

Brief aan de kamerleden

11-08-2020

Geacht kamerlid,

Via deze weg willen wij, een groeiende groep artsen (*tot 30 juli al meer dan 800 artsen en meer dan 1000 medisch professionals, waaronder 13 hoogleraren*) [1], onze ernstige bezorgdheid uiten over de huidige gang van zaken rondom de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus en het wetsvoorstel noodmaatregelen² dat op 20 augustus ingediend zal worden.

Wij brengen dit met erkenning en medeleven voor hen die ziek werden of een dierbare verloren en met respect voor het snelle handelen tijdens het begin van de uitbraak en de integriteit van onze collegae in het Outbreak Management Team (OMT). Wij maken ons echter in toenemende mate zorgen om de nog altijd geldende noodmaatregelen en de snelheid waarmee hypothesen en meningen bij wet dreigen te worden vastgelegd, zonder dat daar stevige wetenschappelijke grond voor is. [2] [3] [4]

De verantwoording vanuit het kabinet dat dit gebeurt in het belang van volksgezondheid is onbegrijpelijk, als de collaterale schade wordt meegewogen.

Om in de beleidsdiscussie over Corona weer oog te krijgen voor het doel dat maatregelen zouden moeten dienen, namelijk het toegankelijk houden van zorg, het beschermen van kwetsbaren en het bevorderen van de volksgezondheid, roepen wij u hierbij op om zich onafhankelijk en kritisch te blijven informeren en de vragen te stellen die een democratische rechtstaat toe behoren.

Zie hiervoor bijvoorbeeld de vragen onder aan dit document.

Wij vragen politici openbaarheid van besluitvorming te eisen en te allen tijde proportionaliteit en subsidiariteit mee te laten wegen bij het uitrollen van beleid.

Het gezegde ‘een middel mag niet erger zijn dan de kwaal’ is actueler dan ooit als het gaat om de noodverordeningen en het op 20 augustus 2020 voorliggende wetsvoorstel ‘tijdelijke wet noodverordeningen COVID-19’². Deze behelst nog altijd buitenproportionele strafmaatregelen, privacy schendingen, inbreuk op lichamelijke integriteit en het zelfbeschikkingsrecht, naast extreme macht binnen één departement.[5] [6] [7] [8]

Samenvattend

- Het Sars-COV-2 virus heeft in 98% van de gevallen een mild beloop. Bij mensen met klachten verloopt dit ernstiger bij hoge leeftijd en/of co-morbiditeit. Het gemiddelde mortaliteitsrisico (IFR) is, door de WHO geschat 0.6%. Met deze wetenschap zou een omgekeerde isolatie (bescherming van kwetsbaren en ouderen) verdedigbaar zijn.

- De maatregelen richten meer schade aan de volksgezondheid aan, dan dat zij goed doen.
- Het percentage besmette personen is al weken stabiel.¹⁴ Alleen de hoeveelheid geteste personen neemt toe. De rt-PCR test toont stukjes virus RNA aan. Alleen als de uitkomst ‘sterk positief’ is, is de uitslag ‘sterk suggestief’ voor een actieve besmetting.^[9] Het aantal besmettelijke personen komt niet automatisch overeen met het aantal positieve test uitslagen. Het alleen testen van mensen met typische klachten is een belangrijk uitgangspunt.
- Het doel is streven naar optimale gezondheid voor een zo groot mogelijke groep waarbij maatregelen niet meer schade mogen aanrichten dan hetgeen zij proberen te voorkomen (*proportionaliteit*) en waarbij dit effect van optimale gezondheid behaald wordt met de minst ingrijpende maatregel (*subsidiariteit*).

Achtergrond virus

Er is nog altijd weinig bekend over de verspreiding van het SARS-CoV-2 virus. Mogelijk treedt het vooral in seizoenspieken op en heeft het onder meer aërosol verspreiding.^[10] Waarbij 98% van de aangedane bevolking het mild tot asymptomatisch doormaakt. Epidemiologen schatten dat al grote delen van de bevolking ongemerkt een SARS-CoV-2 infectie doormaakten.^[11] De kwetsbare groepen zijn duidelijk identificeerbaar. In totaal werden er tot juli 11.959 patiënten met COVID-19 opgenomen in het ziekenhuis. Van hen was 47% 70 jaar of ouder. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) berichtte begin juli het gemiddelde mortaliteitsrisico (IFR) te schatten op 0,6%.^[12] In maart werd dit getal nog geschat op 3,4% wat destijds aanleiding was voor de wereldwijde lockdowns. Deze daling, waarmee de mortaliteit van COVID-19 vrijwel gelijk wordt aan die van de seizoensgriep epidemieën had voorpagina nieuws kunnen zijn. Er wordt echter vrijwel niet over gesproken, wat verwonderlijk is.

De mortaliteit van dit coronavirus is sterk leeftijdsafhankelijk.^[13] 78% van alle overleden COVID-19 patiënten was 80 jaar of ouder en slechts 0,7% was jonger dan 50 jaar. 70% van de overledenen onder de 70 jaar had een onderliggende aandoening, waarvan 43% cardiovasculair lijden, 26% diabetes mellitus en 24% een chronische longaandoening.^[14]

De besmettingen en dus de maatregelen worden gebaseerd op een PCR test welke stukjes virus RNA detecteert. Een test uitslag wordt ingedeeld van ‘negatief’, ‘zeer-zwak positief’, ‘zwak positief’ ‘positief’ of ‘sterk-positieve test’ (CT waarde < 25). Alleen als de uitkomst ‘sterk positief’ is, is de uitslag ‘sterk suggestief’ voor een actieve besmetting. De overige uitslagen zeggen weinig over of iemand ook besmettelijk is.^[15] Niet alle mensen met een positieve test uitslag zijn dus besmettelijk. Ondanks een hoge specificiteit (mogelijk rond de 98%) zijn er bij lage prevalentie meer onterecht-positieve uitslagen dan terecht positieve uitslagen.^[16] ^[17] Het percentage besmette personen is al weken stabiel.¹⁴ Alleen de hoeveelheid geteste personen neemt toe. Op het moment vinden meer dan 100.000 testen per week plaats, iets dat voor andere virussen nog nooit gedaan is en daardoor qua aantallen niet te vergelijken valt.

Vanuit deze duidelijk herkenbare risicogroepen is selectief, regionaal beleid het meest verdedigbaar. Dit wordt mede onderschreven doordat de opnamepiek van COVID-19 patiënten tussen 16-20 maart lag. Met een incubatietijd van 2 tot 14 (gemiddeld 5) dagen betekent dit dat de piekbesmetting plaatsvond in de eerste 2 weken van maart. De daling van het aantal positieve gevallen was dus al ingezet voor de lockdown werd doorgevoerd. Daarnaast treden er vrijwel geen besmettingen op in de buitenlucht, spelen kleine kinderen nauwelijks een rol in de overdraagbaarheid van het virus en vindt 80% van de besmettingen in de huiselijke sfeer plaats.

Gezonde mensen tot ongeveer 65 jaar lijken een goede natuurlijke afweer te hebben in de vorm van T-cellen (het aangeboren afweersysteem). Op basis hiervan zijn er aanwijzingen dat een veel groter deel van de bevolking reeds in aanraking kwam met het virus. [18] [19] [20] [21] [22] [23]

Bescherming in de vorm van de huidige maatregelen is voor de meeste mensen onnodig en kan zelfs tot gezondheidsschade leiden aangezien het afweersysteem een dynamisch stelsel is dat nabijheid en lichamelijke interactie nodig heeft om zich te ontwikkelen en up-to-date te blijven. Sociale distantie en overdreven persoonlijke beschermingsmaatregelen tasten het afweersysteem aan en zullen leiden tot een lagere weerstand en grotere vatbaarheid voor micro-organismen.

Wij verwonderen ons er dan ook over dat de maatregelen, initieel ingezet in het belang van de volksgezondheid maar deze ondertussen bewezen meer schadelijk*, * worden voortgezet. En wij verwonderen ons dat, op basis van de huidige wetenschappelijke onderbouwing, ertoe over gegaan wordt om hen een wettelijk karakter te geven, met mogelijkheid tot herhaaldelijke verlenging en afwezigheid van werkelijke inspraak van de kamers.

Maatregelen

De maatregelen, zoals genoemd in het wetsvoorstel² betreffen onder meer verplichte sociale distantie, (semi-)verplichte isolatie, hygiënemaatregelen en verplichte persoonlijke beschermingsmaatregelen. Aan het begin van de uitbraak waren deze maatregelen begrijpelijk. Er was weinig over het virus bekend en het doel van de maatregelen was duidelijk, de ziekenhuiszorg niet overbelasten en het beschermen van kwetsbaren en ouderen. Gaandeweg is er echter door vele deskundigen en wetenschappers aan de alarmbel getrokken, omdat de middelen ernstiger zijn dan het leed dat zij proberen te voorkómen. [24] [25] [26]

Enerzijds blijkt de mortaliteit veel lager dan verwacht en ondervindt de overgrote meerderheid slechts milde klachten van de ziekte COVID-19.[27] De lange termijn gevolgen van het virus worden genoemd maar zijn nog niet goed in kaart gebracht. Daarnaast geven de seizoensgriepvirussen ook blijvende schade, ook daarin onderscheidt SARS-CoV-2 zich nog niet.[28]

Anderzijds is het zo dat met name de, wetenschappelijk onvoldoende bewezen[29] [30], maatregel ‘verplichte sociale distantie’ — voor het hele land, ook daar waar de ziekte niet of minder woedt — zorgt voor schade op het gebied

van het psychosociale domein[31] [32], de economie[33] [34] [35] [36] en de non-COVID gezondheidszorg.[37] [38] [39]

Door de blijvende maatregelen is bovendien de ziekenhuiscapaciteit dermate beperkt dat van inhalen van niet-geleverde zorg geen sprake zal zijn. Meer dan een miljoen verwijzingen via Zorgdomein werden uitgesteld. Naast het verlies aan gezonde levensjaren is dit ook financieel gezien een enorme strop voor de ziekenhuizen. Ook de huisartsenzorg zelf krijgt met een stuwmeer aan achterstallige zorg te maken.[40] [41] [42]

Vaccin

In de media worden suggesties gedaan dat vaccinatie ingezet gaat worden als alternatief voor vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit heeft impact op mensen. Een semi-verplichte vaccinatie lijkt haaks te staan op de principes van informed- consent en shared decision making waarbij besluiten die lijf en leden raken, zonder druk kunnen worden genomen. Voor artsen zijn dit belangrijke waarden in goede zorgverlening.

Opmerkelijke aan deze vaccin-fascinatie is nog wel dat het SARS-CoV-2 virus geen pandemie is volgens de originele definitie van de WHO, voordat deze in 2009, ten faveure van het nieuwe influenza A virus, werd aangepast en de ernst/dodelijkheid van de ziekte geen criterium meer was voor het uitroepen van een pandemie. Ook in het huidige wetsvoorstel wordt niet gesproken over pandemie maar epidemie.

Het is te hopen dat het inkopen van vaccins niet lijkt op dat van de Mexicaanse griep periode en tevens gegeven werd op het moment dat de (epidemie) pandemie in feite al voorbij was.[43] [44] [45]

Artseneed

Als arts legden wij allemaal onze eed dan wel gelofte af welke in 2003 werd aangepast naar de huidige tijd en onder meer stelt _‘..Ik zal gezondheid bevorderen.’.. ‘Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen. Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving en zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk.’[46]

De huidige maatregelen en dreiging van een semi-vrijwillig vaccin, zetten deze eed onder druk. Wij doen daarom een openbaar appèl op onze beroepsverenigingen, mede-zorgverleners en het kabinet om zich genuanceerd uit te spreken over de huidige maatregelen en de voorgestelde wetgeving.

Een open gesprek over de coronamaatregelen betekent dat we naast oog voor de te winnen levensjaren van (met welk virus dan ook) geïnfecteerde patiënten, óók oog moeten hebben voor andere factoren die van invloed zijn op onze volksgezondheid, zoals hierbij geschetst. Een debat hierover met deskundigen vanuit de gehele maatschappij, gesteund door maatschappelijke organisaties, kan de benodigde helderheid creëren over de proportionaliteit en subsidiariteit van de maatregelen. Daarbij is het van belang dat eenieder gehoord wordt, vanaf een zo vroeg mogelijk stadium van een nieuwe uitbraak. Kritische discussie en

twijfel dienen niet gemeden of afgezwakt te worden en mogen worden benoemd.
[47]

Gezondheidsbevorderende maatregelen

Dat de noodverordeningen en de wet worden gebracht in het licht van verbetering van de volksgezondheid staat bovendien in schril contrast met het tot op heden afwezige of weinig harde beleid dat de overheid voert waar het preventie van ziekten, optimale of waardegedreven zorg en lange termijn investeringen in zorgpersoneel betreft. Maatregelen met bewezen gezondheidswinst zoals een zout- en suikertax, verbod op (e-)sigaretten en het financieel aantrekkelijk en ruim toegankelijk maken van gezonde voeding, beweging en sociale steunnetwerken.[48] [49] [50] [51]

70-90% van veel voorkomende aandoeningen als darmkanker, hart- en vaatziekten, en diabetes

hebben een oorzakelijke relatie met omstandigheden én leefstijl.
Gezondheidsbevordering geeft

ook bij de behandeling van ziekte veel winst_.**[52]**_ [53]

Recent Nederlands onderzoek naar de behandeling van diabetes type 2 met een leefstijlinterventie wijst uit dat ruim 70% van deze mensen dankzij leefstijlaanpassingen kan stoppen met zware medicatie zoals insuline, ook 2 jaar na de interventie nog.[54]

Preventiebeleid dat, juist de door corona zo hard geraakte groepen, een voorsprong had kunnen geven.

Wat is gezondheid?

Gezondheid is een diffuus begrip dat de afgelopen jaren in opdracht van de Gezondheidsraad en ZonMw opnieuw werd omschreven als een alternatief voor de statische definitie van gezondheid uit 1948 van de WHO. Het resulteerde in “Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven”.**[55]**

Deze omschrijving gaat niet uit van de afwezigheid van ziekte, maar van veerkracht, functioneren en eigen regie. Later uitgewerkt tot het begrip Positieve Gezondheid met zes dimensies, dat een rode draad vormt in de onlangs verschenen Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), voor alle gemeentes in Nederland.**[56]** Ook maakt het deel uit van het nieuwe Raamplan Artsenopleiding 2020.**[57]**

Internationaal wordt het nieuwe gezondheidsbegrip zeer veel geciteerd. Daarnaast onderschrijft ook de WHO de noodzaak van het meewegen van de rechten van de mens als het gaat om maatregelen genomen in het kader van de volksgezondheid.**[58]**

De huidige wereldwijde maatregelen, genomen ter bestrijding van SARS-CoV-2 schenden in hoge mate deze visie op gezondheid en de rechten van de mens. VWS gaat regelrecht in tegen de, in haar eigen nota vastgelegde, visie op gezondheidsbeleid en het potentieel ervan.

Verantwoordelijkheden

Wij benadrukken het belang om vanuit verschillende perspectieven te kijken naar gezondheid en welzijn, waaronder de dreiging van het virus, de gevolgen van angst, de effecten van maatregelen en de zelfregie die mensen kunnen nemen om hun leven vorm te geven.

De crisisstructuren zijn afgeschaald maar ingrijpende maatregelen bedoeld om de COVID-19 uitbraak te beheersen blijven in stand. De schade van deze maatregelen moet beperkt worden en publieke middelen dienen gebruikt te worden om de gezondheid en kwaliteit van leven in den brede te bevorderen.

Het moet duidelijk worden wie in deze fase het overzicht houdt over de gevolgen van de maatregelen voor de volksgezondheid. En duidelijk moet worden wie de kennis, die wordt ontwikkeld over COVID-19 en andere gezondheidsdreigingen, bijeenbrengt en duidt. Deze regie is nodig voor een zorgvuldige afweging en besluitvorming over collectieve maatregelen.

Wij verzoeken de overheden, financiers van zorg en zorginstellingen transparant te zijn over de afwegingen die zij maken om de volksgezondheid te beschermen en te bevorderen en de publieke middelen die zij hiervoor inzetten.

Wij verzoeken de minister en staatsecretarissen van het ministerie van VWS een leidende rol te nemen, om de noodzakelijke dialoog tot stand te brengen en de structuren in te richten die een goede afweging over maatregelen kunnen ondersteunen. Dat kan niet alleen de verantwoordelijkheid zijn van het OMT en gemeentelijke overheden.

Wij roepen op tot een open discussie, waarbij experts zich mogen en durven uitspreken. Het doel moet zijn om altijd te streven naar optimale gezondheid voor een zo groot mogelijke groep waarbij maatregelen niet meer schade mogen aanrichten dan hetgeen zij proberen te voorkomen (*proportionaliteit*) en waarbij dit effect van optimale gezondheid behaald wordt met de minst ingrijpende maatregel (*subsidiariteit*).

Met bezorgdheid, hoop en op persoonlijke titel,

Evelien Peeters, internist

De originele brandbrief is terug te lezen op www.opendebat.info Een initiatief van artsen. In totaal ondertekenden in 3 weken tijd meer dan 2000 artsen en medisch professionals de oproep tot een open debat over de proportionaliteit van de corona maatregelen. Onder hen meer dan 800 artsen en 6 hoogleraren. Tevens tekenden meer dan 1000 medisch professionals, onder hen 7 hoogleraren.

De mogelijkheid tot ondertekening zal opnieuw geopend worden met als doel het tonen van de kritische massa.

Voorbeeld vragen waarvan het verstandig zou zijn als ze beantwoord worden voordat het wetsvoorstel ‘tijdelijke noodmaatregelen’ ingediend wordt:

- Waarom werd SARS-CoV-2 in januari op de **lijst van A-meldingsziekten** gezet, in lijn met bijvoorbeeld Ebola en Lassa? Terwijl studies vanuit China op dat moment al getallen vergelijkbaar met de griep laten zien? Waarom was de epidemie in China voorbij nadat in februari de **definitie van ‘bevestigd geval’** aangescherpt werd?
- Zijnde een A-lijst meldingsziekten, **waarom werd er dan in februari niet** op die manier gehandeld toen bekend werd dat er een uitbraak in Noord-Italië was, alwaar veel Nederlanders vakantie hielden? Zou iemand met verdenking Ebola op een zelfde manier terug naar Nederland hebben mogen komen?
- Waarom propageert de minister van VWS sinds maart dat ‘de enige weg om uit de maatregelen te komen, een vaccin is’? Terwijl het **hoogst onzeker is of het vaccin sterfte zal voorkomen**. Daarnaast zijn er goede medicamenteuze behandelingen in opkomst voor alle fases van de ziekte. Naast de vraag waarom voor dit vaccin andere groepen zouden gelden dan voor het (op vrijwillige basis te nemen) griep- en pneumococcenvaccin? 98% van de mensen die besmet raakt, wordt niet (heel) ziek van covid-19. Slechts 2 % van deze groep behoeft ziekenhuis opname. Zweden laat zien, in lijn met internationale studies, dat waarschijnlijk maar 10% van de bevolking het virus zal krijgen en er iets van merken. Deze groep is duidelijk: 70+ of met een chronische aandoening. **Wat is dan de rationale voor het opleggen van maatregelen aan de gehele bevolking?**
- **Wat test de rt-PCR test eigenlijk?** Een actieve besmetting of de aanwezigheid van stukjes viraal RNA? Wat is de Nederlandse definitie van een **‘bevestigd geval’**? **En waarom?**
- Waarom veranderen de definities steeds? In eerste instantie werden maatregelen genomen op het stijgend aantal ziekenhuis opnames, dat is begrijpelijk vanuit het doel om zorg toegankelijk te houden. De laatste persconferentie van 6 augustus spreekt over een stijging van het aantal besmettingen, dit is onjuist. Het percentage besmette personen is al weken stabiel. Alleen de hoeveelheid geteste personen neemt toe. **Waar wordt de dreiging met noodzaak tot uitbreiding van maatregelen dan op gebaseerd?**
- De persconferentie van 6 augustus benadrukt het onverantwoorde gedrag van jongeren. Zij maken het echter in 98% van de gevallen asymptomatisch door. Jongeren leggen geen overmatig beslag op ziekenhuisbedden. Infectie bij hen dient dan ook niet voorkomen te worden. Langdurige klachten en de kans op een ernstig beloop dienen wel voorkomen te worden, **waarom is hier niet vanaf het eerste moment onderzoek naar gedaan in de huisartsenpraktijken?**

- Waarom wordt de eerste lijn (huisartsenzorg) niet betrokken in medicatie onderzoek? (Terwijl het doel van de maatregelen is om mensen uit het ziekenhuis te houden).
- Als hydroxychloroquine (HCQ) bewezen niet werkzaam is bij opgenomen patiënten in het ziekenhuis en verboden wordt aan huisartsen, waarom is een internationaal onderzoek met gevaarlijk hoog gedoseerd HCQ (de Remapcap studie) dan nog niet stop gezet? Gelijksortige studies werden reeds voortijdig gestopt (Solidarity en Recovery trials)[59]. Waarom ziet de IGJ hierbij niet toe op handhaving?
- Waarom gebruikt de Inspectie Gezondheid en Jeugd het argument dat off-label voorschrijven laakbaar zou zijn, terwijl dat gangbare praktijk in Nederland is?
- De meerderheid van degenen die overlijden aan Covid-19 is 82 jaar en ouder. Voor het merendeel van hen is dat een welkom einde. Heeft iemand hen gevraagd of ze wel beschermd willen worden? Of ze 4 maanden geïsoleerd, afgesloten leven, aan het einde van hun leven, verkiezen boven het lopen van het risico op een griepvirus?
- Waarom werden hypothesen, bijvoorbeeld over aërosol verspreiding, die sinds maart vanuit de ons omringende landen en vanuit Nederland, hoorbaar waren, niet onderzocht?
- Waarom is de WOB opgeschort?
- Waarom is er een wetsvoorstel ingediend dat de macht van de eerste kamer inperkt?
- Waarom verleent het wetsvoorstel 'tijdelijke maatregelen covid-19' zoveel macht aan de minister van VWS?
- Waarom zijn maatregelen die de gehele maatschappij raken alleen getoetst op mogelijk effect op het virus en niet op hun effect op de overige volksgezondheid en niet op hun effect op andere essentiële delen van de maatschappij (economie, onderwijs, veiligheid in huiselijke kring, etc)?

Bronnen:

