

Aan : Tweede Kamer
Van : RedTeam
Datum : 10 augustus 2020

Onderwerp : **Urgent: Voorbereiding nota 2eKamerleden tbv hoorzitting en Kamerdebat op woensdag 12 augustus**

Naar aanleiding van het recente beloop van COVID19 transmissie in Nederland zien wij de adviezen in de brief van vier experts op 22 juli j.l. nog steeds als toepasselijk, al zij het met hogere urgentie. De reden van de hogere urgentie noemen wij graag hieronder. In een Annex stellen wij een aantal vragen voor, welke de Tweede Kamer aan kabinet of experts van RIVM/OMT zou kunnen voorleggen.

Huidige urgentie en zorgen:

1. Onduidelijke strategie van het kabinet: Specifieke, meetbare, actiegerichte, realistische en tijdgebonden strategische doelen ontbreken nog steeds. Hierdoor is zowel bij de bevolking als bij uitvoerenden onduidelijk of containment (transmissie terugbrengen tot nul, indambleid, waarbij zo weinig mogelijk mensen besmet worden) wordt nagestreefd, of toch mitigatie (een voortdurend, laag niveau van transmissie). Die onduidelijkheid draagt bij aan het negeren van maatregelen.
Deze strategische keuze is ook van belang vanuit het toenemende inzicht dat een Corona-infectie niet alleen voor ouderen en kwetsbare mensen, maar ook voor jongeren soms langdurige en ernstige gevolgen kan.
2. Het gedrag van burgers is steeds minder in lijn met de preventiemaatregelen. Onze zorg is dat dit vooral wordt gevoed door de onduidelijke strategie en onduidelijke en tegenstrijdige risicocommunicatie. Voorbeelden zijn de verwarrende communicatie rond de uitwerking van de belangrijkste maatregelen, de anderhalve meter, in de verschillende sectoren, maar niet nodig in de luchtvaart, en de vanaf het begin tegenstrijdige communicatie over het dragen van mondklappers, verplicht in OV, luchtvaart en regionaal op drukke plaatsen, terwijl nog steeds gesproken wordt over schijnveiligheid. Daarnaast negeert het RIVM de ECDC-adviezen in haar richtlijnen over PBM in de zorg: ECDC zegt dat alle zorgmedewerkers (in de acute en langdurige zorg) medische mondklappers dienen te dragen bij ieder patiëntcontact (ook non-Covid) in landen met community transmission. Opnieuw een tegenstrijdigheid die bij zorgverleners en burgers vragen oproept.
Tot voor kort had het kabinet geen quarantaine ingesteld in Nederland voor reizigers uit oranje of rode gebieden. Daarnaast stopte het kabinet met de regelmaat van persconferenties en gerichte risicocommunicatie toen het zomerreces aanbrak. Dit droeg naar onze mening bij aan (onbedoelde) signalen aan de burgers dat de dreiging van COVID19 niet meer zo urgent was. Ook na een verdubbeling van het aantal wekelijkse meldingen op 21 juli j.l., gevoegd bij het gedrag van de burger, reageerde het kabinet niet.
3. Naast afnemende preventie is de verdedigingslinie van bestrijding aan het bezwijken: het test-trace-isolate beleid uitgevoerd door de GGDen (bron- en contactonderzoek, BCO):
 - a) Testcapaciteit vergt veel personele inzet en organisatie van GGD's. Dit is geen kerntaak van de GGD en gaat ten koste van benodigde BCO-capaciteit. Vraag is of het niet beter is als de organisatie en uitvoering van het testen door anderen worden overgenomen?
 - b) Toegankelijkheid van testen is nog steeds problematisch voor mindervaliden en personen zonder eigen auto.
 - c) Regelmatig worden lange doorlooptijden voor testen gemeld; dit is een reden tot zorg, aangezien het streven is om alle nauwe contacten zo kort mogelijk na de melding van een positieve index in quarantaine te hebben geplaatst.
 - d) Op 15 April besloot de regering van Duitsland om de 300 Duitse GGDen te versterken voor bron- en contact onderzoek (BCO); per 20.000 inwoners kreeg elke GGD er 5 extra mensen bij. Naar die analogie zouden er in Nederland ruim 3700 personen extra aan de GGD's moeten worden toegevoegd voor BCO. In de praktijk schatte de GGDGHOR dat er 2400 personen nodig waren, waarvan een deel zelfs nog uit de eigen GGD bezetting zouden moeten komen. In tegenstelling tot het advies van ECDC

dat er per BCO gemiddeld 12 uur tijdinvestering gerekend zou moeten worden, meende men in Nederland dat dit met 5 uur kon worden afgedaan. In juli meldde de GGDGHOR zelfs dat het aantal personeel voor BCO zou worden afgeschaald, omdat men anders niets te doen zou hebben. Hierdoor bestaat momenteel de grote zorg dat er onvoldoende capaciteit is om het BCO tijdens de huidige epidemische stijging te kunnen blijven volhouden. Indien een GGD het BCO niet meer kan uitvoeren doordat het aantal besmettingen te veel oploopt en de capaciteit van de GGD onvoldoende is, faalt het containment beleid en worden een (regionale) lock-down maatregelen onvermijdelijk. Wat is het kabinet van plan indien een veiligheidsregio aangeeft dat het de benodigde BCO niet meer kan uitvoeren?

- e) Er zijn recente signalen dat de bron (index) zijn/haar contacten niet wil doorgeven en ook dat contacten niet meer meewerken met quarantaine-maatregelen. Contacten worden ook slechts 3x gedurende de 14 dagen gebeld, en er is nog steeds geen structureel zicht in het percentage contacten dat de gehele quarantaineperiode volgens richtlijn heeft voltooid. Uiteindelijk is immers het in quarantaine gaan van potentieel besmettelijke personen het doel van het BCO.
 - f) Doorlooptijden en effectiviteit van quarantaine-maatregelen zijn niet inzichtelijk omdat er nog steeds geen landelijk dashboard voor BCO is met de indicatoren die het RIVM in haar brief van 17 juni j.l. heeft aangekondigd.
4. Een meetbaar signaal dat de preventie- en bestrijdingsmaatregelen toenemend falen is te zien in de sterk oplopende besmettingscijfers in Nederland, met gevaarlijke pieken in bepaalde steden en regio's.
 5. Het huidige beleid wekt de indruk van vrijblijvendheid alom: ondanks hoge urgentie in deze crisis is er geen handhavingsvisie neergezet, noch zijn er handhavingsmaatregelen geïmplementeerd. Dit gedoogbeleid ten opzichte van een relatief kleine groep werkt immers demotiverend voor de veel grotere groep goedwillenden. Er worden door het kabinet juridische belemmeringen genoemd. Onze vraag is of dit tijdens een crisis (die de volksgezondheid ernstig bedreigt en grote gevolgen heeft voor de zorg, de bedrijven, de economie en het maatschappelijk functioneren) voor de overheid een reden mag zijn om vanuit dit publieke belang niet haar eigen verantwoordelijkheid te nemen en daardoor des te meer te benadrukken hoe belangrijk de maatregelen zijn?
 6. Nu VNO-NCW aandringt op het aantrekken van maatregelen en het verminderen van de vrijblijvendheid is duidelijk dat de belangen van de volksgezondheid en de economie in elkaars verlengde liggen
 7. Door een en ander is het vertrouwen van de burger in adviserings- (RIVM/OMT) en besluitvormings- (kabinet) proces sterk tanende. Kan het kabinet dit vertrouwen herstellen door de bovenstaande punten van zorg aan te pakken?

Conclusie: er is sprake van een hoge urgentie, die direct ingrijpen noodzakelijk maakt.

Annex: zie volgende bladzijden

ANNEX- Vragen aan de experts (hoorzitting) en aan het Kabinet (Kamerdebat)

1. Welke strategische doelen (SMART) formuleert het kabinet bij de aanpak van deze Coronacrisis? Via welke indicatoren zal het kabinet de uitvoering van die strategie monitoren en evalueren?

Als het kabinet een mitigatiestrategie nastreeft, gekenmerkt door een voortdurende lage graad van transmissie in de bevolking (dwz $R=1$), wees daarin dan duidelijk en communiceer dit helder.

Als het kabinet een containment (indammen) strategie nastreeft (met een R zo ver mogelijk onder 1), dan staat dit gelijk aan het streven naar een reductie van transmissie naar nul, waarbij import vanuit het buitenland het grootste overblijvende risico is. Communiceer dit dan ook helder.

Beide strategieën zijn niet te combineren als een soort compromis, vragen een ander soort aanpak en communicatie en leiden ook tot verschillende beheersmaatregelen.

Door een heldere, meetbare strategie, gepaard gaande met heldere en voortdurende risico-communicatie gericht op de diverse lagen van de samenleving, is de onduidelijkheid en onrust terug te dringen en kan de motivatie tot naleving van maatregelen worden hersteld.

2. Heeft het kabinet opschalings- en afschalingsfasen met bijbehorende maatregelen gedefinieerd met grensindicatoren per fase (zoals bijvoorbeeld Schotland doet)?

Dit zou veel duidelijkheid scheppen, perspectief bieden aan burger en bedrijfsleven, en vertrouwen dat het kabinet 'in control' is.

3. Wat is de communicatiestrategie van het Kabinet?

Risicocommunicatie is erop gericht om alle lagen van de samenleving te informeren over de risico's voor de eigen gezondheid en de specifieke maatregelen die eenieder dient te nemen voor het publieke belang. Iedere doelgroep (e.g. jongeren, ouderen, ondernemers, migranten, kwetsbare groepen, laaggeletterden, etc.) vergt een op maat gemaakte risicocommunicatie.

Wanneer blijkt dat groepen zich verzetten tegen specifieke maatregelen, is ook draagvlakcommunicatie nodig; een dialoog die verkent waaruit de bezwaren bestaan, en hoe deze binnen de mogelijkheden van de gekozen bestrijdingsstrategie kunnen worden tegemoetgekomen. Dit vraagt mede om inbreng van gedragsdeskundigen.

4. Wat is het beleid van het kabinet om de eerste verdedigingslinie (preventie en bestrijding) overeind te houden?

- (1) Welke reden heeft het RIVM om in de richtlijnen voor de GGDen van het RIVM inzake TTI (BCO) af te wijken van de WHO-richtlijnen en zeker van de ECDC-richtlijnen?

- (2) Waarom is de capaciteit van de GGDen nog niet op orde?

- (3) Is er een financieel probleem: wie moet dit betalen?

- (4) Is aansturing van GGDen door samenwerkende Gemeenten wel aangewezen in crisistijd? Moeten de GGDen nu niet centraal worden aangestuurd: doelen, middelen, instructies, financiering, met zeer korte en heldere lijnen?

- (5) Testen is geen core-business van GGDen:

- kan het afnemen van het testmonster niet beter uitbesteed worden aan huisartsenlabs of defensie? Veel meer teststraten, beter toegankelijk. Snellere afspraken, snellere uitslagen.

- hoe werken de laboratoria samen? Wordt al de beschikbare capaciteit benut of spelen commerciële belangen hier een tegenwerkende rol? (NB: doorstroomtijden zijn te lang!)

- (6) BCO is core-business van de GGDen. Waarom schaaft Nederland niet op tot een niveau dat vergelijkbaar is met Duitsland? De structuur van de openbare gezondheidszorg, de bevolkingssamenstelling en epidemiologische risicofactoren zijn immers vrijwel identiek.

- (7) Hoe kan bevorderd worden dat veel meer contacten worden opgespoord?

- (8) Hoe kan gegarandeerd worden dat quarantaine niet vrijblijvend meer is: TTI doen we er juist voor om potentieel besmettelijke personen te isoleren? Het in quarantaine gaan is geen persoonlijk belang maar een publiek belang.

Kan er daarom vanuit de overheid gezorgd worden voor ondersteuning, faciliteiten, vergoeding inkomstenderving, controle met als sluitstuk sancties bij weigering? Rol van de Burgemeester?

5. Hoe wordt het gedrag van de burger aangestuurd mbt de maatregelen hygiëne en afstand houden?
 - (1) Waarom wordt er zo weinig gehandhaafd bij het niet houden van afstand? Dit is toch de belangrijkste maatregel om besmetting te voorkómen?
 - (2) Is het kabinet bereid verdergaande maatregelen te nemen mbt grote groepen bij elkaar: parken, straten, horeca, festivals, zwembaden, stranden, enz.?
 - (3) Is hier landelijk beleid noodzakelijk of kan dit aan de veiligheidsregio's worden overgelaten?
 - (4) Wat is de bevoegdheid van de regionaal verantwoordelijken?
 - (5) Waarom sluit het kabinet niet aan bij het WHO en ECDC advies inzake stoffen mondkapjes voor de algemene bevolking? (ECDC: "The use of face masks in public may serve as a means of source control to reduce the spread of the infection in the community [...]. The use of face masks in the community could be considered, especially when visiting busy, closed spaces, such as grocery stores, shopping centres, or when using public transport" – ECDC Technical Report 8 April)
Hiermee sluit Nederland dan ook aan bij ons omringende landen.
6. Schoolhervatting. Over 1 week gaan de eerste scholen weer open
 - (1) Is dat verantwoord bij de huidige besmettingscijfers in de verschillende regio's?
 - (2) Heeft het kabinet minimumvoorwaarden opgesteld voor verantwoorde opening van scholen? Welke rol speelt ventilatie hierbij?
7. Hoe staat het met de ontwikkeling van een landelijk en regionaal dashboard?
Waarom is dit er nog niet in de vorm van een regionaal waarschuwingssysteem?
Hoe stuurt het kabinet landelijk en regionaal zonder dashboard met vooraf vastgestelde grensindicatoren? Is het kabinet ertoe bereid om expliciete maatregelen te formuleren op regionaal niveau wanneer de streefwaarden voor indicatoren overschreden worden?
8. Waarom trekt Nederland volledig gescheiden op van België en Duitsland?
Ligt (West-)Europese samenwerking en afstemming niet voor de hand?
Het grote verschil in aanpak tussen Duitsland en Nederland is opvallend en draagt niet bij aan draagvlak onder de burgers.
9. Als de tweede golf onverhoopt toch doorzet:
 - (1) Zijn de cure en de care hierop nu wel voorbereid?
Cure: naast de ziekenhuiszorg (o.a. IC-zorg) zijn er ook signalen dat de zorg in de eerstelijns onder (te) grote druk staat.
Care: zijn de verpleeghuizen, de gehandicaptenzorg, de GGZ en de thuiszorg nu voorbereid mbt bescherming van zorgmedewerkers en cliënten (heldere richtlijnen!) en het voorkómen van isolement van ouderen?
Zijn de zorginstellingen in de langdurige zorg inmiddels aangesloten bij de ROAZ? Tijdens de eerste golf viel de niet-acute zorg buiten de eerste acute maatregelen (PBM, testen)?
 - (2) Zijn er nu wel voldoende PBM (zoals mondkapjes), testmaterialen, ventilatoren, enz.?

Wat is het RedTeam?

Het RedTeam is voortgekomen uit een initiatief van 4 experts, die ook gevraagd waren voor de tussentijdse evaluatie ("Lessons Learned") van het Ministerie van VWS. Aangezien rapportage van deze evaluatie pas op zijn vroegst eind augustus zal plaatsvinden hebben deze vier experts op 22 juli een brief geschreven aan de Minister President en aan de Minister van VWS, waarin zij hun grote zorg uitten over de snelle stijging van het aantal besmettingen in Nederland gecombineerd met het gedrag van de burger. In deze brief hebben zij ook een aantal urgente maatregelen aanbevolen.

Hierna hebben deze vier experts hun team uitgebreid met een aantal experts met aanvullende competenties: het RedTeam.

Dit RedTeam heeft zich op 2 augustus per brief aan de Minister President en de Minister van VWS aangeboden als een in een crisis gebruikelijke en aanbevolen 'georganiseerde constructieve tegenspraak'. Via de Secretaris-Generaal van het Ministerie van VWS vernam het RedTeam dat hiervan geen gebruik zal worden gemaakt: het kabinet staat open voor alle commentaar en adviezen uit de samenleving.

Het RedTeam wil graag met haar kennis en ervaring op een constructieve manier bijdrage blijven leveren aan het proces van advisering en besluitvorming bij de aanpak van deze crisis.

Samenstelling RedTeam:

Arnold Bosman, Amrish Baidjoe, Xander Koolman, Wim Schellekens, de eerste vier experts.

Aangevuld met:

Nienke Idenburg, Ginny Mooy, Bert Slagter, Peter Slagter, Edwin Velthuizen, Marino van Zelst en twee leden op de achtergrond.

Rond het RedTeam is inmiddels een community gegroeid van meer dan 100 leden die vanuit eigen kennis en ervaring informatie aanleveren en met elkaar in discussie gaan op een aantal thema's van belang in deze Coronacrisis. Deze community is ook een bron van informatie en onze eigen externe tegenspraak voor het RedTeam.