and work from home. (...) “the focus on recommendations which people are expected to follow voluntarily has been fundamentally correct. (...)

Echter

In late February/early March 2020, it was known that the virus had taken hold in Europe and that the north of Italy, in particular, was badly affected. Many Swedes were spending their winter sports breaks in northern Italy and the risk of imported cases was judged to be very high. (...)

In view of this, more active reception arrangements should have been put in place for people returning (...) and instructions to home-quarantine for at least seven days (...) In addition, a temporary ban on entry to Sweden should have been introduced no later than mid March 2020. (...)

Many other countries have, unlike Sweden, introduced various types of lockdown of society. The Commission is of the opinion that the right balance was struck in keeping preschools and compulsory schools open and switching to distance learning at upper secondary schools and universities. However, it believes that in the middle of March 2020 there should have been temporary closures of a number of indoor settings where people gather or come into close contact, such as shopping centres, restaurants, cultural and sports events, hairdressing salons, swimming pools and the like. By then, a legal basis for implementing such closures should have been in place. Furthermore, the Commission considers it remarkable that it took until 29 March 2020 for the limit on public gatherings and events to be lowered to 50 people.

Rigorous initial measures next time a pandemic looms would offer greater scope to analyse the seriousness of the threat, mobilise an emergency organisation, make emergency stockpiles available, strengthen protection for those particularly at risk, and introduce other disease prevention and control measures, such as large-scale testing, organising contact tracing and preparing facilities for quarantine and isolation.”¹⁷¹

Dat is ook de mening die de Britse parlementscommissie is toegedaan:

¹⁷¹ Zweedse Coronakommissionen S 2020:09, tweedelig rapport, engelstalige samenvatting, https://coronakommissionen.com/wp-content/uploads/2022/02/summary_20220225.pdf

In the early days of a crisis, scientific advice may be necessarily uncertain: data may be unavailable, knowledge limited and time may be required for analysis to be conducted. In these circumstances it may be appropriate to act quickly, on a precautionary basis, rather than wait for more scientific certainty.¹⁷²

Aanbeveling #1: strikte termijnen

Een combinatie van maatregelen kan vanuit het voorzorgsbeginsel gewettigd zijn voor een korte periode bij aanvang van de epidemie.

Dit pleit ervoor om iedere epidemische maatregel van het begin af aan een wettelijke termijn te koppelen, bijvoorbeeld twee, vier of twaalf weken, mede afhankelijk van de ingrijpendheid (hoe ingrijpender, hoe korter). Dat vergroot de pandemische paraatheid in het begin waarna de voorbereiding op de langetermijn-maatregelen kan plaatsvinden, over scenario's en aanpak kan worden nagedacht.

In dat systeem kondigt de minister/het kabinet de regeling af en volgt een voorhangprocedure bij de Tweede Kamer. Vervolgens volgt dezelfde voorhangprocedure bij de Eerste Kamer.

Een goed idee is om de maatregel na goedkeuring door de Tweede Kamer automatisch te laten verlopen tenzij voor die tijd goedgekeurd door de Eerste Kamer. De Eerste Kamer kan niet meer de inhoud van de maatregel amenderen, maar wel de duur ervan controleren. De TWm had een vaste verlengingsduur van drie maanden.

Aanbeveling #2: geen vangnetbepaling

De vangnetbepaling is een *carte blanche*. Een vangnet was niet echt nodig, alles kon uiteindelijk opgelost worden met reguliere wetgeving en dat heeft niet aantoonbaar voor grote rampen gezorgd. Zijn er wel grote rampen, dan dient de Wbbbg nog steeds als regulier vangnet maar met een hogere drempel en hopelijk grotere politieke discussie. Het voordeel van iets meer kalm beraad en rustig overleg is dat het tijdsverloop als afkoelingsperiode of inspraakperiode gebruikt kan worden. In de Voortduringswet kan een toekomstig parlement nog de extra eis van bewijs van effectiviteit opnemen.

Aanbeveling #3: inspraak

Bij een normaal wetsvoorstel zijn er consultatierondes. Het parlement moet zoeken hoe binnen het bestaande constitutionele instrumentarium (recht van petitie, reglement van Orde) per in te voeren maatregel, combinatie van maatregelen of verlenging van maatregelen burgers en belangengroeperingen beter gehoord kunnen worden.

Bij inspraak hoort volle inspraak, dus ook van de Eerste Kamer, als hogere instantie. Vergelijk het met het strafrecht: iemand kan op heterdaad worden aangehouden, de politie en de hulpofficier van justitie beslissen, daarna beslist eerst één en daarna drie rechters en steeds moet het OM betogen waarom er gronden en ernstige bezwaren zijn. De verdachte kan in hoger beroep bij het gerechtshof tegen verlenging van het voorarrest terwijl het voorarrest blijft voortduren. Beslissen in meerdere instanties is een kenmerk van zorgvuldige besluitvorming. Bij de Eerste Tranche WPG worden niet tegen één persoon, maar tegen de hele bevolking

¹⁷² Coronavirus: lessons learned to date: Sixth Report of the Health and Social Care Committee and Third Report of the Science and Technology, Committee of Session 2021–22, 12 oktober 2021, paragraaf 158

maatregelen afgekondigd. Ook dan zouden meerdere instanties inspraak moeten hebben en de maatregelen apart of als pakket bij tweede lezing herzien moeten kunnen worden..

Aanbeveling #4: effectiviteit

De effectiviteit van een voorgestelde maatregel moet in de wet worden opgenomen. Dat dwingt het kabinet tot grondige verantwoording bij invoering en verlenging. Het parlement moet kunnen afdwingen dat er evidence-based onafhankelijk onderzoek naar de effectiviteit kan worden gedaan. Bij onvoldoende effectiviteit vervalt de maatregel. De rechter kan beter toetsen bovendien.

Aanbeveling #5: begroting

De verwachte kosten van een maatregel of de verlenging ervan, hierbij inbegrepen kosten van compensatie van burgers/ondernemers/sectoren moeten bij de toelichting op de regeling worden opgenomen

Aanbeveling #6: data

De wet moet de bevoegdheid scheppen dat noodzakelijke data (van patiënten, gezondheid, ziekenhuizen) in geval van een epidemie met een centraal systeem worden uitgewisseld zonder (privacy)beperkingen, en indien noodzakelijk naar partijen buiten de ministeriële kolom (zie hieronder)

Aanbeveling #7: uitwisseling met andere wetenschappers

Zowel in Zweden, als in Engeland, als in Nederland bleef de data in één kolom. De Zweedse commissie geeft als commentaar dat directeur Tegnell /het FOHM (Folkhälsomyndigheten, Zweeds RIVM) vrij autonoom het beleid bepaalde en wel overleg voerde met externen, maar niet al te veel. De koers was al ingezet. De Britse commissie stelt vast dat in de toekomst

“an approach of greater questioning and challenge should characterise the development of policy. Ministers should have the confidence to follow a scientific approach themselves—being prepared to take a more robust approach to questioning and challenging the advice given. The Government and SAGE should also facilitate strong external and structured challenge to scientific advice, including from experts in countries around the world, and a wider range of disciplines.”¹⁷³

In dat verband lijkt het verstandig om in de wet op te nemen dat de minister vrijelijk verzamelde gegevens kan verstrekken in het kader van wetenschappelijk onderzoek naar de (bestrijding) van de (A1)-infectieziekten-uitbraak alsmede het gebruikte instrumentarium. Externe wetenschappers kunnen op deze wijze de modellering evalueren. **Het is noodzakelijk dat er tevens een reparatiewetje komt waardoor ook de in sinds 2020 verzamelde gegevens en modellen beschikbaar komen voor evaluatie achteraf.**

¹⁷³ Coronavirus: lessons learned to date: Sixth Report of the Health and Social Care Committee and Third Report of the Science and Technology, Committee of Session 2021–22, 12 oktober 2021, paragraaf 159

Aanbeveling #8: openbaarheid

De notulen van het OMT zijn nu op geen enkele wijze toegankelijk voor onderzoek achteraf: gezien de beantwoording op Kamervragen terzake gaat ook de Tweede Kamer in het kader van de parlementaire enquête niet over. Dat staat haaks op een van de aanbevelingen van de Britse commissie die zegt dat in een pandemie

“the scientific advice from the SAGE co-chairs to the Government should be published within 24 hours of it being given, or the policy being decided, whichever is the later, to ensure the opportunity for rapid scientific challenge and guard against the risk of ‘groupthink’. In addition, **minutes and SAGE papers** should be published within 48 hours of the meeting taking place.”¹⁷⁴

Minutes zijn **notulen**.

Het is staatsrechtelijk nogal bijzonder dat het kabinet kennelijk heeft kunnen besluiten dat het Catshuisoverleg ‘informeel’ was en dus niet genotuleerd hoefde te worden, dat SMS-jes zijn gewist en dat notulen van het belangrijkste beleidsorgaan, het OMT niet onder de openbaarheid vallen. Om dat te voorkomen moet de wet bepalen dat al het crisioverleg behoorlijk wordt vastgelegd en dat er geen uitzonderingen zijn ten opzichte van archiefwet, Grondwet, Reglement van Orde, WOO, etc.

Aanbeveling #9: aanwijzingen aan ziekenhuizen en medici

Een pijnpunt, maar belangrijk. De minister kan geen coördinatieorgaan instellen of ziekenhuizen dwingen operationele gegevens te delen of patiënten wel, niet of ergens anders onder te brengen. Van artsen of verpleegkundigen mag niet gevergd worden dat ze anders worden ingezet. Minder of anders bevoegde zorgverleners kunnen niet zomaar op IC's worden ingezet.

Een deel van zulke bevoegdheden valt onder de Noodwet Geneeskundigen die onder de Wbbbg valt, maar dat is het hele punt, daar willen kabinet en Raad van State niet aan. Het lijkt dan logisch deze bevoegdheden (waarvan je kunt voorzien dat ze ooit nodig zijn) vast onder te brengen in de WPG. De institutionele bevoegdheden (aanwijzingen aan ziekenhuisdirecteuren, gedwongen coördinatie) worden in ieder geval in deze wet niet behandeld, terwijl daar gezien opmerkingen van de Raad van State en de Onderzoeksraad aanleiding toe lijkt te zijn¹⁷⁵.

¹⁷⁴ Coronavirus: lessons learned to date: Sixth Report of the Health and Social Care Committee and Third Report of the Science and Technology, Committee of Session 2021–22, 12 oktober 2021, paragraaf 161

¹⁷⁵ De Raad van State meldt, in het *ongevraagd advies* van 15 december 2021. “De overheersende gedachte was uiteindelijk echter steeds dat we in Nederland de crisis konden bestrijden zónder de inzet van het staatsnoodrecht. (...) De normale bestuurlijke verhoudingen (‘polderen’) werden toereikend geacht. Er was steeds overleg tussen bestuurders op nationaal en regionaal niveau over de crisisaanpak. Landelijk werd gemonitord hoe de spreiding van patiënten, artsen en verpleegkundigen over de ziekenhuizen was, en werd - hoewel moeizaam, omdat spreiding niet afdwingbaar was - langs de normale weg bijgestuurd indien nodig.” Er is in oktober 2021 een nieuw tijdelijke beleidskader gemaakt waarin het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding meer doorzettingsmacht kreeg, dat lijkt vervallen sinds de TWm vervallen is en wat het nieuwe beleidskader is, dat is onduidelijk.

Aanbeveling #10: het heikelste punt: triage

Uit het onderzoek van Berenschot (2011) valt op te maken dat de intensivisten niet de verantwoording voor triage wilden hebben, maar de minister ook niet. Terecht constateerde Berenschot toen al: “De betrokken adviseurs bij VWS beschouwen dit als een zodanig politiek ‘onaantrekkelijke’ beslissing dat zij geen besluit willen nemen (...) over de te hanteren triagerichtlijn of over het moment dat een dergelijke richtlijn van kracht zou moeten worden. In een andere situatie – een veel ernstigere infectieziekte uitbraak – had deze besluitvorming toch echt moeten plaatsvinden. (...)”¹⁷⁶ Die ernstiger infectieziekte was negen jaar later corona.

Met de beperkte capaciteit valt te voorzien dat bij een toekomstige epidemie (al was het maar een zware griep zoals in 2017-18) opnieuw zorg moet worden uitgesteld en het maximum kan worden bereikt.

Uitgangspunt moet natuurlijk zijn maatregelen zoals flitsopshaling van bedden en personeel, of meer efficiëntie of het overbrengen van patiënten naar ziekenhuizen over de grens. Triage is nog steeds de laatste optie. Maar het besluit tot triage – hoe moeilijk ook, onderschat dat niet – moet bij een veel lager aantal bedden liggen dan de norm die bij de coronacrisis is gesteld, of eigenlijk niet is gesteld¹⁷⁷.

Waarom?

- Het is het eerlijkst. IC-capaciteit is nooit oneindig. Kiezen voor alleen maar epidemieslachtoffers in een epidemie die meerdere jaren duurt betekent dat je andere patiënten langdurig in de kou zet. Volgens cijfers van het RIVM¹⁷⁸ heeft het uitstellen van zorg 320.000 gezonde levensjaren gekost. Met de kennis van nu: zou je nog steeds onder alle omstandigheden tegen triage zijn? Waar ligt je grens?
- Als er een acute, hoge piek is zijn artsen gedwongen tot triage omdat de ziekenhuizen het gewoonweg niet aankunnen. Bij de eerste golf zijn veel mensen overleden in verpleegtehuizen.
- Het verbetert het debat. Als er een langdurige golf is die structureel tweederde van de te beperkte capaciteit vergt, komt na enige tijd aan de orde wat de langetermijn-nadelen zijn van géén triage. Hoe lang wil je dit volhouden en waarom? Je moet daar veel vroeger een maatschappelijke discussie over aan.
- Het triagegetal legt de focus terug op actuele beddenbezetting, een getal dat wel of niet gehaald wordt. De focus in de achterliggende epidemie lag nu te veel op de wiskundige prognose of binnen een grote onzekerheidsmarge de bedden capaciteit mogelijk overschreden zou worden. Breng het terug tot de simpele vraag: tweehonderd bedden bezet, wat doen we de komende twee weken? Driehonderd bedden bezet, welke opties hebben we nu? Vierhonderd, wat gaan we nu doen? Als te veel water wordt gespoten op de omliggende panden, blijft er te weinig over om te blussen.
- Het is niet òf triage, òf organisatorische, òf collectieve maatregelen: je kunt een groot geloof hebben in het afdwingen van maatregelen maar toch onderkennen dat de ondergrens veel lager ligt dan nu is aangenomen. Daardoor kun je vinden dat er zelfs eerder en harder ingegrepen had moeten worden

¹⁷⁶ Berenschot (2011) p.173

¹⁷⁷ bij meer dan 1700 IC-patiënten zou er uitgeweken worden naar Duitsland, staat in één van de opschalingsplannen. Dus noch daarvoor, noch daarna vindt triage plaats.

¹⁷⁸ <https://www.rivm.nl/nieuws/corona-kost-gezonde-levensjaren-uitgestelde-operaties>

dan nu is gebeurd. Over de koers kun je vervolgens van mening verschillen: in welke mate organisatorisch, en in welke mate collectief, in welke mate opgelegd, in welke mate vrijwillig. Het gaat erom dat links en rechts wordt erkend dan triage eerder aan de orde is dan nu is volgehouden.

- Het legt de verantwoordelijkheid voor zorgcapaciteit openbaar neer bij de overheid, bij het kabinet, bij de minister, bij het parlement; en niet bij beleidswetenschappers in het OMT, zorgdirecteuren die niet goed samenwerken, statistische modellen met onzekerheidsmarges of deskundigen in talkshows.

Het past, al met al, in een beleid dat SMART is: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden. Een pandemisch paraatheid-beleid dat niet uitgaat van een (te) lage IC-capaciteit is onspecifiek, onmeetbaar, onacceptabel, onrealistisch en aan geen deadline gebonden. Volksvertegenwoordiging, adviescommissies en hoge organen van staat moeten zich er veel meer rekenschap van geven en daarom de discussie openhouden over andere opties dan alleen maar de smalle maatregeltunnel die nu in de Wet Publieke Gezondheid wordt gegraven.

Een volksvertegenwoordiging is geen mak schaap. Zij hoedt de grondrechten, denkt na over alternatieven, schrikt niet terug voor confrontatie: herdershond, vos, wolf – al dat apart en alles ineen. Parlement, let op uw saeck!

BIJLAGE: WAT ZEGT HET RIVM-MODEL?

Discussiepunten over epidemiologisch model van het RIVM

Het RIVM modelleerde op basis van een contactenmatrix de verwachte resultaten van coronamaatregelen. De modellering was doorgaans het uitgangspunt om deze maatregelen in te voeren, uit te breiden of te handhaven.

DOELEN RIVM-MODEL

Modellieur Wallinga heeft internationaal groot aanzien en heeft diverse publicaties op zijn naam over de wiskundige accuratesse van epidemiologische prognosemodellen. Het RIVM heeft een online toelichting geplaatst over de werking van het RIVM-prognoseprogramma¹⁷⁹. De kritiek dat het model ‘geheim’ is, is dus niet waar. Het model heeft drie doelen, volgens het RIVM:

“Het primaire doel is de berekening van het aantal verwachte IC-opnames en ziekenhuisopnames met COVID-19 in Nederland in de komende één tot drie weken, en berekening van de verwachte bezetting van IC en ziekenhuisbedden met COVID-19 patiënten in die periode.

Het secundaire doel is het doorrekenen van scenario's voor alternatieve maatregelenpakketten. Ook bij dit secundaire doel worden ziekenhuis- en IC-opnames en bezette bedden berekend, maar dan om uitkomsten onderling te kunnen vergelijken.

Een tertiair doel is het berekenen van tegenfeitelijke uitkomsten

(“counterfactuals”). Die laten zien wat er gebeurd zou zijn als er geen verandering in een maatregelenpakket zou zijn geweest, ondanks het feit dat er wel verandering is geweest.”

De IC-opnames worden voor de korte termijn berekend, de secundaire en tertiaire berekeningen zijn voor de lange termijn, aldus het RIVM.



HET TERTIAIRE DOEL GEEFT DE
INDRUK DAT DE OPSTELLER HET
UITGANGSPUNT HEEFT DAT
MAATREGELLEN WERKEN EN DAT HET
MODEL MEDE HET NUT VAN HET
MAATREGELPAKKET MOET TONEN.

¹⁷⁹ https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-12/beschrijving_transmissiemodel_versie03_20211208.pdf

LEEF TIJDS- GESTRUCTUREERD

Het Nederlandse model is het standaard *leeftijdsgestructureerd* SEIR-model:

- het aantal bevattelijke mensen (S, susceptibles);
- het aantal mensen dat besmet is maar nog niet besmettelijk (E, exposed);
- het aantal mensen dat besmettelijk is (I, infectious),
- en het aantal mensen dat immuun is (R, recovered)

De Nederlandse bevolking is in het model ingedeeld in 9 leeftijdsgroepen die contacten met elkaar hebben, onderling en met andere leeftijdsgroepen. Je kunt het vergelijken als een systeem met 9 met vloeistof communicerende vaten waarbij in ieder vat een andere circulatiesnelheid is. Als je een kleurstof in één van de vaten doet (of in alle vaten), hoe snel is de concentratie in alle vaten gelijk? En door de circulatie in één van de vaten drastisch te verlagen, kun je daardoor langer voorkomen dat de concentratie in een ander vat te hoog wordt?

DISCUSSIEPUNTEN NAAR AANLEIDING VAN DE OPENBARE TOELICHTING

Het is voor een buitenstaander heel lastig om zonder in het model te kunnen kijken te bepalen of het klopt: alsof je naar de enige klok in een verduisterde kamer zit te kijken en er over de intercom soms wordt geroepen dat de tijd juist is, terwijl je dat niet kunt controleren. Loopt de klok gelijk? Loopt de klok te traag of te snel? Is het een digitale klok of met tandwielen? Staat hij op de juiste tijdzone? Het enige wat je als kritische buitenstaander kunt doen is onderzoeken welke aannames er kennelijk zijn gedaan om de prognoses te onderbouwen. Welke onzekerheidsmarges zijn ingebouwd voor afzonderlijke variabelen of clusters van variabelen en hoe dat doorwerkt op het geheel is niet uit toelichtingen af te lezen. Voor de gemiddelde burger niet, in ieder geval.

De Vierde Golf meent dat de werking van het model zeer precies kenbaar moet worden en onderzocht moet kunnen worden door onafhankelijke wetenschappers, bijvoorbeeld in het kader van de parlementaire enquête. Het werd gepresenteerd als doorslaggevend voor het beleid, namelijk.

HET BRITS PARLEMENT OVER MODELLEN

Een Britse parlementaire commissie heeft al een parlementair onderzoek uitgebracht.[Coronavirus: lessons learned to date, 12 oktober 2021]. Wat zegt deze commissie over de SAGE modellen?

De modellen zijn bruikbaar, “but they come with limitations”. Ze zijn net zo (on)betrouwbaar als de data waarmee ze worden gevoed. Academici van buiten de epidemiologie zijn kritisch over het gewicht van dat aan de mathematische modellen werd toegekend. Professor economie John Kay uit Oxford stelde

“that models did not necessarily respond well to change and should not be used to make predictions: economic models tend to work pretty well as long as nothing much changes, which does not help them to be a great deal of use.” Hij zag niet de toegevoegde waarde van gedetailleerde modellen ten opzichte van simpler modellen.

Een Londense professor wees er op dat verborgen nadelen niet in de modellen zitten. Een Amerikaanse professor wees op de economische kosten die over het hoofd worden gezien, maar die de effectiviteit beïnvloeden.

Chris Whitty (de Britse Van Dissel) verklaarde dat veel van zijn adviezen niet waren gebaseerd op “significant forward modelling. It is based on what is happening and what is observable.”

De commissie concludeert dat de gedetailleerde prognoses de besluitvorming erg domineerde (par.103-107)

Op basis van de nu beschikbare stukken kun je ook zonder enquête als niet-modelleur alvast de volgende vragen stellen:

Hoe representatief zijn de contactfrequenties?

Het RIVM-model¹⁸⁰ is een wiskundig systeem van samenhangende formules dat mede gebaseerd is op ‘contactfrequentie’ onderling en met anderen. Een belangrijke bron daarvoor is “het aantal contacten per dag, naar leeftijdsgroep zoals zelf gerapporteerd door deelnemers die een dwarsdoorsnede vertegenwoordigen van de Nederlandse bevolking”.

Het RIVM heeft in zijn model vastgelegd welke leeftijdsgroep op welke wijze en in welke mate in contact komt met andere leeftijdsgroepen. Dat is weer gebaseerd op onderzoek¹⁸¹, dat weer gebaseerd is op 2754 zelfrapportages van evenzovele deelnemers aangevuld met 4496 latere, nieuwe deelnemers. Het RIVM schrijft

“Het effect van een maatregelenpakket wordt dus uitgedrukt in een verandering van het aantal contacten, per leeftijdsgroep, per contactcategorie. Op basis hiervan wordt een nieuw contactpatroon berekend.”

Er zitten dus vier onzekerheden in. De eerste is de verborgen aanname dat het mogelijk is om de contacten tussen mensen op een zinvolle wijze realistisch wiskundig te modelleren. Maar als je daar van uit wil gaan, zijn er drie volgende onzekerheden, namelijk 1) is de groep als geheel representatief voor de Nederlandse bevolking 2) vertekent de aanvulling van vroege deelnemers met de 4496 latere deelnemers de representativiteit 3) hoe betrouwbaar zijn de zelfrapportages? Het RIVM heeft bekwame statistici in dienst, daar niet van, maar statistici maken keuzes en die keuzes bepalen in hoge mate het model.

Is het gebaseerd op vooral hoestdruppeltjes of op aerosolen? In welke verhouding?

Een aanname van het RIVM vooraf - in dit model waarbij contactfrequentie doorslaggevend is - is dat corona zich verspreidt zoals griep. Backer en haar RIVM-co-auteurs (o.a. Wallinga) zijn die mening toegedaan, “as the virus transmits through similar routes as influenza virus, i.e. droplets, fomites, aerosols and contaminated surfaces, for which this is a validated approach”¹⁸². Inmiddels is de wetenschappelijke mening hierover aan het schuiven: het ECDC noemt tegenwoordig nadrukkelijk aerosolen¹⁸³. Voor aerosolen is mede van belang of contacten plaatsvinden in slecht geventileerde ruimtes, of kortdurend buiten of straat. Dat werkt weer terug op

¹⁸⁰ Het is technisch eigenlijk niet één model, maar een combinatie van vergelijkingen

¹⁸¹ Impact of physical distancing measures against COVID-19 on contacts and mixing patterns: repeated cross-sectional surveys, the Netherlands, 2016–17, April 2020 and June 2020, Eurosurveillance Volume 26, Issue 8, 25/Feb/2021, Backer et al.

¹⁸² Impact of physical distancing measures against COVID-19 on contacts and mixing patterns: repeated cross-sectional surveys, the Netherlands, 2016–17, April 2020 and June 2020, Eurosurveillance Volume 26, Issue 8, 25/Feb/2021, Backer et al.

¹⁸³ ECDC, “Transmission - (Last update 15 August 2022)” <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/infection>

het basismodel van het RIVM: het gaat uit van contacten, maar is daarin onderscheid tussen contacten binnen, en contacten buiten?

Zitten mondkapjes in het model?

De vraag is in hoeverre enig effect van mondkapjes wel of niet het model opgenomen is. Het voorgaande bronartikel meldt dat

“general hygiene measures and the use of face masks will have led to a reduction of the reproduction number, but this effect is not captured in the contact matrices.”

Als mondkapjes niet zijn opgenomen in het model Wallinga/RIVM, dan is weer de vraag waarom het OMT na invoering steeds aandrong de maatregel niet te laten vervallen.

Wat zeggen IC-opnames over naleving van de maatregelen?

Het belangrijkste ijkpunt voor het model van het RIVM is het aantal IC-opnames per dag.

“De te fitten parameter is een maat voor besmettelijkheid en naleving van de maatregelen, de waarde is constant tussen omslagpunten. De omslagpunten vallen samen met invoering van nieuwe maatregelen of invoering van versoepelingen. Dit zijn de momenten waarop ook contactfrequenties veranderen zoals hier beschreven.”

Het lijkt alsof hier staat¹⁸⁴: hoe hoger het aantal IC-opnames, hoe meer afwijkend van de prognose, hoe slechter de naleving van de maatregelen in Nederland.

Of die aanname klopt is een punt van discussie: het kan zijn dat het virus opeens snel circuleert in bepaalde kwetsbare groepen, of dat het aantal bevattelijke mensen in kwetsbare groepen opeens snel is teruggelopen (sterfte in verpleegtehuizen), misschien verandert het opnamebeleid, misschien is er een gemener of juist een minder gemene virusvariant, misschien kom je tot hele andere conclusies als je meer let op besmettingen, of meer let op ziekenhuisopnamen algemeen, en verder is normatief hoeveel daling of stijging wijst op meer/minder naleving.

Hoe groot of klein is het seizoenseffect?

Seizoenseffect lijkt volgens het RIVM een geringe rol te spelen. Wallinga stelt in maart 2020 in een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde dat een seizoenseffect onzeker is en het te verwachten effect gering¹⁸⁵. Het RIVM-model maakt melding van een seizoenseffect, onder verwijzing naar een wetenschappelijk artikel¹⁸⁶ over de verspreiding van griep in Nederland. Echter: in dat artikel wordt gesteld dat de pieken vooral

¹⁸⁴ Er wordt erg gesproken in jargon op dit punt, het is moeilijk interpreteren

¹⁸⁵ Wallinga cs, De COVID-19-epidemie: indammen en afvlakken, onder aanhaling van Lipschitz, Seasonality of SARS-CoV-2: Will COVID-19 go away on its own in warmer weather? <https://ccdd.hsph.harvard.edu/will-covid-19-go-away-on-its-own-in-warmer-weather/>

¹⁸⁶ Driving factors of influenza transmission in the Netherlands, Am J Epidemiol . 2013 Nov 1, Dennis E te Beest, Michiel van Boven, Mariëtte Hooiveld, Carline van den Dool, Jacco Wallinga

te verklaren zijn door het resterende aantal bevattelijke mensen en slechts voor 3 procent uit absolute luchtvochtigheid.

De vraag is dan

- is er een seizoenseffect? Welke variabele kies je daarvoor, hoe hoog?
- is absolute luchtvochtigheid de meest juiste indicator voor het seizoenseffect (je zou ook aan zonuren of temperatuur of een combinatie kunnen denken)
- wat is nu de kip, en wat het ei? Heeft een in de winter iets betere virusverspreiding veel effect omdat er veel besmettelijke mensen binnenshuis bij elkaar zijn, of raken sneller meer mensen besmet die vervolgens weer andere sneller aansteken, door de gunstiger klimaatomstandigheden?
- is één eigen RIVM-artikel over griepverspreiding in 2013 representatief voor de modelmatige coronaverspreiding in 2020-22?

De onderliggende variabelen zijn van groot belang voor de uitkomsten. Als vergelijking: bij de Milieu Effect Rapportage over Lelystad Airport bijvoorbeeld zijn aanvankelijk stikstofverspreidingsmodellen gebruikt die gebaseerd waren op stationaire objecten, op de grond. Vliegtuigen bewegen snel en landen en stijgen op. Het gevolg van de aanvankelijke aanname was dat er een veel te lage uitstoot werd aangenomen¹⁸⁷. De vergissing zat in kleine onderdelen en cruciale aannames van het model.

Wat is de zuiverheid van de prognose van het model?

Het primaire doel van het model voor IC opnames is “de toepassing van korte-termijnprognoses. Hiervoor is het model ontwikkeld en wordt het op getest”, aldus de RIVM. Over de validatie is weinig bekend. Het RIVM verwijst naar “de onafhankelijke teams Gupta in opdracht van het LCPS (niet gepubliceerd)”. Het RIVM verwijst daarnaast naar een artikel van Van Wees cs van TNO¹⁸⁸.

Over dit TNO-model, dat door het RIVM voor validatie is gebruikt omdat het kennelijk betrouwbaar is:

Van Wees cs zijn anders dan het RIVM niet in staat om een verband tussen naleving en ziekenhuisopnames vast te stellen:

“The results show an excellent fit with the data. Please note that the effectiveness of the measures taken March 15 and 23 cannot be calibrated to the data yet, leaving a very large uncertainty range as shown by the ensembles.”

Kan het RIVM dat wel, zo ja op basis waarvan?

Verder: Van Wees cs zeggen over hun uitkomsten, en hun onzekerheidsmarge:

“The results highlight that predictions are marked by a large range of uncertainty when measures to mitigate further spread become effective. Due to underestimation in the delay in social acceptance, the effect of measures may come later or less strong than

¹⁸⁷ <https://www.commissiemer.nl/docs/mer/p34/p3456/a3456ov.pdf>

¹⁸⁸ van Wees JD, Osinga S, van der Kuip M, Tanck M, Hanegraaf M, Pluymaekers M, et al. Forecasting hospitalization and ICU rates of the COVID-19 outbreak: an efficient SEIR model. [Submitted]. Bull World Health Organ. E-pub: 30 March 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.256743>

anticipated. In the control scenario this effect is very pronounced, where even with a relatively small uncertainty of 10% in $\alpha(t)$, the hospitalized and ICU numbers can in the forecasts exceed planned numbers based on the median values by a factor of 2 for a considerable time. For a control scenario, this advocates for applying measures which are on the safe side, i.e. close to lockdown conditions may be necessary at identification of cluster and community spreading, and to step to less constrictive measures at a later stage, once the measures have proved to be effective.”¹⁸⁹

De vraag naar aanleiding van deze observatie is of de modellering van het RIVM net als die van TNO snel uitkomt op “close to lockdown conditions”. Een relatief geringe onzekerheid kan in de uitkomst leiden tot 100% meer IC-patiënten.

Is het tegen die achtergrond terecht dat een model dat – bijvoorbeeld – voor de komende zeven dagen een accurate prognose geeft, maar niet voor de komende maand of drie maanden, door RIVM, OMT en kabinet wordt gebruikt om een avondklok, schoolsluiting, sectorensluiting voor twee, vier, acht of twaalf weken te onderbouwen?



Bij KLEINE MODELMATIGE
ONZEKERHEDEN HANGT VEEL VAN
DE REIKWIJDTE VAN DE PROGNOSE
AF. VERGELIJK HET MET EEN PIJL:
EEN PIJL DIE MAAR 1% AFWIJKT KAN
30 METER VERDER TOCH NOG
PRECIES IN DE ROOS ZIJN; EEN OP DE
MAAN GERICHTE RAKET DIE 1% UIT
HET LOOD STAAT MIST VOLLEDIG
ZIJN DOEL

Wat is de validatie van het model?

Het RIVM meldt over externe validatie (naast de ongepubliceerde data van Gupta en de eigen vergelijking met het TNO-model):

We vergelijken modelprognoses voor IC-opnames met de daadwerkelijke gerapporteerde aantallen. Dit is een check op het gebruik voor het maken van korte termijn voorspellingen. Omdat de prognoses voor IC-opnames per dag en IC-bezetting regelmatig worden gepresenteerd in de technische briefing en omdat de gerapporteerde aantallen IC opnames per dag en IC bezetting te raadplegen zijn op de website van de stichting NICE kan iedereen achteraf de betrouwbaarheid van de voorspellingen vaststellen.

Deze vorm van validatie is allemaal aan de hand van eigen Nederlandse cijfers. Interne statistische rapportages over de betrouwbaarheid, of updates van variabelen, of interne rapporten over mogelijke verbeteringen aan het model zijn niet openbaar. Technische briefings waren niet dagelijks. Het is voor het grote publiek, of voor de

¹⁸⁹ van Wees JD cs, ibidem

Hoe meet je nou effectiviteit en kun je lessen trekken voor de toekomst?

Het RIVM lijkt te zeggen dat uit het model achteraf niet goed valt af te leiden of je interventie heeft gewerkt.

“Het is immers niet mogelijk de validiteit en betrouwbaarheid van verschillende hypothetische scenario’s te beoordelen, aangezien deze scenario’s nooit tegelijkertijd werkelijkheid kunnen worden. En vaak zelfs niet één van de scenario’s de werkelijkheid wordt, bijvoorbeeld doordat maatregelen in de tussentijd worden aangepast. En dus kunnen de uitkomsten van deze hypothetische scenario’s in de praktijk niet achteraf met elkaar vergeleken worden. (...)Zoals hierboven uitgelegd, zijn er geen waarnemingen om te testen of de modelvoorspellingen in deze situaties uit zouden zijn gekomen.”

Het valt mee of tegen, en dat zie je achteraf:

de causale structuur van het model beschrijft het proces (leidt vaccinatie tot de juiste veranderingen in aantal vatbaren en in aantal IC-opnames per dag); en voorspellend vermogen in een veranderende omgeving (komend de voorspelde waarden voor IC-opnames per dag overeen met latere waarnemingen).

Dat is simpel, maar ook beperkt.

Het valt in dat verband op dat het RIVM-model kennelijk wel dient om ‘counterfactuals’ te berekenen, wat gebeurt er als je géén maatregelen afkondigt, maar niet in staat is om achteraf vast te stellen wat het effect van een maatregel is geweest.

Wat is het effect van vaccinatie?

Het RIVM meldt hierover in haar toelichting op het model:

In het model berekenen we dan wanneer en hoeveel vatbare mensen in elke leeftijdsgroep door vaccinatie immuun worden. De leeftijdsspecifieke toestandvariabele S neemt af en de leeftijdsspecifieke toestandvariabele R neemt toe met dit aantal per dag. Een onderliggende aanname is dat het vaccin volgens een alles-of-niets manier werkt: na vaccinatie is de gevaccineerde of volledig vatbaar of volledig immuun.

Is de alles-of-niets-aanname een juiste aanname, gelet op de stand van de wetenschap?

Waarom is het niet reproduceerbaar?

Het RIVM meldt hierover:

Als we broncode en datasets bij de verschillende modellen delen, lopen we tegen juridische en praktische problemen aan.



HET WEKT ENIGE VERBAZING DAT
HET MAKKELIJKER IS OM EEN
AVONDKLOK AF TE KONDIGEN DAN
OM EEN COMPUTERMODEL VAN
RIVM OPENBAAR TE MAKEN.

Grootste probleem is de privacygevoelige informatie in veel van de databronnen die we gebruiken. Daarnaast zijn we van verschillende databronnen geen eigenaar

En:

Het model en de data zijn nauw verweven; we fitten het model wekelijks aan de meest recente gegevens, de onzekerheid in de parameters nemen we mee in de onzekerheid van de prognoses. Het exact reproduceren van het model vereist toegang tot gegevens die we vanwege o.a. privacyaspecten niet zomaar kunnen delen. Als er geen beperking zou zijn van menskracht zouden we dummydata aanmaken en dit met de geschoonde code op onze website verstrekken en regelmatig updaten. Dit is met beperkte menskracht simpelweg onmogelijk.

Het RIVM plaatst open data en merkt op “We geven het type model aan dat we gebruiken, zodat geïnteresseerden zelf met deze open data onze berekeningen in grote lijnen kunnen volgen.”

CONCLUSIE

De RIVM-modellering is ontwikkeld door gekwalificeerde experts. Het probleem met de modellering is echter dat een model altijd een vereenvoudiging van de werkelijkheid is. Het is dus van belang hoe de experts de werkelijkheid vereenvoudigd hebben. De onderliggende aannames zijn eigenlijk niet goed toetsbaar en het ijken van het model is zonder inzicht en inzage in de data voor een buitenstaander niet goed mogelijk. De openbare toelichting is een stap in de goede richting, maar laat vraagtekens open over bijvoorbeeld de ingebouwde somberheid in het model, de onzekerheidsmarge, sommige controlemaatregelen en de reproduceerbaarheid.

Het RIVM zou er aan moeten werken om het minder een glazen bol te laten zijn en meer een wetenschappelijk instrument, of beter: een geijkt instrument in de handen van wetenschappers – want een rekenkundige uitkomst uit een wetenschappelijk model is daardoor niet automatisch een wetenschappelijk advies, maar slechts een indicatie die voor een wetenschapper bruikbaar kan zijn.