

**Berenschot**

**Evaluatie**  
**Aanpak Nieuwe Influenza A (H1N1)**  
(de Mexicaanse griep)

**9 maart 2011**

**Ira Helsloot**

**Margreeth van Dorssen**

# Berenschot

# Berenschot

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Uitvoering: Berenschot en Crisislab

Projectleider:

Ronald van der Mark

Schrijvers:

Margreeth van Dorssen (plv projectleider)

Ira Helsloot (Crisislab)

Team:

Nienke van Haaren

Annick van Kollenburg

Joep Mourits

Marlies Willemen

Peter van Zanten

Met dank aan:

Jelle Groenendaal (Crisislab)

Astrid Scholtens (Crisislab)

# Berenschot

## Evaluatie Aanpak Nieuwe Influenza A (H1N1)

Inhoud	Pagina
<b>1. Introductie</b>	<b>1</b>
1.1 Griep pandemie 2009	1
1.2 Evalueren om te leren	1
1.3 Afbakening en opbouw	2
1.4 Onderzoeksverantwoording	3
<b>2. De belangrijkste gebeurtenissen</b>	<b>9</b>
2.1 Inleiding	9
2.2 De ontdekking van Nieuwe Influenza A (H1N1): maart - 24 april	10
2.3 De eerste dreigende week: 24 april - 1 mei	10
2.4 Een voorjaar met zorgen: 1 mei - 19 juni	15
2.5 Rustige zomer: 19 juni - medio augustus	18
2.6 Hectisch najaar: medio augustus - eind 2009	25
2.7 Einde pandemie: december 2009 - augustus 2010	28
<b>3. Voorbereidingen op een griep pandemie: 1995-2009</b>	<b>29</b>
3.1 Infectieziekten- en crisisstructuren	29
3.2 Planvorming per besluit	34
<b>4. Opschaling van de crisis(besluitvormings)structuren</b>	<b>41</b>
4.1 Departementaal crisisteam: BTCB	41
4.2 Crisisteams infectieziektebestrijding: OMT en BAO	42
4.3 Interdepartementale crisisbeheersingsteams: ACO, IBT, (MBT)	43
4.4 Samenhang crisis- en adviesgremia	44
<b>5. Voorkomen van verspreiding in Nederland</b>	<b>47</b>
5.1 Inleiding	47
5.2 Hygiënemaatregelen	48
5.3 A-ziekte en meldingsplicht	53
5.4 Schoolsluiting ter voorkoming van verspreiding	56
5.5 Analyse	60
<b>6. Voorkomen verspreiding naar Nederland</b>	<b>67</b>
6.1 Inleiding	67
6.2 Advies voor reizigers naar Mexico	67
6.3 Binnenkomende reizigers Schiphol	74

# Berenschot

6.4 Analyse	82
7. Antivirale middelen	87
7.1 Inleiding	87
7.2 Verstrekken en verspreiden	87
7.3 Analyse	95
8. Vaccinatie	97
8.1 Inleiding	97
8.2 Aanschaf en levering vaccins	97
8.3 Wie op welk moment te vaccineren?	100
8.4 Besluitvorming over uitvoering van de vaccinatiecampagne	104
8.5 Analyse	107
9. Continuïteit	111
9.1 Inleiding	111
9.2 Continuïteit van de samenleving	112
9.3 Analyse	119
10. Communicatie	123
10.1 Inleiding	123
10.2 Eerste week	123
10.3 Voorjaar	128
10.4 Zomer	134
10.5 Najaar	140
10.6 Analyse	145
11. Omgaan met beperkte IC-capaciteit	153
11.1 Inleiding	153
11.2 Inventarisatie van de (benodigde) IC-capaciteit	153
11.3 Opstellen triagerichtlijn tijdens de grieppandemie	156
11.4 Geen overeenstemming over triagerichtlijn	157
11.5 Analyse	159
12. Het geheel overziend	163
12.1 Gebeurtenissen en maatregelen	163
12.2 De evaluatie	165
12.3 Voorbereiding	165
12.4 Factfinding	171
12.5 Advisering	172
12.6 Besluitvorming	184
12.7 Communicatie	187
12.8 Monitoring	192

<b>12.9</b>	<b>Slotsom</b>	<b>194</b>
	<b>Bijlage Leerpunten benoemd in interviews en klankbordsessies</b>	<b>197</b>
	<b>Bijlage Afkortingen partijen</b>	<b>203</b>

# Berenschot



## 1. Introductie

### 1.1 Griep пандеміе 2009

Op 24 april 2009 leek het dan echt te gebeuren: de gevreesde uitbraak van een nieuw gevaarlijk griepvirus. De WHO waarschuwde voor het eerst voor een 'public health emergency'. Wereldwijd was dit het teken om naar de hoogste versnelling te schakelen en maatregelen te treffen om (initieel) de verspreiding van H1N1 tegen te gaan en om slachtoffers zo goed mogelijk te helpen. Al gelijk werd onderkend dat vaccinatie een cruciale maatregel was. 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.

Nadat de пандеміе officieel als beëindigd werd verklaard, was duidelijk dat H1N1 een milde griep was geweest, die zelfs minder slachtoffers had geëist dan de gebruikelijke seizoensgriep<sup>1</sup>. Terugkijkend op de griep пандеміе heeft dit bij publiek, politiek en wetenschap<sup>2</sup> de vraag opgeroepen naar het 'waarom' van de ingezette maatregelen, internationaal en in Nederland in het bijzonder. Waarom is tot deze maatregelen besloten? Was dat allemaal wel nodig? Deze evaluatie kijkt daarom naar de besluitvorming die voorafging aan de maatregelen: hoe verliep die en op welke gronden zijn besluiten genomen?

### 1.2 Evalueren om te leren

In het najaar van 2010 heeft het ministerie van VWS Berenschot de opdracht gegeven uitvoering te geven aan een 'brede (proces)evaluatie zodat inzicht wordt gecreëerd in het functioneren van de bestuurlijke keten in algemene zin'. Daarbij wordt in het bijzonder gekeken naar de besluitvorming rond een aantal thema's.

De geschiedenis laat zien dat het (laten) uitvoeren van een evaluatie een zeker risico in zich draagt, vanwege ogenschijnlijk voorspelbare uitkomsten. Immers, de 'gemakkelijke waarheid' is om achteraf te constateren dat de nationale crisisbeheersing rondom de Nieuwe Influenza A (H1N1) niet adequaat is geweest, omdat gebleken zou zijn dat de getroffen maatregelen niet noodzakelijk waren. Deze redeneringswijze is zeer gebruikelijk, vooral bij situaties waar achteraf blijkt dat *eerder*

---

<sup>1</sup> Deze vergelijking wordt dikwijls gemaakt, maar is niet geheel terecht. Het probleem met het vergelijken van de aantallen is dat harde data ontbreken en dat de gegevens niet goed vergelijkbaar zijn. Zo sterven normaliter veel mensen met een onderliggend lijden (mede) als gevolg van griep zonder dat dit geregistreerd wordt. Tijdens de 2009 uitbraak werden alle patiënten in ziekenhuizen met griepverschijnselen gediagnosticeerd en geregistreerd en daarmee geteld. Dat het aantal slachtoffers van H1N1 in 2009 lager was dan gebruikelijk, staat in de wetenschappelijke literatuur niet ter discussie.

<sup>2</sup> Zie bijvoorbeeld de special issue 'Terugblik пандеміе 2009-2010' van het Geneesmiddelenbulletin uit november 2010.

maatregelen getroffen hadden kunnen worden. Vaak wordt dit in evaluaties gebruikt als basis voor de conclusie dat er 'te weinig' of 'te langzaam' maatregelen zijn getroffen. In onze evaluatie willen wij deze 'gemakkelijke waarheid' niet voetstoots aannemen.

Een ander bekend gezichtspunt bij evaluaties is dat de overheid als een 'probleem van de vele handen' wordt beschouwd – en daarmee niet zichtbaar en dus onvoldoende. Dat dit als een probleem wordt beschouwd, is begrijpelijk vanuit het perspectief van buitenstaanders: voor hen is het vaak moeilijk om na te gaan wie, in welke mate verantwoordelijk kan worden gehouden voor het optreden van een publieke instelling. De realiteit is dat het optreden van een organisatie vaak een optelsom is van tal van deelhandelingen. Er is nu eenmaal niemand te vinden die zelfstandig en eigenhandig het beleid van de organisatie heeft vastgesteld en uitgevoerd.

Gegeven het bovenstaande probeert deze evaluatie de dieper liggende redenen te vinden waarom 'het gegaan is zoals het is gegaan' en welke deelactoren binnen de overheid er op welke wijze aan hebben bijgedragen. Het doel van de evaluatie is daarvan te leren zonder in de verwijtende modus te schieten. In het verlengde van de opstelling 'evalueren om te leren' hebben wij het onderzoek gericht op het verzamelen van de *best practices* en het vaststellen van de *verbeterpunten*.

### 1.3 Afbakening en opbouw

Een belangrijke afbakening van de evaluatie is dat wij ons richten op de crisisbeheersing op nationaal niveau. Dat wil zeggen dat we kijken naar de 'nationale crisisbesluitvorming'. Deze evaluatie is daarmee niet gericht op de daadwerkelijke uitvoering van de maatregelen waartoe besloten is, zoals de uitvoering van vaccinatie door huisartsen, de regionale GGD –in samenwerking met de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie (SNPG) en Regionaal Coördinatie Programma van het RIVM (RCP). Eveneens is deze evaluatie geen wetenschappelijke second opinion op inschattingen door infectieziektedeskundigen, hoewel de vertaling van deze inschattingen naar adviezen ten behoeve van de nationale besluitvorming vanzelfsprekend wel onderwerp van onderzoek is.

De evaluatie is als volgt opgebouwd: nadat wij in dit hoofdstuk een toelichting op de onderzoeksmethodiek gegeven hebben, vatten wij in hoofdstuk 2 de belangrijkste gebeurtenissen samen.

De daaropvolgende hoofdstukken bevatten een uitgebreid feitenrelaas van de nationale besluitvorming per thema, inclusief een analyse. Deze feiten zijn geordend naar de volgende thema's:

- Voorbereiding op de griep пандemie.
- Opschaling bij de griep пандemie.
- Voorkomen verspreiden *in* Nederland.
- Voorkomen verspreiden *naar* Nederland.
- Antivirale middelen.

- Vaccinatiebeleid.
- Continuïteit.
- Communicatie.
- Intensive care capaciteit.

Tot slot vatten wij het rapport samen in het laatste hoofdstuk: daarin geven we de belangrijkste gebeurtenissen een plek, trekken een aantal conclusies en duiden de leerpunten.

In de rapportage maken wij gebruik van kaderteksten die ofwel ter illustratie dienen (en zodoende stellingnames in de tekst met voorbeelden illustreren) ofwel aspecten verdiepen (en zodoende een korte blik bieden op aspecten van de H1N1-bestrijding die een diepere studie vergen en buiten de scope van deze evaluatie vallen).

Gedurende het onderzoek hebben respondenten ons een aantal interessante leerpunten omtrent de uitvoering meegegeven, die niet altijd passen binnen de evaluatieopdracht en afbakening. Om deze niet verloren te laten gaan, hebben wij deze leerpunten bij wijze van bloemlezing verzameld in een bijlage.

Tussen de griepandemie 2009 en het uitkomen van het rapport is een aantal naamgevingen veranderd, bijvoorbeeld van departementen en interdepartementale crisisteam. Wij hebben de oorspronkelijke naamgeving gehanteerd in de feitenrelazen en analyses. Bij de leerpunten hebben we de actuele naamgeving gebruikt.

## **1.4 Onderzoeksverantwoording**

Deze paragraaf bevat een toelichting op de uitvoering van de evaluatie naar de aanpak rond de Nieuwe Influenza A (H1N1). De thema's die vanuit de opdrachtgever bij opdrachtverlening zijn meegegeven, staan daarin centraal.

Bij de evaluatie is onderzoek gedaan vanuit een multi-actorperspectief. Bovendien is nadrukkelijk aandacht geschonken aan de context van de te onderzoeken casus. We zien drie soorten context:

- De juridische context (wet- en regelgeving).
- De maatschappelijke context (percepties bij bevolking en media).
- De tijdcontext (noodzakelijke snelheid van besluitvorming).

### ***Procesmodel crisisbesluitvorming (FABCM) en onderzoeksvragen***

Op basis van het vooronderzoek hebben we een procesmodel voor crisisbesluitvorming uitgewerkt, FABCM. Hierbij sluiten we aan bij de reguliere terminologie van crisisbeheersing. Wij gaan uit van de volgende te onderzoeken fasen:

- *Factfinding*. Onder factfinding verstaan we de systematische verzameling van informatie over de crisissituatie. Factfinding omvat daarmee het infectieziekte-medische begrip 'signalering' en het begrip 'beeldvorming' dat gebruikelijk is in crisismanagement.

- *Advisering.* Advisering refereert in het onderzoek aan het traject waarin deskundigen en adviseurs komen tot een interpretatie van en oordeelsvorming omtrent de (bekende) crisissituatie en tot adviezen voor de bestuurlijke besluitvormers.
- *Besluitvorming.* Besluitvorming gaat over het proces van daadwerkelijke besluitvorming, dus gegeven een feitelijke situatie en afgegeven adviezen.
- *Communicatie van besluiten.* Bij (interne en externe) communicatie gaat het om de communicatie van besluiten naar betrokken partijen, bijvoorbeeld burgers en bedrijven. De focus ligt op de (besluitvorming over de) gehanteerde communicatiestrategie (duiden, informeren, schade beperken) en de ingezette communicatiemiddelen.
- *Monitoring van uitvoering en gevolgen van besluiten.* Wat de monitoring betreft kijken we, daar waar de (decentrale) uitvoering zelf geen onderwerp is van deze evaluatie, wel nadrukkelijk naar de wijze waarop de uitvoering is gemonitord en hoe deze gegevens weer onderdeel zijn geworden voor een nieuwe fase van factfinding.

We hebben de doelstelling van de evaluatie - het verzamelen van de *best practices* en het vaststellen van de verbeterpunten - vertaald naar twee onderzoeksvragen. Ten eerste: wat ging er goed en moet behouden blijven? En ten tweede: wat kan beter en wat zijn leerpunten voor de toekomst? Beide centrale vragen operationaliseren we per FABCM-stap als volgt:

- Wat is het beschreven kader (wettelijke regels, plannen en procedures)?
- Hoe werkt het in de reguliere praktijk?
- Hoe werkte het bij de aanpak rond de Nieuwe Influenza A (H1N1)?
- Wat zijn de leerpunten en *best practices* volgens respondenten?

## **Indeling evaluatie**

De evaluatie kende de volgende driedeling:

- *Beschreven, gebruikelijke en daadwerkelijke gang van zaken.* Vooral op basis van deskresearch (harde feiten) en groepsessies (om een afgestemd beeld te krijgen van de feitelijke samenwerking en coördinatie) is een feitenrelaas geconstrueerd. Een actoranalyse maakt deel uit van deze eerste fase van het onderzoek.
- *Percepties.* Op basis van voornamelijk interviews en groepsessies hebben we de waardering van feiten (inclusief leerpunten en *best practices*) door verschillende actoren beschreven. Deze percepties liepen uiteen.
- *Analyse.* De eigen van en gemobiliseerde expertise door Berenschot wordt gebruikt om de feiten en percepties *blame free* te duiden en tot realistische aanbevelingen te komen. In de analyse worden drie 'werkelijkheden' met elkaar geconfronteerd: de beschreven gang van zaken, de gebruikelijke gang van zaken en de werkelijke gang van zaken tijdens H1N1.

## ***Beschreven, gebruikelijke en daadwerkelijke gang van zaken***

De beschreven gang van zaken heeft betrekking op het beleidsperspectief. Op basis van onder meer wet- en regelgeving, protocollen en leerstof wordt de 'theoretische werkelijkheid' beschreven. Belangrijk onderdeel van het eerste deel van het onderzoek is het vaststellen van de formeel verantwoordelijke partijen en de functieverwachtingen per actor zoals deze beschreven zijn in de wetgeving en protocollen.

De gebruikelijke gang van zaken verbreedt het 'leren door evaluatie' door secundaire analyses uit te voeren naar eerdere uitbraken van vergelijkbare (dreigende) epidemieën. Aan de hand van diverse evaluatierapporten wordt toegelicht of in de evaluaties gemeenschappelijke bevindingen zijn te constateren.

De feitelijke gang van zaken brengen we in kaart door middel van een analyse van de werkelijk betrokken actoren en een reconstructie van de besluitvorming (feitenrelaas).

- De actoranalyse is erop gericht om inzicht te creëren in de actoren die betrokken zijn geweest bij de eerder gepresenteerde besluiten op nationaal niveau.
- Voornamelijk op basis van een documentstudie worden de besluitvormingsprocessen rondom de benoemde besluiten gereconstrueerd. In deze fase wordt in het bijzonder aandacht geschonken aan de context waarin de besluitvormingsprocessen zijn vormgegeven. Zo wordt bijvoorbeeld duidelijk welke rol de tijdsdruk heeft gespeeld bij het nemen van specifieke besluiten.

Wat de communicatie betreft kijken wij alleen naar het effect ervan voor zover er materiaal beschikbaar is waarop wij een secundaire analyse kunnen uitvoeren (zoals op de tweewekelijkse Risico- en Crisisbarometer van het NCC). Wij zullen met andere woorden geen eigen effectonderzoek doen naar de communicatie, mede gezien de tijd die al verstreken is.

## ***Percepties***

Percepties zijn in kaart gebracht aan de hand van diepte-interviews en groepsbijeenkomsten. Het uitgangspunt van de gesprekken was het voeren van een open conversatie waarbij inhoudelijk wordt ingegaan op de gang van zaken tijdens de H1N1. Om sociaal wenselijke reconstructies tot een minimum te beperken is voorafgaande aan de interviews expliciet aan gegeven dat *blame free* wordt gerapporteerd. Daarmee dient uitgesloten te worden dat citaten zijn terug te voeren op specifieke respondenten. Er zijn ruim 25 interviews afgenomen.

Naast individuele interviews zijn vijf groepsbijeenkomsten georganiseerd. Het doel van de groepsbijeenkomsten was om direct betrokken functionarissen van de verschillende organisaties in discussie het eigen functioneren (en dat van anderen) te laten evalueren aan de hand van geformuleerde leerpunten. Bij dit 'leren van evalueren' hanteerden we een thematische vorm, waarbij telkens enkele specifieke aspecten door een selecte groep deelnemers werd besproken.

Hierna volgen de onderwerpen van de bijeenkomsten:

- Bijeenkomst 1: Oordeelsvorming en beeldvorming van besluiten exclusief vaccinatie.
- Bijeenkomst 2: Oordeelsvorming en beeldvorming van besluiten rond vaccinatie.
- Bijeenkomst 3: Oordeelsvorming, besluitvorming en monitoring.
- Bijeenkomst 4: Crisiscommunicatie.
- Bijeenkomst 5: Beelden uit de uitvoerende praktijk.

Bij bijeenkomst 1 is de internationale expert Sandra Quinn betrokken ten behoeve van een externe, wetenschappelijk gefundeerde input in de discussies.

Conform het onderzoeksvoorstel is in de *analyse* de eigen en gemobiliseerde expertise gebruikt om, aan de hand van het besluitvormingsmodel FABCM, de feiten en percepties *blame free* te duiden en tot realistische aanbevelingen te komen.

### **Beschikbare documentatie**

Bij de onderzoeken hebben we zo veel mogelijk gebruik gemaakt van de beschikbare documentatie. Informatie die niet openbaar was, is grotendeels door het ministerie van VWS beschikbaar gesteld. Tot sommige ambtelijke stukken hebben wij geen toegang gehad, zoals de verslagen van het Outbreak Management Team (OMT) en het Ministerieel Beleidsteam (MBT). Als basis voor het eerste feitenrelaas is gebruik gemaakt van een feitenrelaas dat door het RIVM is opgesteld. Waar mogelijk is verwezen naar originele bronnen. Bij sommige feiten hanteren wij een verwijzing naar het feitenrelaas van het RIVM, omdat wij dat voldoende valide achten.

### **Begeleidingscommissie en klankbordgroepen**

Voor het onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld met als leden: de heer R. Beuse (voorzitter), de heer H. Paul, de heer M. Boereboom en mevrouw N. Burgers (secretaris, projectleider VWS). De begeleidingscommissie is vier maal bijeengekomen:

- 1<sup>ste</sup> bijeenkomst: presentatie plan van aanpak op 11 oktober 2010.
- 2<sup>de</sup> bijeenkomst: presentatie tussenresultaten op 23 november 2010.
- 3<sup>de</sup> bijeenkomst: bespreken conceptrapport op 25 januari 2011.
- 4<sup>e</sup> bijeenkomst: bespreken eindconcept op 22 februari 2011

Voor het onderzoek heeft de opdrachtgever een tweetal klankbordgroepen ingesteld, waarin onder andere de opdrachtformulering is besproken. De Klankbordgroep Zorg werd gevormd door vertegenwoordigers van organisaties die ook vertegenwoordigd waren in de voormalige stuurgroep Landelijk Draaiboek Vaccinatie: RIVM (en meer specifiek Clb, NVI en CvB), BOZ, LHV, VHN, NHG, GHOR-NL, GGD-NL, Lareb, Boaborea, VNG, IGZ (zie voor de afkortingen de bijlage). De Klankbordgroep Interdepartementaal bestond uit vertegenwoordigers van de ministeries van AZ,

# Berenschot

voormalig BZK (tegenwoordig Veiligheid en Justitie), SZW, Financiën, voormalig V&W (tegenwoordig Infrastructuur en Milieu), BuZa, Defensie.

Tijdens de volgende bijeenkomsten van de klankbordgroepen zijn conceptversies van het rapport besproken:

- Bijeenkomst Klankbordgroep Zorg: presentatie eerste observaties op 18 november 2010.
- Bijeenkomst Klankbordgroep Zorg: bespreken conceptrapport op 20 januari 2011.
- Bijeenkomst Klankbordgroep Interdepartementaal: bespreken conceptrapport 20 januari 2011.

# Berenschot



## 2. De belangrijkste gebeurtenissen

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de belangrijkste gebeurtenissen. Een uitgebreide beschrijving van de gebeurtenissen (feitenrelaas) treft u in de volgende hoofdstukken. Omdat wij in dit hoofdstuk een selectie maken van de voor onze analyse belangrijkste feiten, is enige overlap met de volgende hoofdstukken onvermijdelijk. In die hoofdstukken vermelden we omwille van de leesbaarheid relevante feiten opnieuw. Deze samenvatting hebben wij opgeknipt in de volgende tijdvakken.

- Ontdekking Nieuwe Influenza A (H1N1): maart - 24 april 2009
- Eerste dreigende week: 24 april - 1 mei 2009
- Een voorjaar met zorgen: 1 mei - 19 juni 2009
- Rustige zomer: 19 juni - medio augustus 2009
- Hectisch najaar: medio augustus - eind 2009

Per tijdvak gaan wij in op de verschillende thema's. De thema's komen overigens niet in alle tijdvakken aan de orde: in sommige tijdvakken speelde er meer dan in andere. Voor de volledigheid noemen wij hieronder nogmaals de thema's waar deze evaluatie op is gericht:

- Voorkomen verspreiden *in* Nederland
  - maatregelen gericht op het individu
  - A-ziekte en meldingsplicht
  - schoolsluiting.
- Voorkomen verspreiden *naar* Nederland
  - advies voor reizigers naar Mexico
  - maatregelen Schiphol.
- Antivirale middelen.
- Vaccinatiebeleid.
- Continuïteit.
- Communicatie.
- Intensive care capaciteit.

## 2.2 De ontdekking van Nieuwe Influenza A (H1N1): maart - 24 april

De Nieuwe Influenza A (H1N1) bestond al zeker anderhalve maand voordat dit in Nederland bekend werd. Achteraf kan men constateren dat vanaf maart de Mexicaanse griep (formeel Nieuwe Influenza A (H1N1), wij spreken kortweg van H1N1) zich als 'griep' heeft ontwikkeld in Mexico.

Op 15 april werd het nieuwe virus 'toevallig' ontdekt toen een monster van een zieke 10-jarige jongen werd onderzocht als onderdeel van een op dat moment lopend onderzoek – dat verder losstond van de griep in het bijzonder<sup>3</sup>. Uit het onderzoek bleek dat de jongen een 'novel influenza A (H1N1) virus of swine origin' droeg. Kort daarna werd ook een monster van een ziek meisje onderzocht in het kader van een influenza-surveillance, waar hetzelfde nieuwe virus werd vastgesteld. Het type van het virus, geïsoleerd uit het monster van het 9-jarige meisje, was vergelijkbaar met het virus dat geïsoleerd was uit het monster van het 10-jarige jongetje.

Op 17 april 2009 rapporteerde het CDC, het instituut voor volksgezondheid in de Verenigde Staten, dat de monsters onderzocht, de twee gevallen aan de WHO, conform de Internationale Health Regulations (IHR). De World Health Organisation verspreidde deze rapportage. Op 23 april 2009 werden in Nederland bij het Centrum voor Infectieziektebestrijding<sup>4</sup> deze eerste signalen besproken in het signaleringsoverleg<sup>5</sup>. Vanaf dat moment werden de internationale ontwikkelingen ten aanzien van de Nieuwe Influenza A (H1N1) intensief gevolgd via websites van het ECDC, WHO en CDC.

Op 24 april 2009 meldde de WHO dat er patiënten waren gediagnosticeerd met het Nieuwe Influenza A (H1N1)-virus in Mexico en de VS. Schattingen van het aantal mogelijke besmettingen in Mexico met het nieuwe virus varieerden op dat moment van 800 tot meer dan 1.000 en er zouden 62 doden zijn gevallen ten gevolge van het Nieuwe Influenza A (H1N1)-virus.

## 2.3 De eerste dreigende week: 24 april - 1 mei

Na 24 april 2009 leek het of het lang gevreesde doemscenario van een nieuwe 'Spaanse griep' – geboren op Mexicaans grondgebied – werkelijkheid was geworden. Op grond van de eerste

---

<sup>3</sup> Enkele respondenten geven aan dat met de reguliere notificatiestructuren het doorgaans meer tijd vraagt om een nieuw griepvirus op te merken en dat de ontdekking van het nieuwe H1N1-virus in 2009 daarmee relatief vroegtijdig is geweest door de 'toevallige ontdekkingen'.

<sup>4</sup> Voor een uitgebreide beschrijving van de crisisbeheersingsstructuren, waar het Clb onderdeel van was, verwijzen wij u naar de hoofdstukken over de voorbereiding op de grieppandemie en de opschaling bij de grieppandemie.

<sup>5</sup> Binnen het Clb vindt wekelijks een signaleringsoverleg plaats. Dit overleg heeft als doel acute bedreigingen voor de volksgezondheid door infectieziekten te signaleren, te beoordelen en te melden aan betrokkenen. Diverse surveillancebronnen worden voorafgaand aan het overleg geraadpleegd. Het overleg resulteert in een verslag dat diezelfde dag per e-mail wordt verzonden naar direct betrokkenen in de infectieziektebestrijding in Nederland.

Mexicaanse cijfers die door de WHO werden gehanteerd (62 doden op 800-1.000 besmettingen), leek de 'H1N1 nieuwe stijl' de mortaliteit van een ziekte als SARS te koppelen aan de besmettelijkheid van een gewone griep. Na enige dagen bleek de uitbraak op vele plekken voet aan de grond gekregen te hebben of te krijgen. Met name in buurland de VS nam het aantal signaleringen sterk toe. Met deze toename ontstond er ook een beter inzicht in de ernst van H1N1. Deze bleek buiten Mexico vooralsnog niet tot dodelijke slachtoffers te leiden. Binnen een week werden de eerste patiënten in Europa gesignaleerd, op dat moment allen reizigers vanuit Mexico of de VS. In Nederland werd de eerste besmetting op 30 april 2009 gemeld.

## ***Voorkomen van verspreiding in en naar Nederland***

### *Maatregelen gericht op het individu*

Op 24 april werden professionals in de medische zorg door het CIB geadviseerd om het draaiboek 'Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland' te hanteren. Dit draaiboek is gericht op professionals en beschrijft maatregelen die *geadviseerd* worden richting patiënten, gezonde huisgenoten en contacten in de WHO-fasen 4 en 5 van een uitbraak van een nieuw influenzavirus. In fase 4 en 5 is sprake van mens-op-mensbesmetting, maar is nog geen sprake van een pandemie, dat wil zeggen van een wereldwijde verspreiding<sup>6</sup>. De beschreven maatregelen gaan uit van het kunnen beheersen, in de zin van *containment*, van de griep<sup>7</sup>.

- Professionals krijgen advies over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen bij patiëntcontact en richtlijnen voor bemonstering van patiënten en hun contacten zodat deze geanalyseerd kunnen worden.
- Voor patiënten wordt uitgegaan van thuisisolatie (indien hun medische toestand dat toelaat), waarbij niet wordt ingegaan op het vrijwillige of verplichte karakter daarvan. Er wordt onder meer geadviseerd om zo veel mogelijk in één kamer te verblijven en het contact met huisgenoten tot een minimum te beperken.
- Antivirale middelen worden gebruikt voor de contacten van de patiënten.
- Er wordt gewezen op het belang van algemene hygiënemaatregelen zoals handen wassen en het hoesten/niezen in een zakdoek of de eigen elleboog.

Deze maatregelen worden ook genoemd in de expert opinion van het ECDC op 25 april. Met andere woorden, Nederland handelde conform deze expert opinion.

---

<sup>6</sup> Zie voor een nadere toelichting op het begrip pandemie hoofdstuk 12, 'Het geheel overziend'.

<sup>7</sup> Voor een toelichting op de bestrijdingsstrategie (waaronder *containment*) verwijzen wij naar hoofdstuk 7, 'Antivirale middelen' en hoofdstuk 12, 'Het geheel overziend'.

## *A-ziekte en meldingsplicht*

Eén van de instrumenten die ingezet werd om de verspreiding van het virus te voorkomen, was de meldingsplicht voor artsen wanneer zij een geval van H1N1 vermoedden. In het BAO van 29 april werd het advies van het OMT besproken. Het OMT had het BAO geadviseerd om het nieuwe virus als zogenaamde B1-ziekte aan te merken, zodat H1N1 meldingsplichtig werd. Mocht de ziekte uit de hand lopen en er verdergaande *verplichte* maatregelen (zoals het sluiten van gebouwen) noodzakelijk worden, kon deze altijd nog naar een A-ziekte worden overgezet. Op advies van de deelnemers van VWS besloot het BAO echter om de minister te adviseren nieuwe influenza als A-ziekte aan te merken. De overwegingen voor dit advies waren dat deze A-status het mogelijk maakte om, indien nodig, *direct* verplichtende maatregelen te treffen. Het gaf gemeenten in de opinie van het BAO maximale beleidsvrijheid, maar maakte het ook mogelijk dat de minister deze kon indammen. Het BAO adviseerde om alleen te communiceren dat de nieuwe influenza nu meldingsplichtig was, om speculatie over de ernst van de griep te voorkomen.

## *Schoolsluiting*

De eerste discussies over schoolsluiting vonden meteen in de eerste dreigende week plaats. Op 29 april nam het BAO het advies van het OMT 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.

## ***Voorkomen verspreiding naar Nederland***

### *Maatregelen Schiphol*

In het weekeinde werd duidelijk dat de WHO geen reizigersadvies uitbracht.<sup>8</sup> Schiphol laat in de media weten “nog geen verscherpte maatregelen te treffen in verband met de varkensgriep. De Veiligheidsregio Kennemerland en de Airport Medical Services (AMS) zien daar ook nog geen aanleiding toe”. Op maandag 27 april 2009 kondigde de WHO fase 4 af voor H1N1, wat wilde zeggen dat het virus van mens op mens overdraagbaar is. Tevens meldde deze gezondheidsorganisatie meteen dat er sprake was van een uitgebreide verspreiding van het nieuwe virus. Tegelijkertijd raadde zij af om de grenzen te sluiten en restricties op te leggen aan het internationaal reisverkeer. Luchthaven Schiphol en GGD Kennemerland (verantwoordelijk voor de infectieziektebestrijding op Schiphol) besloten na het weekend om reizigers van informatie te voorzien door middel van een brief.

### *Reisadvies Mexico*

Uit het verslag van het IBT op 28 april blijkt dat het ministerie van Buitenlandse Zaken voornemens was om niet-essentiële reizen naar Mexico te ontraden.

---

<sup>8</sup> Transcript of the Press Conference undertaken with Dr Keiji Fukuda, Assistant Director-General ad. Interim for Health Security and Environment World Health Organization, 26 April 2009.

Discussiepunt was het feit dat het griepvirus buiten de gestelde kaders van de terugbetaling vanuit het Garantiefonds viel en claims daarom niet gehonoreerd konden worden. Het ministerie van Buitenlandse Zaken werd in de vergadering geadviseerd om het advies niet uit te brengen. De redenering was dat bij een ontradend reisadvies ook de consequenties helder moeten zijn. Voordat een ontradend reisadvies zou worden afgekondigd, was een bredere afweging nodig.

Dezelfde dag raadde het ministerie van Buitenlandse Zaken 'niet-essentiële reizen' naar Mexico af, in verband met de Nieuwe Influenza A (H1N1)-uitbraak in Mexico. Minister Verhagen stelde aanvullend: "Ik raad iedereen aan om onze reisadviezen goed in de gaten te houden en de informatie op de site van het RIVM en de WHO te volgen." Reizigers die toch naar Mexico reisden, werd geadviseerd de nodige voorzichtigheid te betrachten door:

- contact met mensen met griep te vermijden
- algemene hygiënemaatregelen in acht te nemen
- de lokale situatie en veranderingen in het advies in de gaten te houden
- een arts te raadplegen bij ziekte (koorts van meer dan 38,5°C, etc.).

Op Europees niveau werd tevens gesproken over een Europese advieslijn over de omgang met reizen naar Mexico. Een ingelaste EU-top van ministers van Volksgezondheid op 30 april leidde niet tot overeenstemming over de te nemen maatregelen en in het bijzonder niet tot een Europese advieslijn over de omgang met reizen van en naar Mexico.

### ***Antivirale middelen***

In de eerste overleggen van het VWS-crisisteam BTCB in de dagen na 24 april 2009 werd de stand opgemaakt over de (mogelijke) inzet van antivirale middelen tegen de H1N1-uitbraak: In de huidige fase, WHO fase 4, "zou er bij incidentele gevallen in Nederland, conform de draaiboeken, ringprofylaxe toegepast worden". Dat wil zeggen dat de contacten van patiënten preventief antivirale middelen zouden krijgen<sup>9</sup>. "Wanneer er meer zieken in Nederland zouden komen, is ringprofylaxe niet meer effectief en ook niet meer mogelijk vanwege de uiteindelijk ook beperkte beschikbaarheid van antivirale middelen."

Benadrukt werd dat werd uitgegaan van de draaiboeken van het LCI, dat wil zeggen dat er alleen preventief antivirale middelen werden verstrekt aan contacten van patiënten. Besluiten over de verdeling van antivirale middelen in een situatie dat zij schaars zouden worden, zouden pas worden genomen wanneer de situatie zich voordeed.

---

<sup>9</sup> Voor een toelichting op de bestrijdingsstrategie verwijzen wij naar het hoofdstuk over antivirale middelen en hoofdstuk 12, 'Het geheel overziend'.

## **Vaccinatie**

Nadat de WHO op 24 april 2009 de uitbraak van een nieuw dodelijk H1N1-virus in Mexico bekendmaakte en bleek dat de ziekte niet tot Mexico beperkt zou blijven, speelde bij alle betrokkenen onmiddellijk de gedachte dat er zo snel mogelijk vaccins moesten komen. Dit was conform de voorbereiding, waar vaccinatie (naast de inzet van antivirale middelen) centraal staat, zie bijvoorbeeld het 'Operationeel deeldraaiboek 3. Bestrijding influenzapandemie' uit november 2006.

In het BTCB dat plaatsvond in de ochtend van 29 april, werd besloten tot inzet van de Gezondheidsraad (GR) als adviseur in deze kwestie. Er werd om een spoedadvies gevraagd, hetgeen betekent dat de GR binnen een ruime week, dat wil zeggen begin mei, de minister van een briefadvies zou voorzien.

In de avond van 29 april nam de minister, nadat in kleine kring telefonische afstemming had plaatsgevonden, om 24.00 uur de *principe*beslissing om vaccins te bestellen. Die beslissing werd genomen in overleg met zijn ambtelijke top en afgestemd met de minister van Financiën.

## **Continuïteit**

Nog voordat er sprake was van de H1N1-griepuitbraak, stond het probleem van het garanderen van continuïteit voor vitale diensten op de interdepartementale agenda. Dit volgde uit onderzoek naar risico's voor de nationale veiligheid in 2007 (geëntameerd door het ministerie van BZK). De afgesproken doelstelling was dat 80% van alle belangrijke organisaties, zoals ziekenhuizen, energiebedrijven en overheidsinstanties, een continuïteitsplan zou opstellen dat rekening houdt met een griepandemie. Alle betrokken organisaties waren in maart 2009 door BZK geïnformeerd en ondersteund met een toolbox over de voorbereiding op continuïteit in geval van een griepandemie.

Vanaf de eerste dreigende week was er daarmee veel aandacht voor de continuïteit van belangrijke processen in Nederland bij een uitbraak van het nieuwe virus. Niet in het minst bij de departementen zelf, om de interne organisatie goed voor te bereiden en in het verlengde daarvan vitale private organisaties en andere overheden te informeren en op te roepen hun verantwoordelijkheid te nemen. Onderstreept werd dat er geen eenduidig omslagpunt is te bepalen wanneer de maatregelen uit de beoogde opgestelde continuïteitsplannen in werking moesten worden gesteld. Dat dienden de betrokken organisaties zelf te bepalen.

## **Communicatie**

De ontwikkelingen en discussies rond het inschatten van de ernst van de Nieuwe Influenza A (H1N1) werden weerspiegeld in de nationale media. De eerste drie dagen vanaf 24 april was H1N1 het grootste nieuwsitem. Rapportages over de zware maatregelen die de Mexicaanse overheid nam, werden afgewisseld met observaties van Nederlandse reizigers uit het gebied en voorzien van commentaar van dé, in de perceptie van de media, twee Nederlandse deskundigen op dit terrein: Coutinho van het Clb en Osterhaus van de Erasmus Universiteit. Toen de eerste cijfers uit de VS al in het eerste weekend een mild karakter lieten zien, verminderde de media-aandacht in de loop van de eerste week sterk.

De mededeling van de WHO op 27 april van de faseverhoging naar fase 4 werd bijvoorbeeld door het NOS-achtuurjournaal al nadrukkelijk in de context van 'dodelijke slachtoffers slechts in Mexico, daarbuiten lijkt het mild' gezet. In de eerste dreigende week vonden twee persconferenties van minister Klink plaats: op 29 april en 30 april (toen de eerste Nederlandse besmetting werd geconstateerd).

Binnen de verschillende advies- en besluitvormende gremia werd vanaf de eerste dreigende week met regelmaat gesproken over de maatschappelijke perceptie van de aard en bestrijding van H1N1. De communicatiestrategie is vanaf het begin dual, namelijk om open te zijn over de gevaren van H1N1 en om 'het vertrouwen te behouden in de overheid'.

## **2.4 Een voorjaar met zorgen: 1 mei - 19 juni**

### ***Voorkomen verspreiding in en naar Nederland***

#### *Maatregelen gericht op het individu*

In het voorjaar werd gediscussieerd over de zin en onzin van mond- en neusmaskers. Ook op Europees niveau had dit onderwerp de aandacht. Op 19 mei publiceerde het ECDC een set documenten met haar expert opinion richting lidstaten en bevolking over het voorkomen van de (verdere) verspreiding van de nieuwe Influenza A (H1N1). Dit gebeurde met nadruk in een situatie van een nog gering aantal patiënten. Het ECDC concludeerde dat er geen bewezen effect is maar dat desalniettemin mensen toch voor mond- en neusmaskers kunnen kiezen, met name wanneer zij in direct contact komen met patiënten of zelf patiënt zijn. Het Nederlandse beleid ten aanzien van de mond- en neusmaskers was in lijn met de expert opinion van het ECDC.

Over de hygiënemaatregelen in het algemeen werden begin mei voor het brede publiek advertenties in Nederlandse kranten geplaatst. Daarin werd voor vragen verwezen naar [www.postbus51.nl](http://www.postbus51.nl) of telefoonnummer 0800-1351. Eveneens werd begin mei de folder 'griepPandemie' verstuurd, gericht op huisartsen en ziekenhuizen. De inhoudelijke boodschap was op dat moment dat bij een vermoeden van besmetting telefonisch contact moest worden opgenomen met de huisarts. Verder werd er op algemene hygiënemaatregelen gewezen.

#### *A-ziekte*

In het voorjaar nam het aantal patiënten heel langzaam toe. Er werd nagedacht over het moment waarop het virus als A-ziekte zou moeten worden afgeschaald. Eind mei (27 mei) en medio juni (19 juni) werd het onderwerp besproken in het BTB. Vanuit het Clb werd de verwachting geuit dat "over enige tijd niet meer bij iedereen diagnostiek zal worden gedaan. Op dat moment moet de Nieuwe Influenza A (H1N1) uit Groep A (meldingsplicht) gehaald worden". Enige voorbereidingen om de ziekte uit de A-status te halen, werden in gang gezet, maar een besluit daarover wordt in het voorjaar niet genomen.

## *Schoolsluiting*

Ten aanzien van het sluiten van scholen kwam het onderwerp in het voorjaar met enige regelmaat terug op de agenda. Medio juni (15 juni) adviseerde het CIB de GGD'en om bij scholen alert te zijn op een afwijkend aantal leerlingen met koorts en luchtweginfectie.

In het IBT (16 juni) besloot men dat de sluiting van scholen alleen kon als er sprake was van een voor de volksgezondheid ernstig dreigende situatie. Op 17 juni stelde het BTCB daarop vast dat ondanks een aantal meldingen van besmettingen geen aanleiding bestond om sluiting te overwegen.

## ***Voorkomen verspreiden naar Nederland***

### *Maatregelen Schiphol*

Vanaf 1 mei voerde GGD Kennemerland contactonderzoek uit. Dat betekende dat als een reiziger uit een bepaald vliegtuig griep kreeg, de GGD contact zocht met medepassagiers (degenen die mogelijk risico liepen op besmetting). Deze medepassagiers kregen in dat geval antivirale middelen. De overige passagiers die in het vliegtuig zaten, werden per brief door GGD Kennemerland geïnformeerd. Dit contactonderzoek was mogelijk door medewerking van Airport Medical Services, KLM Health Services, de Schiphol Group en de vliegtuigmaatschappijen.

In het BTCB werd vanaf begin mei gesproken over de houdbaarheid van de maatregel om contacten van besmette personen op te sporen (4/6 mei, 18 mei, 20 mei, 12 juni, 15 juni). Het is immers "niet houdbaar als niet alleen passagiers uit vliegtuigen uit Mexico maar ook uit de VS getraceerd moeten worden". Daarom werd later besloten om de maatregel "te continueren voor reizen afkomstig uit Mexico, maar niet uit andere landen onder meer vanwege de praktische uitvoerbaarheid ervan (uit de VS zijn er 250.000 passagiers per maand) en omdat de griep 'mild' is".

Later in het voorjaar stelde men vast dat "het opsporen veel energie [kost] en het is de vraag of het voldoende oplevert in de huidige situatie". Tot slot werd geconstateerd dat het voorkomen van verspreiden "op Schiphol een steeds minder belangrijke rol speelt, omdat verspreiding nu vooral binnen Nederland en binnen Europa plaatsvindt en dat daarom contactonderzoek niet meer zinvol is".

In het begin van het voorjaar kregen reizigers uit Mexico op Schiphol informatie aangeboden over de griep, maar reizigers uit andere landen nog niet. Vanaf 19 juni 2009 werden de nieuwe posters/billboard zichtbaar en kwamen flyers beschikbaar voor *alle* reizigers die op Schiphol binnenkwamen. Reizigers werden geattendeerd op de kenmerken van een Nieuwe Influenza A (H1N1)-infectie en hun werd geadviseerd om het hotel te vragen naar medische hulp in de omgeving bij symptomen. Nederlandse reizigers werd geadviseerd contact op te nemen met de huisarts.



## *Reisadvies Mexico*

Het reisadvies waarmee niet-essentiële reizen werden ontraden, werd op 9 juni door het ministerie van BuZa opgeheven. De advisering aan reizigers uit Mexico om waakzaam te zijn, bleef van kracht.

## **Antivirale middelen**

In het voorjaar speelde rond de antivirale middelen de discussie over 'prioritaire groepen'. Bijvoorbeeld naar aanleiding van geruchten in de media over een prioritaire lijst voor de profylactische verstrekking van antivirale middelen.

Of het initiatief van het IBT om inzicht te creëren in welke groepen zorg-/hulpverleners, maar ook douane-, ambassadepersoneel, KMar, Defensie enzovoorts, eventueel in aanmerking kwamen voor profylactisch gebruik van antivirale middelen. Ook zorgden de in het buitenland aanwezige Nederlanders voor keuzes.

Medio mei (11 mei) werd - parallel aan de discussie over de maatregelen op Schiphol en het reisadvies rond Mexico - in het BTCB de vraag gesteld "of antivirale middelen nog wel voor iedereen beschikbaar moesten komen, omdat de huidige griep vrij mild was zodat de meeste mensen ook zonder zouden genezen". Het Clb vroeg of de GR hierover kon adviseren. Het Clb achtte het (eigen) OMT hier onvoldoende voor geëquipeerd. Een besluit werd nog niet genomen. Begin juni (8 juni) kwam opnieuw aan de orde "tot wanneer de huidige benadering van alle contactopsporing en profylaxeverstrekking gehandhaafd moest en kon worden". VWS gaf aan dat "stoppen of wijzigen van contactopsporing en voorschrijven van antivirale middelen flinke beleidswijzigingen waren die ook om overleg met de minister vroegen". Een besluit werd nog niet genomen.

## **Vaccinatie**

Op 8 mei werd een spoedadvies van de GR gepubliceerd ('briefadvies Vaccinatie tegen Mexicaanse griep'). Daarin werden twee beleidsopties beschreven als antwoord op de vraag of het raadzaam is om – op basis van de huidige epidemiologische stand van zaken – in te zetten op ontwikkeling/aanschaf van een vaccin geproduceerd op basis van het Mexicaanse griepvirus:

- 1) Afwachtend beleid, totdat meer bekend is over het risico dat het Mexicaanse griepvirus aan de basis staat van een pandemie.
- 2) Nu al inzetten op aanschaf van een vaccin gericht tegen het virus.

De GR adviseerde om indien besloten werd tot vaccinatie allereerst de medische risicogroepen te vaccineren en daarnaast alle gezondheidswerkers met direct patiëntencontact. Dit voor het geval zich onverhoopt de situatie mocht voordoen dat er onvoldoende vaccin was voor de gehele bevolking,

Uit het GR-advies blijkt dat "er nog veel onbekend is maar dat vanuit het voorzorgsprincipe geredeneerd de Nederlandse overheid zou moeten zorgen voor vaccin. Het is naar de mening van de GR echter een bestuurlijke afweging van een gezondheidsrisico tegenover een financieel risico".

Mede naar aanleiding van het advies van de GR adviseerde het BTCB op 11 mei het vaccin te bestellen en twee fabrikanten (mocht de één productieproblemen hebben, dan kon de ander leveren) in te schakelen. Op 18 juni besloot de minister 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. De Tweede Kamer werd diezelfde dag per brief ingelicht.

In het IBT van 13 mei werd onderkend dat de twee groepen die de GR aanmerkte als prioritair, een “onmogelijk” grote groep vormden. Het was de betrokkenen duidelijk dat er een meer operationeel advies noodzakelijk was. Gedurende de maanden juni en juli werd er daarom gewerkt aan een nieuw advies door GR en Clb samen. Hiervoor werd onder andere een modelmatige analyse van vaccinatiestrategieën opgesteld.

## **Communicatie**

VWS trof de maatregelen die eind april waren afgesproken: er werden folders verspreid en advertenties in landelijke dagbladen geplaatst. Op 1 mei 2009 was de verspreiding van 2 miljoen griepandemiefolders onder GGD-en, apothekers, huisartsen en ziekenhuizen ingezet. In diverse landelijke dagbladen stonden op 4 mei advertenties over de griep. De advertenties verwezen naar de Postbus 51-informatielijn en de Q&A's op [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl). Ze bevatten nog geen handelingsperspectief voor de burger. Ook verschenen op 4 mei folders voor het algemeen publiek.

Daarna werd het rustiger op het gebied van communicatie: de frequentie van de Risico- en Crisisbarometer ging omlaag, Postbus 51 sloot in het weekend en wijzigde haar nummer.

Op 11 juni werd fase 6 afgekondigd door de WHO. Vanaf dat moment stond de organisatie van de communicatie in het teken van de vraag: wel/niet de draaiboeken volgen en wat betekent dat voor de opschaling naar het NCC? Een opschaling naar fase 6 leek immers tegenstrijdig, gezien de feitelijke situatie in Nederland (maar één persoon besmet, geen mortaliteit) en het rustige mediabeeld. Er werd niet voor opschaling van het NVC (Nationaal Voorlichtingscentrum) gekozen.

Aan het eind van de periode was er veel aandacht voor de afweging van minister Klink omtrent de doelgroepen die al dan niet gevaccineerd moesten worden. Het mediabeeld was in deze periode rustig, met feitelijke berichtgeving en aandacht voor de wereldwijde ontwikkeling van de griep. Vrijwel alle media berichtten vooral feitelijk en meestal op de binnenpagina's over de ontwikkeling van de griep in het buitenland, de getroffen maatregelen, nieuwe besmettingsgevallen en over de quarantaine van Nederlanders in Hong Kong.

## **2.5 Rustige zomer: 19 juni - medio augustus**

### ***Voorkomen verspreiding in Nederland***

#### *A-ziekte en meldingsplicht*

In het IBT van 26 juni werd gemeld dat er in Nederland op dat moment 118 geïnfecteerden waren geweest.

Ongeveer de helft van de hen was besmet in Nederland. Gedurende de zomer nam dat aantal langzamerhand toe. Voor alle duidelijkheid: het aantal patiënten bleef ver verwijderd van de norm die gehanteerd wordt om van een epidemie te spreken.

Eind juni stond het bestrijdingsbeleid op de agenda. Het OMT adviseerde hierover de BAO-vergadering van 22 juni. Tot op dat moment werd het beleid gekenmerkt door een individuele meldingsplicht, diagnostiek en behandeling van cases. Er was echter niet aangetoond, zoals ook werd aangegeven in het ECDC 'Interim Guidance' van 6 juni, dat *containment* effect heeft als er al sprake is van grootschalige verspreiding in de wereld. Onderkend werd dat voortzetting van het beleid een forse inzet van GGD'en en het Clb vroeg, terwijl vraagtekens geplaatst werden bij de effectiviteit en de werkbelasting, en het draagvlak niet erg groot leek. Desondanks stelde het OMT dat aanpassing van de meldingsplicht nog niet aan de orde was. Het OMT meldde wel dat er geen wetenschappelijke onderbouwing was voor deze maatregelen, maar dat het OMT ze toch als een pragmatische oplossing beschouwde om de piek zo lang mogelijk uit te stellen. Het BAO nam dit advies over, maar voegde er in zijn advies aan de minister aan toe dat als één of meer GGD'en het beleid niet langer capacitair zouden kunnen continueren, er een landelijk omslagpunt zou komen (ten behoeve van eenheid van beleid).

Twee weken later (6 augustus) adviseerde het OMT opnieuw het BAO. Ditmaal hield het advies een beleidswijziging in, namelijk om alleen de door een laboratorium bevestigde infecties met H1N1 bij patiënten die opgenomen en/of overleden waren, meldingsplichtig te maken. Het BAO nam het advies over en voegde eraan toe dat er ook een meldingsplicht was voor patiënten die buiten een ziekenhuis kwamen te overlijden.

### *Schoolsluiting*

Ook in de zomer speelde de discussie rond de schoolsluiting een rol in de verschillende vergaderingen. Het OMT adviseerde het BAO om een nadere epidemiologische en maatschappelijke studie uit te laten voeren. Het BAO nam dit advies op 23 juni over. Op 24 juni maakte het ACO vervolgens ter vergadering een eerste inventarisatie van maatschappelijke effecten van een sluiting (van 14 dagen) van scholen en bereidde een advies aan het IBT voor om de opdracht te geven dit verder uit te werken. Het daaropvolgende IBT besluit conform dit advies: nu geen schoolsluiting, maar wel een onderzoek naar kosten en baten van een schoolsluiting in het najaar.

Ook op Europees niveau boog men zich over de problematiek van schoolsluiting. Op 23 juli publiceerde het ECDC een advies over het sluiten van scholen.

De inhoud was dat het concept (schoolsluiting) wetenschappelijk omstreden was, maar dat theoretisch wel enig effect verwacht zou mogen worden in vertraging. Tevens moest schoolsluiting afgewogen worden met andere belangen.<sup>10</sup>

In de zomer (6 augustus) adviseerde het OMT het BAO dat er epidemiologische argumenten waren om scholen proactief te sluiten, maar dat dit zeer grote logistieke consequenties zou hebben die het OMT niet kon overzien. Het OMT adviseerde daarom voorsnog niet tot sluiting over te gaan. Het BAO nam dit advies over in zijn advies aan de minister van VWS.

Op 13 augustus (een dag later verstuurd naar de ambtelijke top van VWS) verscheen de epidemiologische notitie over het effect van schoolsluiting van het CIB.<sup>11</sup> Er werd vastgesteld dat theoretisch gesproken schoolsluiting twee weken vóór de piek tot betere spreiding van de belasting van de zorg zou leiden en daardoor een absolute vermindering van ziekenhuisopnamen (en daarmee weer van sterfgevallen).

### ***Antivirale middelen***

Zoals al gesteld adviseerde het OMT het BAO van 23 juni over de vraag of, kijkende naar de huidige situatie en het milde ziektebeeld, het nog wenselijk en haalbaar was om alle huidige ingezette maatregelen voort te zetten. Het OMT gaf aan dat het doel van de maatregelen moest zijn er alles aan te doen om de piek uit te stellen. Specifiek met betrekking tot het gebruik van antivirale middelen werd voorgesteld om:

- a) nieuwe potentiële gevallen te blijven bemonsteren en Oseltamivir te verstrekken
- b) huisgenoten van bewezen positieve patiënten te informeren en zodra klachten ontstaan direct Oseltamivir voor te schrijven. Voor overige contacten zoals vliegtuig-, werk- of schoolcontacten gelden geen maatregelen meer.
- c) contacten niet meer bemonsteren. Dit lijkt een kleine wijziging, maar is in de praktijk wel een grote wijziging als het gaat om inzet van capaciteit. Voorheen werden contacten wel bemonsterd, dit heeft positieven opgeleverd, echter niet in grote aantallen
- d) Zanamivir te reserveren voor het geval er resistentie tegen Oseltamivir ontstaat en “dat is op dit moment niet aan de orde”.

Tevens adviseerde het OMT om antivirale middelen (nogmaals) te ontraden als middel tot profylaxe in het kader van continuïteitsvoorbereiding - zowel vanuit epidemiologisch als uit medisch perspectief (voor inzet langer dan 6 weken is het middel niet geregistreerd).

---

<sup>10</sup> De opmerking van het ECDC dat schoolsluiting zou kunnen bijdragen aan delaying is opvallend omdat het ECDC eerder op 6 juni betoogde dat delaying niet mogelijk was.

<sup>11</sup> De vraag is 27 juli aan het RIVM gesteld.

Begin augustus adviseerde het OMT het BAO (van 6 augustus) een wijziging in het beleid, namelijk een andere bestrijdingsstrategie. De afgelopen maanden was door de overheid uitgedragen [dat] “er Tamiflu [is] voor iedereen die ziek wordt”. Het OMT adviseerde nu behandeling op indicatie, waarbij “de arts uiteraard de autonomie houdt om op medisch inzicht daarvan af te wijken”. Reden voor deze verandering was het feit dat het virus milder was dan aangenomen bij eerdere (beleids)plannen. Het OMT achtte het niet wenselijk om individuele bijwerkingen van neuraminidaseremmers te riskeren voor een dergelijk mild virus. De voorzitter van het BAO besloot dat het advies van het OMT werd gezien als een technisch advies waarover geen ministerieel besluit nodig was. De voorzitter verzocht daarom het CIB in de voorlichting expliciet uit te dragen dat profylactisch gebruik van antivirale middelen echt niet nodig is.

## **Vaccinatie**

In het IBT van 26 juni werd besloten dat VWS in samenwerking met alle betrokkenen, waaronder BZK (NCC/LOCC), een vaccinatieplan met bijbehorend communicatieplan zou opstellen.

Er werd een stuurgroep samengesteld vanuit het ministerie van VWS, NVI, CIB, CvB, LHV, VHN, SNPG, NHG, GGD-NL, Lareb, Boaborea en GHOR-NL. Deze had als formele taak om de minister van VWS inhoudelijk te adviseren aangaande de uitvoering van de vaccinatie. Vanaf 15 juli 2009 kwam daarnaast wekelijks een coördinerend actieteam bijeen. Dit actieteam hield zich onder andere bezig met de voorbereidingen van een eventuele massavaccinatiecampaagne voor de hele Nederlandse bevolking (dit zou niet nodig blijken).

Op 17 augustus 2009 overhandigden het CIB en de GR het door VWS gevraagde gezamenlijke advies ‘Vaccinatie tegen pandemische influenza A/H1N1 2009: doelgroepen en prioritering’ aan de minister van VWS. Dit advies vormde de neerslag van een op 10 augustus 2009 gehouden deskundigenberaad. Het beraad beval vaccinatie aan van de volgende (risico)groepen:

- “Personen met een medisch risico conform de indicatie voor de jaarlijkse seizoensgriepvaccinatie, en alle gezonde 60-plussers.
- Zwangere vrouwen uit een medische risicogroep, maar dan alleen tijdens het tweede en derde trimester van de zwangerschap. Voor zwangere vrouwen die niet tot een medische risicogroep horen, bevelen de deskundigen geen vaccinatie aan.
- Gezondheidszorgpersoneel met mogelijk direct contact met patiënten uit de eerder gedefinieerde medische risicogroepen.
- Gezinsleden en mantelzorgers van mensen met een zeer hoog risico op ernstige ziekte en sterfte door griep.

De deskundigen raden op dit moment algehele vaccinatie van de Nederlandse bevolking niet aan.”

Het advies kwam derhalve niet met een prioritering ten aanzien van de onderscheiden risicogroepen. Die prioritering was noodzakelijk omdat naar verwachting niet alle benodigde vaccins tegelijkertijd ter beschikking zouden komen.

De te vaccineren groep was uitsluitend vastgesteld op medische gronden en betrof 5 à 6 miljoen personen. De minister van VWS meldde op 18 augustus dat het kabinet het advies overnam.

Binnen VWS werd in overleg tussen VWS-beleidsadviseurs, ambtelijke top en de minister het advies geoperationaliseerd tot een echte prioritering:

1. Mensen met gezondheidsrisico's conform GR-advies.
2. Gezonde 60-plussers.
3. Overige welomschreven prioritaire groepen in de gezondheidszorg.

### ***Continuïteit***

Vrijwel alle media berichtten op 15 juli over de brief van de ministers Ter Horst en Klink met het kabinetsadvies aan werkgeversorganisaties en bedrijven over de griep. Het was volgens de ministers van belang dat bedrijven en instellingen voorbereidingen troffen om de continuïteit in de bedrijfsvoering te kunnen blijven garanderen. Tips voor werkgevers hiertoe stonden op de sites van BZK en VWS. Werknemers die besmet zijn, moeten thuisblijven en een huisarts bellen, aldus het advies. De huisarts bepaalt in overleg met de GGD of onderzoek nodig is. De bewindslieden benadrukten verder dat mensen diverse hygiënemaatregelen kunnen treffen. De overheid zal geen mondkapjes aanschaffen.

Waar het gaat om specifieke continuïteitsvoorbereiding in de medische zorg, lag de discussie ingewikkelder. In reactie op een brief van 16 juli richting het "brede veld van zorg (van grote instellingen tot kleine individuele praktijken)", waarin werd opgeroepen om met spoed – dat wil zeggen vóór september vanwege de verwachte piek in oktober – een continuïteitsplan op orde te hebben, ontstond een hardnekkige financiële discussie met de zorginstellingen. Deze ging bijvoorbeeld over financiële risico's voor zorgaanbieders door vraaguitval (zieke patiënten), kostenverhoging (vervangend personeel) en productieverlies.

### ***Communicatie***

Wat de communicatie betreft begon de zomer met de aanschaf van de vaccins door minister Klink en alle publiciteit die daarmee gemoeid was. De zomer verliep rustig en stond in het teken van de voorbereiding van de vaccinatiecampagne in het najaar en de geplande publiekscampagne eind augustus. De media-aandacht nam echter aan het einde van juli sterk toe en daarmee ook de kritiek op de maatregelen die de overheid nam c.q. de zichtbaarheid van de overheid. Er zou volgens de media dringend behoefte zijn aan publieksinformatie. De Risico- en Crisisbarometer bevestigde dat beeld. Al op 17 juli bleek uit de webmonitor dat het publiek [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl) niet kent.

Tot medio augustus was Coutinho hét gezicht van de griep. VWS gaf aan dat het goed zou zijn als de minister ook meer in beeld kwam. Dit werd door de BTCB gesteund. In de tweede helft van augustus zou hij in beeld moeten brengen dat de overheid een samenhangend pakket maatregelen voorbereidt. Er werd gepleit voor een statement van de minister van VWS om heel helder uit te leggen aan iedereen welke stappen de overheid neemt. VWS gaf aan dat dit ging gebeuren.

BZK organiseerde in deze periode vijf bovenregionale informatiebijeenkomsten voor bestuurders en leiders van de operationele hulpdiensten van de veiligheidsregio's.

Vanaf 30 juli was er een nieuw speciaal telefoonnummer (0800-1100) voor alle publieksvragen rondom de Nieuwe Influenza A (H1N1)-griep pandemie. Dit nummer was onderdeel van Postbus 51, het algemene nummer (0800-8051) bleef ook beschikbaar. Het nummer werd gecommuniceerd door het CIB en VWS via inf@ct, de website van het RIVM en de website van het ministerie van VWS. Er werd voor bedrijven bij Postbus 51 een 0800-nummer opengesteld.

Zorgpartijen (LHV, KNMP, VHN, NHG en GHOR-NL) stuurden op 5 augustus een brief aan VWS. In de brief over de publiekscommunicatie gaven zij aan dat zij tijdens een overleg op 4 augustus over de continuïteit van de eerstelijnszorg gezamenlijk hebben geconstateerd dat de publiekscommunicatie onvoldoende was. Er kwamen onnodig veel vragen af op huisartsen, huisartsenposten en apotheken. De organisaties verzochten VWS de publiekscommunicatie nu te intensiveren en niet te wachten tot half augustus.

In augustus verschenen dagelijks meerdere berichten in de media, soms prominent, maar meestal rustig en feitelijk. De media-aandacht was in de zomer verschoven van de gebeurtenissen in het buitenland naar de gebeurtenissen in het binnenland. Daarbij werd steeds meer kritiek geuit op het uitblijven van overheidsvoorlichting.

Een interview met minister Klink bij de Tros en de NOS over het vaccin voor alle Nederlanders werd maar mondjesmaat opgepikt. In de media-analyse van het NCC werd geconcludeerd dat het RIVM en Osterhaus het meest in beeld waren in de media, en minister Klink maar in mindere mate.

Twee weken eerder dan gepland, op 19 augustus, startte de landelijke publiekscampagne 'Grip op griep' voor het publiek. VWS bracht een persbericht uit over de start van de campagne. De campagne bestond uit: een huis-aan-huis brochure (vanaf 24-8), een website (vanaf 19-8), advertenties, online bannering (vanaf 24-8), radiospotjes (19-8 t/m 27-9), tv-spotjes, Q&A's, posters (vanaf 19-8), toiletreclame, freecards, callcenter 0800-1100 voor publiek en bedrijven. Ook startte op deze dag de campagne 'Grip op griep' voor professionals met een speciale themawebsite via het Clb.

In het ACO van 21 augustus gaf VWS een overzicht van de organisatie en uitvoering van de communicatie bij de griep pandemie. De basis van de communicatiestrategie was 1) tijdig, open en eenduidig communiceren over de situatie en 2) bieden van een handelingsperspectief en het vergroten van de zelfredzaamheid. De strategie bestond uit drie elementen: duiden, informeren en schade beperken/handelingsperspectief bieden. De doelstellingen van de strategie waren het beperken van schade voor mens en maatschappij en vertrouwen in de overheid borgen. De basis van de kernboodschap was: we zijn rustig maar alert. Bij de publiekscampagne werd dit: 'voorkomen, herkennen, genezen'.

### **IC-capaciteit**

Naar aanleiding van vragen van diverse ziekenhuizen werd het onderwerp IC-capaciteit eind juni (26 juni) in het BTCB besproken. Geconstateerd werd dat er geen inzicht was in de benodigde IC-

capaciteit op het hoogtepunt van de epidemie. Daarop gingen modellers van het Clb aan de slag om een inschatting te maken van het aantal benodigde IC-bedden bij een piek van de pandemie. Voordat de bevindingen besproken werden, liet het Clb zijn bevindingen zekerheidshalve toetsen door een aantal intensivisten van de NVIC.

Ondertussen was de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) gevraagd om een plan te maken voor de triage en verdeling van patiënten over ziekenhuizen in het geval van schaarste.

De bevindingen van het Clb werden eind juli in de vorm van een notitie aangeboden aan het ministerie van VWS, de betrokken beroepsgroepen, de NVZ en de NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra). In de notitie *Vraag naar ziekenhuisbedden en bedden op de intensive care tijdens de piek van een influenzapandemie* van 23 juli 2009 gaven de modellers aan dat er een gerede kans bestond dat er zonder controlemaatregelen (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.

Betrokken zorgpartijen (GHOR-NL, NVZ, NFU, NVK, NVIC, IGZ en VWS) bespraken de notitie eveneens, in samenhang met de *Leidraad voor infectieziektenpreventie in ziekenhuizen bij een pandemie met H1N1* van de commissie-Kluytmans<sup>12</sup>. In het overleg werd VWS verzocht om duidelijkheid te scheppen over de financiële consequenties van het eventueel afbouwen van electieve zorg.

Op 14 september zond de NVIC een brief aan VWS met de door NVIC opgestelde 'Richtlijn voor volwassenen Intensive Care afdelingen Influenza pandemie'. In de brief gaf de NVIC aan dat zij er groot belang aan hechtte dat dit protocol bekrachtigd werd door VWS en/of IGZ. Dit onder meer omdat de NVIC vond dat de eindverantwoordelijkheid voor het vaststellen van een dergelijke richtlijn bij de overheid diende te liggen.

In het BTCB van 6 oktober 2009 werd besloten de minister door middel van een brief te informeren over de IC-capaciteit. De brief van 20 oktober 2009 meldde dat in de voorbereiding op de griepandemie gebleken was dat een aantal "onaantrekkelijke besluitvormingsmomenten" nog niet duidelijk belegd waren. De minister van VWS werd in de brief gevraagd een aantal besluiten te nemen zodat er helderheid over komt.

---

<sup>12</sup> Deze leidraad beschrijft aan de hand van verschillende fasen (groen, oranje en rood) in hoeverre de electieve zorg afgebouwd moet worden. Het doel van deze lijst is om de beslissingen over het afbouwen van de electieve zorg te kunnen onderbouwen en daarmee acceptabeler te maken voor de patiënten.



## 2.6 Hectisch najaar: medio augustus - eind 2009

### *Voorkomen verspreiding in Nederland*

#### *Maatregelen gericht op het individu*

Medio augustus begon de publiekscampagne Grip op Griep van het ministerie van VWS. Op de bijbehorende website [www.grieppandemie.nl](http://www.grieppandemie.nl) kon publiek terecht voor vragen omtrent 'voorkomen, herkennen, genezen' van de Nieuwe Influenza A (H1N1). Vanaf 19 augustus 2009 begonnen de radiospotjes ('hoesten/niezen in papieren zakdoekje en was je handen' en 'griepig en koorts: blijf thuis'). En vanaf 24 augustus werd de publieksfolder huis-aan-huis verspreid.

Na de zomer werden alleen nog individuele maatregelen aanbevolen om de verspreiding te voorkomen. In dit kader werden ten behoeve van de professionals in oktober en november door verschillende brancheverenigingen informatie van het CIB en richtlijnen verspreid in het kader van het voorkomen van verdere verspreiding (hygiënemaatregelen) van de griep.

#### *Schoolsluiting*

Aan het einde van de zomer werd in interdepartementaal verband (ACO en IBT 25 augustus) opnieuw vastgesteld dat er op dat moment geen reden was de scholen te sluiten en dat gelet op het verloop van de pandemie er geen reden lijkt om op enig moment scholen te sluiten.

Mutatie van het virus in het najaar kon echter niet worden uitgesloten; daarom bleef het volgens het IBT zinvol door te gaan met de inventarisatie. Feitelijk is het proces van het komen tot de notitie met de integrale afweging over schoolsluiting op dat moment gestopt.<sup>13</sup>

Op 11 september verstuurde het ministerie van BZK als slotakkoord van de discussie over schoolsluiting een bestuurlijke brief aan de commissarissen van de koningin, de burgemeesters van de vier grote steden plus Haarlemmermeer en de autoriteiten van Curaçao en Aruba. Over sluiting van scholen werd vermeld dat de ernst en de verspreiding van het huidige virus niet rechtvaardigden dat scholen gesloten werden en 'afgeraden' werd dit – zonder overleg met het ministerie van VWS – op eigen initiatief te doen.

#### **Vaccinatie**

Op 15 september was het 'Landelijk Draaiboek vaccinatie Nieuwe Influenza A (H1N1)', met het bijbehorende operationele bijlagenboek beschikbaar. Daarin was de complete logistieke uitvoering van de vaccinatiecampagne beschreven op operationeel niveau.

---

<sup>13</sup> In reactie op de conceptrapportages wordt gemeld dat het CPB op verzoek van het IBT een vertrouwelijke notitie heeft geschreven, gedateerd 9 september 2009. De onderzoekers hebben deze notitie niet ontvangen en geen informatie aangetroffen waaruit blijkt dat de notitie besproken is.

In meerdere IBT's werd in augustus en september gesproken over de vraag of er aanvullend aan de risicogroepen vaccinatie moest plaatsvinden voor bijvoorbeeld werknemers in vitale sectoren. De uitkomst van het IBT van 23 september was dat geadviseerd werd om de vaccinatie te beperken tot het advies van de GR<sup>14</sup>: alleen de medisch geïndiceerde risicogroepen.

In week 42 leverde het NVI de benodigde spuiten aan de huisartsen en zorginstellingen. In week 44 (26 oktober 2009 – 1 november 2009) werd de eerste batch van ongeveer 4 miljoen H1N1 vaccins door de vaccinfabrikant geleverd aan het NVI. In dezelfde week ontvingen de huisartsen en zorginstellingen een bevestiging van het NVI van hun vaccinbestelling. In week 45 (2 november 2009 – 8 november 2009) werd het H1N1-vaccin door het NVI geleverd aan de huisartsen. De eerste vaccinatieronde startte uiteindelijk op 2 november 2009 en behelsde de vaccinatie van de medische risico- en beroepsgroepen, die werd uitgevoerd door huisartsen respectievelijk zorginstellingen. In week 46 werd het vaccin geleverd aan zorginstellingen. In het najaar werd tevens de reguliere vaccinatie georganiseerd en uitgevoerd rond de 'gewone' seizoensgriep.

De logistiek rondom de verspreiding en verstrekking/toediening van antivirale middelen en vaccins werd op uitvoerend niveau nauwgezet bijgehouden en via centrale organisaties zoals het NVI en GGD-/GHOR-Nederland geaggregeerd en aangeboden aan het CIB, die VWS van uitvoeringsinformatie voorzag.

Na de start van de vaccinatiecampagne op 2 november 2009 werd als gevolg van het advies van GR en CIB ('Vaccinatie tegen pandemische influenza A/H1N1 2009: doelgroepen en prioritering (3)') van 9 november nog een extra doelgroep toegevoegd, namelijk kinderen van 6 maanden tot en met 4 jaar en huisgenoten van kinderen onder de zes maanden. Een tweede vaccinatieronde startte vanaf 7 december 2009. De kinderen in de leeftijd van 6 maanden tot en met 4 jaar en de huisgenoten van baby's in de leeftijd van 0 tot 6 maanden werden gevaccineerd met het GSK-vaccin. Deze vaccinatie werd uitgevoerd door de GGD-en.

VWS besloot (BTCB van 17 november) dat, gelet op de voortschrijdende tijd en de onmogelijkheid om het logistiek rond te krijgen als weer nieuwe groepen werden toegevoegd, om geen nieuwe groepen meer toe te voegen.

Verslagen en respondenten wijzen op de zeer goed verlopen logistieke uitvoering van de vaccinatiecampagne.

### **Continuïteit**

Eind augustus (21 augustus) stelde het IBT vast geen continuïteitsproblemen meer te verwachten gezien het relatief lage aantal zieken.

---

<sup>14</sup> Op 17 september hebben GR en CIB een nieuw gezamenlijk advies van gelijke strekking als het advies uit augustus uitgebracht.

Uit onderzoek van IGZ en IJZ bleek dat medio september 80% van de onderzochte organisaties een continuïteitsplan gereed had, waarbij het percentage hoger lag voor ziekenhuizen en grote instellingen.

In het najaar kwam het onderwerp continuïteit kort aan de orde in het IBT (12 november), waar gemeld werd dat er op dat moment geen signalen van discontinuïteit in de samenleving waren.

## **Communicatie**

Het einde van de zomer stond in het teken van de uitrol van de publiekscampagne: advertenties, nieuwe websites, radio- en tv-spots, folders en posters werden ingezet.

Vroeg in het najaar was er in de media veel aandacht voor de vermeende belangenverstremming van Osterhaus. Daarna ontstond vanaf eind oktober, begin november steeds meer aandacht in de media voor de toenemende verspreiding van de griep en griepdoden. Daarbij werd gemeld dat er sprake was van groeiende onrust onder de bevolking en een toenemende behoefte aan informatie. Het plotselinge overlijden van een kind zorgde in november voor een omslag in de publieke opinie van 'overdreven' naar 'waar blijft het vaccin'.

Begin november nam de hoeveelheid berichten toe en was de berichtgeving prominenter; de focus lag op jongeren en griepdoden (inclusief de cijfers van het CIB). Diverse media (ANP, Volkskrant, RTL Nieuws, GPD, Telegraaf) constateerden een groeiende onrust onder de bevolking en behoefte aan informatie. Klink en Coutinho waren beiden uitgebreid en prominent aan het woord met interviews en woordvoering. Klink meldde in diverse interviews met het NOS Journaal, RTL nieuws, ANP, Radio 1 en de Telegraaf dat hij de GR om advies had gevraagd over een mogelijke uitbreiding van de groepen die in aanmerking komen voor vaccinatie. Half november kwam de GR met een aanvullend advies over de vaccinatie tegen de griep, ook hier was veel aandacht voor in de media. Op 3 november werd de campagne Grip op Griep voortgezet: spotjes op tv en advertenties in kranten en dagbladen. Postbus 51 was weer open in het weekend.

Het publieksnummer kreeg 13.700 telefoontjes in de eerste week van november. De berichtgeving van 16 november ging over de (weerlegging van) 'indianenverhalen', op internet was er veel ruimte voor diverse deskundigen die in de media een toelichting gaven. In de berichtgeving was er steun ('weerleggen complottheorieën') voor én kritiek ('incestueus clubje') op de overheidscommunicatie. Alle media gingen uitgebreid, prominent en feitelijk in op het aanvullende advies van de Gezondheidsraad aan minister Klink over vaccinatie tegen de Mexicaanse griep.

Eind november besteedde de media uitgebreid aandacht aan de vaccinatie in reportages en vooruitblikken. De teneur was: de massale operatie verloopt soepel. Daarbij was vooral aandacht voor de schaal van de operatie ('grootschalig', 'massaal', 'militaire operatie') en de bijbehorende uitleg van de GGD.

De persbriefing van 4 december bij het CIB stond in het teken van het belang van het halen van de tweede prik. Op 9 december werd hiertoe nog een advertentie gezet als reminder voor de tweede prikronde. Het belang van die tweede prik werd nog extra benadrukt voor alle campagnes (zowel jeugd, risicogroepen als gezondheidswerkers).

## ***IC-capaciteit***

De NVIC reageerde op 11 november 2009 met een brief waarin de NVIC toelichtte dat zij van mening was dat triage van IC-patiënten pas diende te worden toegepast wanneer er een landelijk capaciteitstekort van IC's zou ontstaan. Derhalve stelde de NVIC dat de landelijke afkondiging van een IC-tekort onder de ministeriële verantwoordelijkheid valt en niet overgelaten kan worden aan professionals.

Tijdens een *overleg beddencoördinatie en triage* (15 december) met betrokken zorgpartijen werd vastgesteld dat de IGZ de richtlijn als professionele standaard beschouwt, maar dat het activeren van de richtlijn niet door de minister zal geschieden.

## **2.7 Einde pandemie: december 2009 - augustus 2010**

Op 24 december meldde het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) dat de epidemie van de Mexicaanse griep voorbij was. Het aantal mensen met griep daalde tot onder de 51 per 100.000 inwoners. In augustus 2010 verklaarde de WHO dat er geen sprake meer was van een pandemie: "The world is no longer in phase 6 of influenza pandemic alert". In Nederland kostte de griep aan ruim zestig mensen het leven. Wereldwijd eiste de griep circa 18.000 levens.

## 3. Voorbereidingen op een griep пандemie: 1995-2009

### 3.1 Infectieziekten- en crisisstructuren

De uitbraak van H1N1 kwam niet als een donderslag bij heldere hemel: het risico op een uitbraak van een nieuw gevaarlijk pandemisch influenza virus was al lang bekend. Zowel in Nederland als in de rest van de wereld heeft er daarom al langer voorbereiding plaatsgevonden op een dergelijke uitbraak. Deze voorbereiding lag in het verlengde van enerzijds de voorbereiding op uitbraken van infectieziekten en anderzijds de generieke voorbereiding op nationale crisisbeheersing.

Naast de ervaringen eind vorig eeuw met de vogelgriep en de Nationale Risicobeoordeling menen respondenten dat de voorbereiding op een griep пандemie in een versnelling is gekomen nadat antivirale middelen verkrijgbaar werden. Zoals enkele respondenten stelden is 'de griep pas een echt probleem geworden nadat Tamiflu beschikbaar kwam'. Respondenten geven hiermee blijk van het algemeen gegeven dat het in handen hebben van 'een oplossing' ervoor zorgt dat het bijbehorende 'probleem' (dat weliswaar sinds jaar en dag aanwezig was) duidelijker afgebakend wordt. Zowel voor de farmaceutische industrie als overheid was dat een prikkel om, ieder vanuit eigen motief, de voorbereiding concreter vorm te geven.

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op de crisisstructuur rond infectieziektebestrijding en de planvorming.

#### ***Internationaal (WHO en IHR)***

De specifieke voorbereiding op een пандemie van een nieuw griepvirus is gebaseerd op richtlijnen die in WHO-verband door medische experts zijn opgesteld. Deze richtlijnen zijn, net als alle aanbevelingen van de WHO, niet bindend. Afgezien van de aspecten van individuele hygiëne ter voorkoming van verspreiding en medische bescherming van professionals, kenmerken de WHO richtlijnen zich in onze analyse door een hoge mate van abstractie en uitgaande van alleen een ideaaltypisch volksgezondheidsbelang. Kenmerkend hiervoor is dat in de laatste revisie uit 2009<sup>15</sup> (voor de H1N1-uitbraak) de mate van ernst verdwenen is uit het 5-fasenmodel dat de verspreiding van een nieuw virus beschrijft en waaraan als dominante nieuwe bestrijdingsmaatregelen het gebruik van antivirale middelen en vaccinatie zijn gekoppeld.

Belangrijk draaiboek is het draaiboek IHR, International Health Regulations /Internationale Gezondheidsregeling (infectieziekten gerelateerd aan internationaal vervoer van mensen of goederen) (januari 2009).

---

<sup>15</sup> WHO global influenza preparedness plan, The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. Department of Communicable Disease. Surveillance and Response, Global Influenza Programme. WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5.

## WHO-fasering

Begin 2009 is door de WHO het mechanisme op basis waarvan tot overgang van een WHO-fase naar de volgende wordt besloten gewijzigd.

In de 2005 versie van de WHO-richtlijnen staat dat bij een besluit tot overgang de ernst van de griep wordt meegewogen (zonder verdere operationalisering daarvan): 'The distinction between phase 3, phase 4 and phase 5 is based on an assessment of the risk of a pandemic. Various factors and their relative importance according to current scientific knowledge may be considered. Factors may include rate of transmission, geographical location and spread, *severity of illness*, presence of genes from human strains (if derived from an animal strain), and/or other scientific parameters.'<sup>16</sup>

In de versie van de WHO richtlijnen uit februari 2009 wordt gesteld dat voor overgang (slechts) gekeken wordt naar de (verspreidings)criteria uit de fase-definities.<sup>17</sup>

In de Nederlandse draaiboeken uit de zomer van 2009 was de definitieverandering nog niet verwerkt. Zo staat nog in het Operationeel deeldraaiboek 2 *Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland*: 'Het onderscheid tussen fase 3, 4 en 5 is gebaseerd op de risico-inschatting op het ontstaan van een pandemie. Factoren die hier een relatieve rol in spelen zijn gebaseerd op de huidige wetenschappelijke kennis. Denk hierbij aan het basisreproductiegetal (R0), geoadaptatie aan humane eigenschappen.'

Maar ook in de WHO-draaiboeken wordt de suggestie gewekt dat elke hogere fase een ernstigere is omdat er steeds zwaardere maatregelen worden geadviseerd en nergens wordt gesproken over het feit dat bij een hogere fase –als bijvoorbeeld de letaliteit van een nieuwe griep erg beperkt blijkt te zijn – juist minder of andere maatregelen aan de orde zouden kunnen zijn. Ook in de Nederlandse draaiboeken was dit het geval.<sup>18</sup>

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-fasen. Ook bij de afronding van het rapport worden in reactie op deze alinea door adviseurs andere zienswijze naar

---

<sup>16</sup> WHO Global Influenza Preparedness Plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics, World Health Organization. 2005, p. 6.

<sup>17</sup> Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document, World Health Organization. 2009, p. 26.

<sup>18</sup> In de reactie op het laatste concept van deze evaluatie stelde het Clb dat 'het is logisch 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).'

voren gebracht over de al dan niet aanwezig zijnde definitie van een pandemie in de richtlijnen en plannen van de WHO.

## **Medisch-epidemiologisch**

De structuur van de (generieke) infectieziektebestrijding in Nederland bestaat uit regionale GGD-en die het eerste aanspreek- en meldpunt zijn voor uitbraken van infectieziekten. Het Landelijke Centrum voor Infectieziektebestrijding (Clb) biedt nationale expertise. De Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziekten (LCI) is een onderdeel van het Clb dat bij een uitbraak direct operationeel advies kan bieden.

Bij een ernstiger uitbraak waarbij nationale besluitvorming noodzakelijk is, treedt de zogenaamde OMT/BAO-adviesstructuur in werking om de minister van VWS te adviseren:

- Door het Clb wordt dan een Outbreak Management Team (OMT) bijeengeroepen en voorgezeten. In het OMT komen experts op het terrein van de infectieziektebestrijding bijeen. De adviezen van het OMT worden uitgebracht aan het ministerie van VWS.
- Het ministerie heeft een Bestuurlijk AfstemmingsOverleg (BAO) ingericht ten minste bestaande uit de directeur-generaal Volksgezondheid (vz), de directeur van het Clb en vertegenwoordigers van GGD Nederland, de GHOR-burgemeesters<sup>19</sup>, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Vereniging Nederlandse Gemeenten en betrokken burgemeesters. De taak van het BAO is de adviezen van het Outbreak Management Team (OMT) te 'beoordelen op bestuurlijke haalbaarheid en wenselijkheid'.<sup>20</sup>

In Nederland is de specifieke voorbereiding beschreven in een set van draaiboeken die door het LCI wordt beheerd. Deze draaiboeken zijn in de loop der jaren steeds verder ontwikkeld naar aanleiding van concrete leerervaringen bij uitbraken en dreigingen (zo heeft de combinatie van de meningokokken spoedvaccinatie uit 2002 en de pokkendreiging uit 2002/2003 tot een gedetailleerd draaiboek voor massavaccinatie geleid). Belangrijkste draaiboeken zijn:

- Operationeel modeldraaiboek Influenzapandemie (augustus 2004), met een voorwoord over de drie draaiboeken.
- Operationeel deeldraaiboek 1. Aviaire influenza, gevolgen voor de volksgezondheid (juli 2006), het betreft het draaiboek voor vogelgriep.
- Operationeel deeldraaiboek 2. Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in NL, (maart 2005, herziene versie juni 2009), het betreft een draaiboek voor GGD'en, huisartsen, medisch

---

<sup>19</sup> In praktijk een vertegenwoordiger van GHOR Nederland.

<sup>20</sup> Instellingsbesluit Bestuurlijk afstemmingsoverleg infectieziektebestrijding, 29 november 2004.

- microbiologen en ziekenhuishygiënisten met onder andere procesbeschrijving voor mogelijk besmette patiënt & te treffen maatregelen. Behorende bij WHO fase 4&5.
- Operationeel deeldraaiboek 3. Bestrijding influenzapandemie (november 2006), het betreft een draaiboek voor rampen en infectiebestrijders bij GHOR en GGD'en, behorende bij WHO fase 5.
  - Landelijk draaiboek publiekscommunicatie grieppandemie (maart 2008), het betreft de communicatie van landelijke overheid met het publiek in verschillende fasen van de pandemie.

## **Beleidsdraaiboek**

Het bestaan van het Beleidsdraaiboek Influenzapandemie wordt in verschillende draaiboeken vermeld. Bijvoorbeeld: in alle drie de delen van de Operationele deeldraaiboeken wordt naar het draaiboek verwezen:

“Op advies van het LCI d.d. 14 september 2004 is deze richtlijn aangepast. Het draaiboek komt daardoor niet overeen met de WIP-richtlijn en het Beleidsdraaiboek Influenza.” (Operationeel deeldraaiboek 1)

“Voor de organisatie van de communicatie wordt verwezen naar het beleidsdraaiboek Influenzapandemie” (Operationeel deeldraaiboek 2)

“Dit draaiboek moet worden gelezen als de praktische aanvulling op het landelijk ‘Beleidsdraaiboek influenzapandemie’. (...) De bestuurlijke en de operationele verantwoordelijkheid is beschreven in het beleidsdraaiboek Influenzapandemie. (...) Communicatie volgt de lijn zoals beschreven in het beleidsdraaiboek en krijgt een regionale uitwerking. (...) Presenteer tijdens de startbijeenkomst de kaders van de bestrijding aan de hand van het ‘Beleidsdraaiboek influenzapandemie” (een greep uit citaten uit Operationeel deeldraaiboek 3)

Ook in de departementale draaiboeken (deel I en deel II) en in de lokale plannen voor GGD-en en GHOR-en wordt verwezen naar het Beleidsdraaiboek influenzapandemie. In één van de plannen wordt gesproken over zowel een Beleidsdraaiboek Influenzapandemie/*pokken* als over een Beleidsdraaiboek Influenzapandemie.

Tot slot wordt tijdens de griepuitbraak in de advisering verwezen naar het beleidsdraaiboek. Bijvoorbeeld in de BTCB vergadering van 8 mei 2009. In verband met het beleid rond Nederlanders in het buitenland, en buitenlanders in Nederland wordt een nota aangehaald waarin een aantal beslispunten is genomen ten behoeve van de herziening van het draaiboek.

Desgevraagd geeft VWS aan dat het beleidsdraaiboek wel bestaan heeft maar in onbruik is geraakt, waarbij kennelijk werkende weg relevante informatie opgenomen is in één van de huidige operationele draaiboeken. Het Clb vermoedt dat er sprake is van spraakverwarring: er heeft wel een beleidsdraaiboek voor pokken bestaan, maar nooit één voor een influenzapandemie. Voor de onderzoekers is niet helder geworden of, waar en in welke vorm de informatie uit het kennelijke beleidsdraaiboek nu opgenomen is.



## **Departementaal**

Bij crises die niet in het bijzonder infectieziektebestrijding betreffen (daar is immers een aparte structuur voor), wordt binnen het ministerie van VWS een Beleidsteam Crisisbeheersing (BTCB) samengesteld onder voorzitterschap van een betrokken directeur-generaal die of zelf beslist of de minister adviseert<sup>21</sup>. Belangrijke draaiboeken in dit verband zijn:

- Handboek Crisisbeheersing Deel I, Algemeen (september 2006), het betreft een draaiboek voor het ministerie van VWS intern (wie in welke gremium, tbv's van gremia).
- Handboek Crisisbeheersing Deel II, Bijlagen (september 2006), het betreft een overzicht met beschikbare draaiboeken, GGD'en, centrale posten voor ambulancevervoer, GHOR regio's, interne netwerk van VWS voor Crisisbeheersing en stafeenheden.
- Handboek Crisisbeheersing Deel III, Beknopte Handleiding (september 2006), het betreft een overzicht van crisisbeheersingsorganisatie, de samenstelling en taken van BT en OT van VWS.

## **Nationaal**

De generieke structuur voor nationale crisisbeheersing ziet er op hoofdlijnen als volgt uit: alle departementen zijn verantwoordelijk voor de beheersing van nationale crises binnen hun beleidssector. Afstemming tussen de departementen wordt verkregen door op ambtelijk niveau (Ambtelijk CrisisOverleg, ACO) tot een integraal advies te komen geadresseerd aan de ambtelijke top. In het zogenaamde Interdepartementaal Beleidsteam (IBT) neemt de ambtelijke top of zelf een besluit op basis van het advies of wordt een advies uitgebracht aan de betrokken ministers. De betrokken ministers kunnen in dat geval bijeen komen in een Ministerieel Beleidsteam (MBT).<sup>22</sup>

Belangrijk document in dit verband is het

- Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming (februari 2002, herziende versie november 2009), het betreft een beschrijving van procedures, coördinatie- en besluitvormingsstructuren op rijksniveau.

## **Decentraal**

Voor uitvoerders zoals GGD-en, GHOR-bureaus en gemeenten is het Implementatieplan voor het Operationeel modeldraaiboek Influenzapandemie (oktober 2004) beschikbaar, met hierin een beschrijving bij welke draaiboeken en wat op regionaal/lokaal niveau ingezet moet worden.

---

<sup>21</sup> Alleen het departementale crisisplan van VWS staat hieronder vermeld. Andere (interne) crisisstructuren van andere betrokken actoren anders dan VWS zijn in deze evaluatie niet opgenomen.

<sup>22</sup> Inmiddels zijn de termen ACO, IBT en MBT gewijzigd. In deze rapportage wordt de terminologie uit april 2009 gebruikt.

Voor bedrijven en decentrale overheden zijn, in het kader van continuïteit bij een griep пандemie checklisten en handleidingen beschikbaar:

- Griep пандemie en bedrijfscontinuïteit Checklist bedrijven (november 2007), met hierin een lijst met aandachtspunten.
- Handleiding bedrijfscontinuïteit bij Griep пандemie (maart 2008), met een beschrijving wat bedrijven kunnen doen om continuïteit te organiseren.
- Voorbereid op een griep пандemie! Handleiding continuïteitsmanagement voor decentrale overheden (december 2008) met hierin een beschrijving wat decentrale overheden kunnen doen om continuïteit te organiseren.

Tijdens de uitbraak van de griep is het Landelijk Draaiboek vaccinatie Nieuwe Influenza A (H1N1) plus bijlagenboek (september 2009) tot stand gekomen. Het betreft een overzicht van het gehele vaccinatieproces van 4 onderscheiden doelgroepen: leeftijd, medisch risicogroepen, medische beroepsgroepen en Aruba. Ook distributie, wie vaccineert, een juridisch kader en communicatie worden toegelicht. Het bijlagenboek betreft een overzicht op detailniveau hoe te vaccineren, hoeveel mensen zijn er nodig, uitleg van de wettelijke verantwoordelijkheden, advies over te volgen communicatiecampagnes bij verschillende doelgroepen van vaccinatie, enzovoorts.

### **3.2 Planvorming per besluit**

Zoals in de voorgaande paragraaf blijkt zijn in de voorbereiding op de griepuitbraak diverse draaiboeken opgesteld. In deze paragraaf lopen wij de onderwerpen of besluiten, die centraal staan in deze evaluatie, langs en noemen wij de relevante passages uit de plannen en draaiboeken.

#### ***Voorkomen verspreiding in Nederland***

Het *Operationeel deeldraaiboek 3. Bestrijding influenzapandemie* beschrijft hoe de inzet van antivirale middelen en de vaccinstrategie in werking treden bij een WHO fase 5. In het draaiboek worden de mogelijke gevolgen geschetst:

Als tijdens een пандemie 30% van de bevolking griep krijgt en er geen interventies plaats vinden (antivirale middelen, hygiënische maatregelen) vinden er door griep 10.186 ziekenhuisopnames plaats en sterven 4.040 personen. Hiervan kunnen in het meest gunstige geval 62 van de 100 ziekenhuisopnames en 57 van de 100 sterfgevallen door vaccinatie worden voorkómen (bron scenariostudie RIVM). Deze cijfers zijn illustratief. (...)

Indien het vaccin op tijd beschikbaar is (...), is het mogelijk dit getal naar beneden toe bij te stellen. Hiervoor is griepvaccinatie van de bevolking noodzakelijk. Wanneer ongeveer een kwart van de bevolking (met name de risicogroepen) wordt gevaccineerd, wordt 61% van de ziekenopnames en 56% van de sterfgevallen voorkómen. Het geringe verschil met vaccinatie van de gehele bevolking is te verklaren doordat influenza vooral in de risicogroepen tot ziekenhuisopname en/of sterfte zal leiden. Vaccineren van kinderen in de schoolgaande leeftijd zou zeer effectief zijn. De schoolgaande jeugd vormt door zijn grote mobiliteit en intensieve contacten een belangrijke verspreidingshaard voor influenza. (Long 04)

Het ministerie van VWS heeft een contract afgesloten met een vaccinfabrikant voor de productiecapaciteit van een pandemisch vaccin. (...) Het vroegste moment waarop we in Nederland kunnen beschikken over vaccin is vijf maanden na de start van een pandemie en het beschikbaar hebben van zaaivirus. Een en ander is afhankelijk van de voor de vaccinproductie gebruikte techniek.

De Gezondheidsraad heeft in april 2000 uitgesproken welke groepen patiënten voorrang hebben bij schaarste aan influenzavaccin. (...) De Gezondheidsraad doet geen uitspraak over voorrang voor specifieke maatschappelijke, economische of politieke overwegingen. Wel laat men de mogelijkheid open om beleidsbeslissingen te nemen over de te hanteren vaccinstrategie. Zo zou de regering bij vaccinschaarste en in het begin van de pandemie juist kunnen kiezen voor een doelgroep waar de meeste transmissie van influenza is te verwachten (schoolgaande jeugd) en in eerste instantie niet voor de bescherming op individueel niveau om ziekte te voorkomen.

De volgorde van prioritering bij (schaars) beschikbaar vaccin is als volgt:

- eerste groep: prioritaire groepen met de hoogste urgentie conform advies Gezondheidsraad, met uitzondering van patiënten met furunculose;
- tweede groep: zorgverleners die tijdens een influenzapandemie direct in aanraking komen met potentiële influenzapatiënten (schatting 80.000-160.000 personen);
- derde groep: specifieke pandemische risicogroepen (bijvoorbeeld 0-20 jarigen, jongvolwassenen: 3-4.000.000 personen). Deze groep zal gedeeltelijk overlappend zijn met de urgentieklasse 2-4 van de Gezondheidsraad;
- vierde groep: gezonde volwassenen en kinderen (schatting 8.000.000 personen).

Het draaiboek noemt als één van de acties bij begin en tijdens een influenzapandemie: Sluit scholen, verbied samenkomsten met grote groepen in navolging van landelijke richtlijnen (actor: overheden).

Het sluiten van scholen gedurende het hoogtepunt van de pandemie kan eveneens effectief zijn in het beperken van nieuwe ziektegevallen. Wanneer men te vroeg in de epidemiologische curve scholen sluit, dan is dat minder zinvol door de veel kleinere groep besmettelijke jongeren. Het besluit om scholen te sluiten (...) is afhankelijk van de ernst en de omvang van de pandemie. De eigenschappen van het virus zoals het ziekmakende vermogen en de snelheid waarmee het virus zich verspreid spelen daarin een bepalende rol.

Niet zozeer in verband met scholen, maar wel in verband met de maatregel grotere bijeenkomsten te ontvallen, worden economische gevolgen gemeld:

Aangezien deze maatregelen grote economische en sociale gevolgen hebben dient de afweging op welk moment zij van toepassing zijn, nauwkeurig worden afgewogen. Afhankelijk van de geografische spreiding, waarbij de influenza-activiteit per regio sterk kan verschillen kan het tijdstip van een maatregel dus ook van plaats tot plaats verschillen.

## **Voorkomen verspreiden naar Nederland**

In de onderzochte draaiboeken staan geen aanwijzingen wanneer al dan niet een (bijvoorbeeld waarschuwend of ontradend) reisadvies afgegeven moet worden in verband met containment of mitigation.

Het draaiboek *IHR International Health Regulations/Internationale Gezondheidsregeling (infectieziekten gerelateerd aan internationaal vervoer van mensen of goederen)* beschrijft, op basis van artikel 53 uit de Wet Publieke Gezondheid, wat er moet gebeuren in geval van een directe dreiging van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A. De burgemeester kan dan bepalen welke maatregelen met betrekking tot de toelating of tot de onttrekking aan het vrije verkeer moeten worden genomen wanneer het schip of luchtvaartuig is aangekomen.

In de *Wet Publieke Gezondheid* wordt verder vermeld dat indien er aan boord van een schip of luchtvaartuig mogelijk mensen besmet zijn, de Minister van Verkeer en Waterstaat na overleg met de Minister van VWS bepaalt in welke haven of luchthaven dit dient aan te komen (artikel 52). Aanvullend op het draaiboek van IHR wordt in de *Wet Publieke Gezondheid* vermeld dat bij het toelaten of onttrekken aan het algemene verkeer mensen gescreend kunnen worden. Van de gezagvoerder kan worden verlangd dat deze een overzicht geeft van persoonsgegevens van de passagiers, voor zover beschikbaar. De burgemeester kan de reder opdragen om voorlichting aan passagiers te geven over het nemen van maatregelen ter voorkoming van een infectie (artikel 55).

## **Antivirale middelen**

In het *Operationeel deeldraaiboek 3 Bestrijding influenzapandemie* wordt gemeld dat door de aanschaf en beschikbaarheid van circa vijf miljoen kuren antivirale middelen (neuraminidaseremmers) de Nederlandse overheid de mogelijkheid heeft te interveniëren in een pandemie, ook wanneer er geen pandemisch vaccin beschikbaar is. Verder staat genoemd dat IGZ en VWS samen een richtlijn dienen te formuleren voor de geïndiceerde groepen, voor medische professionals en voor de werkwijze van de distributie via apotheken. Voorts geeft het draaiboek informatie die grotendeels bedoeld is voor (lokale) instellingen en overheden bij de inzet en distributie van antivirale middelen.

## **Vaccinatie**

Het *Operationeel deeldraaiboek 3 Bestrijding influenzapandemie* beschrijft dat bij afkondiging van Fase 1 door de WHO de ziekenhuizen, zorginstellingen, arbodiensten en eerstelijns organisaties de aantallen van de prioritaire groep hulpverleners dienen te inventariseren die, bij het beschikbaar komen van het vaccin, gevaccineerd dienen te worden. Daarnaast dient er eveneens in Fase 1 door werkgevers van ziekenhuizen, zorginstellingen en eerstelijns organisaties een draaiboek gemaakt te worden voor de vaccinatie van hulpverleners. In deze fase dienen ook de GGD en de GHOR het vaccinatieplan 'Pokken' toepasbaar te maken voor massale griepvaccinatie.

## **Landelijk Draaiboek vaccinatie Nieuwe Influenza A (H1N1)**

Ter voorbereiding op de vaccinatiecampagne is vanaf begin juli 2009 gewerkt aan het *Landelijk Draaiboek vaccinatie Nieuwe Influenza A (H1N1)* door een coördinerend actieteam en onder leiding van de stuurgroep (GGD-NL, LHV, SNPG, NVI, NHG, Actiz, NPG, VNG, Lareb, EMC, Boaborea, BZK, IGZ, GHOR-NL, CvB, Clb, RCP). In het draaiboek worden landelijke kaders en uitgangspunten beschreven voor de uitvoering van de vaccinatie van (delen van) de Nederlandse bevolking tegen de H1N1-griep en biedt daarmee tevens richtlijnen en deels al protocollen voor de organisatie en uitvoering. Het draaiboek houdt daarmee het midden tussen een normatief draaiboek (zo zou het moeten), een beschrijving van vaccinatie bij H1N1 (zo is het nu gegaan), en een plan van aanpak in scenario's (als zus gebeurt, gaan we zo doen).

Zo worden de verantwoordelijkheden beschreven van minister van VWS, de burgemeesters coördineren en GGD'en. In voorschrijvende zin geeft het Draaiboek een route mee rond de te vaccineren prioritaire groepen: Bij de eerste levering van het vaccin dient [door de minister] te worden besloten of het nodig is om (delen van) de Nederlandse bevolking te vaccineren. Als dat zo is wordt eerst de beschikbaarheid van het vaccin bepaald en daaraan de risicogroepen (x, y en z) gekoppeld. Als voldoende vaccin beschikbaar is voor de benoemde risicogroepen (x, y en z), dan worden deze conform het van toepassing zijnde scenario gevaccineerd. Als onvoldoende vaccin beschikbaar is om de risicogroepen (x,y en z) direct te vaccineren, worden er prioritaire risicogroepen (x) benoemd. Deze prioritaire risicogroepen (x) worden gevaccineerd, de overige groepen (y en z) komen voor vaccinatie in aanmerking als (opnieuw) vaccin beschikbaar komt.

Over de uitvoering van vaccinaties meldt het draaiboek het volgende: De uitvoering van de vaccinaties wordt ingericht conform de bestaande bestuurlijke structuur. Voor de afbakening van de bestuurlijke structuur wordt geredeneerd dat de voornaamste uitvoerders de huisartsen en de GGD'en/GHOR zijn. Aanvullend op deze uitvoerders zijn de zorginstellingen belast met de verantwoordelijkheid voor het vaccineren van het eigen zorgpersoneel – al dan niet in 'eigen beheer' of uitbesteed aan arbodiensten.

## **Continuïteitsplannen**

In het *Operationeel deeldraaiboek 3 Bestrijding influenzapandemie* staat beschreven dat wanneer de WHO fase 1 afkondigt de GHOR in samenspraak met eerstelijns organisaties en gemeenten een model maakt hoe de eerstelijns zorg georganiseerd moet worden tijdens de pandemie.

Het *Implementatieplan: Operationeel modeldraaiboek Influenzapandemie* beschrijft de inzet van zorgmeldpunten en het opstellen van een regionaal continueringsplan in 2004 door de GHOR.

Maatregelen rond continuïteit volgen niet zozeer uit de draaiboeken of crisisplannen die in dit hoofdstuk worden toegelicht. Na onderzoek naar risico's voor de nationale veiligheid in 2007 heeft de overheid gewerkt aan de voorbereiding van vitale sectoren op een mogelijke griepandemie. Doelstelling was dat 80% van alle belangrijke organisaties, zoals ziekenhuizen, energiebedrijven en overheidsinstanties een continuïteitsplan opstellen dat rekening houdt met een griepandemie.

## Communicatie

Voor communicatie geldt het *'Landelijk draaiboek publiekscommunicatie griepPandemie'* d.d. maart 2008. Het draaiboek is opgesteld om, zo staat in het draaiboek, "ten tijde van (dreiging van) een griepPandemie adequaat met het algemene publiek te communiceren en de koepels en veiligheidsregio's een kader te bieden waarbinnen zij de regionale communicatie kunnen vormgeven'. In het draaiboek is vastgelegd hoe de overheid communiceert met het publiek gedurende de verschillende fases van een griepPandemie. Daarbij is ook aandacht voor de andere overheden: hoe hun acties zich verhouden ten opzichte van het landelijke communicatiebeleid en de wijze waarop de regionale draaiboeken in lijn te brengen zijn met de landelijke acties.

In het *'Landelijk draaiboek publiekscommunicatie griepPandemie'* staat de beleving van het publiek centraal, wat betekent dat de inzet van communicatiemiddelen niet parallel hoeft te lopen aan de WHO-fasering en de uitvoering van medisch inhoudelijke maatregelen volgens de beleidsdraaiboeken. De beleving van het Nederlandse publiek bepaalt de communicatieactiviteiten door de overheid. Uitgegaan wordt van 5 fases:

Fase Groen	Passieve communicatie
Fase Geel	Bij weinig onrust is de communicatie passief en informerend, bij toegenomen onrust wordt de communicatie geïntensiveerd. Indien in Nederland sprake is van het dierlijke virus, dan biedt de communicatie ook een handelingsperspectief.
Fase Oranje	De communicatie is gericht op het voorkomen van onrust en het voorkomen van verspreiding van het virus. Er vindt instruerende communicatie plaats om besmettingen te voorkomen en kennisoverdracht om apocalyptische verwachtingen over het verloop van een Pandemie te voorkomen.
Fase Rood	Communicatie is gericht op het geven van actuele informatie. Betrouwbaarheid en transparantie staan centraal. Meer instruerende communicatie zodra de Pandemie hierheen komt. Communicatie vindt in fase Rood plaats vanuit het NVC.
Fase Blauw	Informerende communicatie over de gezondheidsaspecten van een Pandemie en de (sociaaleconomische) gevolgen van de Pandemie

Doelstellingen van communicatie zijn het winnen, vasthouden en herstellen van het vertrouwen van het publiek en het bieden van handelingsperspectief, zodat het publiek vertrouwen krijgt in de eigen invloed op het geheel en gedeelde verantwoordelijkheid accepteert. Daarbij wordt de kanttekening gemaakt dat het winnen of vasthouden van het vertrouwen van het publiek vraagt om transparantie. Dit betekent dat de communicatie openhartig, eenvoudig te begrijpen, volledig en feitelijk correct is. Voorts worden een aantal uitgangspunten en werkwijzen toegelicht ten aanzien van de herkenbaarheid van de communicatie, distributie, doelgroepen en het persprotocol.

De organisatie van de communicatie volgt de bestuurlijke crisisorganisatie, zoals vastgelegd in het *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming*. Dat betekent dat in 'Fase rood' het Nationaal Voorlichtingscentrum wordt opgeschaald. 'Fase rood' treedt, afhankelijk van de beleving van het publiek, in werking bij WHO fase 4, 5 of 6.

## ***IC-capaciteit***

Het *Operationeel deeldraaiboek 3 Bestrijding influenzapandemie* beschrijft dat indien er een tekort ontstaat aan opnameplaatsen (en/of IC-plaatsen) er landelijke opnamecriteria worden geformuleerd door het OMT. Aanscherping van het landelijk te volgen beleid vindt periodiek plaats door het OMT op basis van actuele informatie over het beloop van de pandemie.

# Berenschot



## 4. Opschaling van de crisis(besluitvormings)structuren

De eerste melding die vanuit de WHO binnenkwam op 24 april 2009 en de ogenblikkelijk daaropvolgende media-aandacht leidde tot directe opschaling binnen de Nederlandse overheid. In de interviews die ten behoeve van deze evaluatie zijn gehouden, werd door het overgrote deel van de respondenten gesproken over een beleving die kort kan worden aangeduid als 'nu gebeurt het'; na al die jaren van voorbereiding is er een uitbraak van een nieuw gevaarlijk griepvirus. Sommige operationeel infectieziektedeskundigen uit het LCI uiten op dat moment hun beroepsmatig twijfels bij de cijfers uit relatief onderontwikkelde landen als Mexico. Deze twijfels worden echter niet breed met anderen gedeeld.

### 4.1 Departementaal crisisteam: BTCB

De opschaling van de crisisstructuren bij VWS en interdepartementaal startte op maandag 27 april 2009. Het eerste crisISOVERLEG vond binnen het ministerie van VWS plaats in verband met 'de varkensgriep'. Aanleiding was de mediaberichtgeving en een attendering vanuit het signaleringsoverleg van het Clb. Na het eerste overleg van het crisisteam Varkensgriep, werd besloten de reguliere crisisstructuur van VWS in gang te zetten, dat wil zeggen de voor alle vormen van departementale crises van toepassing zijnde crisisstructuur. In deze reguliere structuur adviseert een departementaal Beleidsteam Crisisbeheersing, (BTCB), de besluitvormers (de directeur-generaal Volksgezondheid en de minister). Dat betekende dat vanaf dat moment de ontwikkelingen rond de 'varkensgriep' in het verband van het BTCB werden besproken. De taakomschrijving van het BTCB kan worden afgeleid uit het Handboek Crisisbeheersing van VWS, waarin gesproken wordt van een beleidsteam (BT) in plaats van een BTCB.

“Het BT/VWS is verantwoordelijk voor de bestuurlijke afweging en de crisisbesluitvorming m.b.t. het nemen van beslissingen en maatregelen die de (mogelijke) gevolgen van een crisis/ramp op het beleidsterrein van VWS, zoveel als mogelijk beperken. Daarnaast is het Beleidsteam bij crises/rampen, waarbij meerdere ministeries zijn betrokken, verantwoordelijk voor het behartigen van die aspecten die vallen binnen het beleidsterrein van VWS.”

In het BTCB waren doorgaans vertegenwoordigd de Directeur-generaal Volksgezondheid of directeur, de beleidsinhoudelijke senior adviseur ten aanzien van infectieziektebestrijding, de crisiscoördinator binnen VWS, vertegenwoordiging van de Inspectie Gezondheidszorg, voorlichting/communicatie. Vanaf woensdag 29 april sloot een vertegenwoordiger van het NCC aan voor het rijksbrede perspectief op de crisis. Een vertegenwoordiger van het Clb sloot (telefonisch) bij de BTCB-vergaderingen aan<sup>23</sup>. Zodoende werd het BTCB gevoed door medisch inhoudelijke en epidemiologische informatie en advisering vanuit het Clb.

---

<sup>23</sup> Vanaf 27 april 2009 vond bij het Clb dagelijks een vergadering van het responsteam plaats. In het responsteam werden de situatie en maatregelen rond de influenzapandemie vanuit

De kern van het BTCB bestond door de maanden heen uit een beperkt aantal (vier à vijf) functionarissen. Afhankelijk van het onderwerp en de fase van de grieppandemie sloten inhoudelijk betrokken functionarissen aan. In totaal hebben bijna 80 mensen op enig moment plaats gehad in het BTCB.

In de eerste week vergaderde het BTCB negen maal. Het aantal vergaderuren voor de kern van crisisfunctionarissen is in de eerste week vermoedelijk ten minste 30 uur geweest. Het BTCB vergaderde in de beginperiode vrijwel elke dag en werd daarmee het leidend adviesorgaan. In de loop van het voorjaar nam de frequentie af tot drie maal per week. In de rustige zomerperiode vergaderde het BTCB twee maal per week, wat tot één maal per week werd teruggebracht in het (voor de uitvoering) hectische najaar. In december nam de frequentie van de BTCB-vergaderingen kortstondig toe. De laatste BTCB-vergadering in het kader van de grieppandemie vond plaats op 16 december<sup>24</sup>. In totaal hebben er ruim 70 BTCB-vergaderingen plaats gevonden in de periode van 24 april 2009 tot 20 december 2009.

Gedurende het eerste dreigende weekend van 25 en 26 april 2009 was het feitelijk het ministerie van VWS (ambtelijke top en minister) dat besloot over de maatregelen die door Nederland genomen werden. Op basis van het advies dat zij kregen werd besloten conform de draaiboeken, uit te gaan van een gevaarlijke influenza-uitbraak en bijbehorend te opereren. Ook later die week en de periode daarna bleef het ministerie van VWS leidend in de besluitvorming. Zo worden de belangrijke besluiten over aanschaf van extra antivirale middelen en vaccins door de minister van VWS genomen.<sup>25</sup> In de besluitvorming vanaf het eerste moment speelde de inschatting van de heersende onrust in de samenleving alsmede in het Parlement en het effect van besluiten over maatregelen op die onrust, een belangrijke rol.<sup>26</sup>

## 4.2 Crisisteams infectieziektebestrijding: OMT en BAO

In de loop van de eerste dreigende week komt ook het Outbreak Management Team (OMT) en het Bestuurlijk AfstemmingsOverleg (BAO) eenmaal bijeen. Op 29 april 2009, enkele dagen na het eerste crisioverleg, vond het eerste OMT plaats, met aansluitend het BAO. Er hebben dan al vijf tot zeven (inter)departementale crisisvergaderingen plaats gevonden. In totaal hebben het OMT en het BAO vier keer vergaderd in de periode van 29 april – 6 augustus.

---

volksgezondheidsperspectief (medisch, epidemiologisch, virologisch) besproken ten behoeve van BTCB en OMT.

<sup>24</sup> Zie voor een overzicht van vergaderingen per week de bijlage.

<sup>25</sup> Een belangrijke uitzondering was het (ontradend) reisadvies naar Mexico dat door het ministerie van Buitenlandse Zaken werd afgegeven op basis van een eigenstandige afweging.

<sup>26</sup> De eerste Kamervragen dateren van 27 april. De eerstvolgende Kamervragen daarna worden op 13 mei en 11 juni 2009 gesteld.

Het OMT wordt georganiseerd door het Clb en voorzien van infectieziekte-inhoudelijke informatie door experts van binnen en buiten het Clb. Het BAO wordt georganiseerd door het ministerie van VWS en dient om het advies van het OMT in een bredere en bestuurlijke context te wegen en aldus een advies voor de minister van VWS op te stellen.

Ook voor wat betreft de medisch-deskundige adviseurs bestaat de kern uit ongeveer vier personen, die binnen en buiten crisisvergaderingen om de kern van vier beleidsmatige adviseurs en beslissers bij VWS informeren en adviseren.

### 4.3 Interdepartementale crisisbeheersingsteams: ACO, IBT, (MBT)

In de eerste dreigende week hebben twee vergaderingen van het ACO plaatsgevonden. In totaal zijn er in de periode van 24 april tot 15 november 2009 tien vergaderingen van het ACO geweest. In verloop van tijd hebben ongeveer 90 functionarissen een rol vervuld in één van de tien ACO vergaderingen. Het interdepartementaal overleg van de adviseurs in ACO-verband kan getypeerd worden als een afstemmingsoverleg (door informatie-uitwisseling) in plaats van gericht op het voorbereiden en opstellen van een advies voor het IBT.

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

In totaal zijn er twaalf vergaderingen van het IBT geweest. In de eerste weken vonden meer IBT dan ACO vergaderingen plaats (vijf ten opzichte van drie). In verloop van tijd hebben bijna 50 functionarissen een rol vervuld in één van de twaalf IBT vergaderingen.

Voor wat betreft de MBT's is herleidbaar dat deze in de eerste dreigende week niet plaats hebben gevonden. In het najaar is het MBT tweemaal bijeen geweest. Reconstructie van de afwegingen om al dan niet een MBT bijeen te roepen, levert het volgende beeld op:

**Voor het bijeen roepen van een MBT** was onvoldoende aanleiding, aldus het ACO op 28 april. Vastgesteld werd dat een MBT bijeen geroepen wordt bij [het eerste] ziektegeval of fase 5 WHO. De afkondiging van WHO fase 5 op 29 april leidde echter niet tot een bijeenkomst van het MBT. Op 30 april, toen de eerste besmetting in Nederland gemeld werd, is in het verslag te lezen dat er "misschien een MBT" plaats vond. Argumenten voor het kennelijk niet laten plaatsvinden van een MBT in de beginperiode van de griepandemie, is in de verslagen niet terug te halen.

Anderhalve maand later (12 juni) werd in het ACO de noodzaak van een eventueel MBT besproken, in verband met het mogelijk overlijden van een grieppatiënt. Omdat er "ook wel iets te beslissen [moet] zijn voor MBT" adviseerde het ACO aan het IBT geen MBT bij een te roepen "mits de ministers goed ingelicht zijn". Voorstel van het ACO was het bijeenroepen van het MBT af te laten hangen van nieuwe feiten zoals een overlijden, maar wellicht ook bij commotie rondom scholen of anderszins.

“Het enkele feit dat een slachtoffer zou komen te overlijden hoeft in principe niet te leiden tot een MBT, tenzij uit dat feit allerlei nieuwe maatregelen moeten worden getroffen met een enorme impact op de samenleving, of er een enorme druk op de minister van VWS of het kabinet ontstaat om op te treden.”

In de zomer zijn er verschillende aanwijzingen te vinden voor een te plannen MBT. Bijvoorbeeld in het IBT-verslag van 22 juli (“een voorlopig MBT plannen in augustus”) en in het ACO-verslag van 21 augustus (“... na het MBT van 24 september...”), en het IBT van 25 augustus (“...het MBT vindt zo spoedig mogelijk plaats”). De MBT vergaderingen hebben op respectievelijk 8 oktober en 12 november 2009 plaats gevonden.

Het NCC faciliteerde de vergaderingen van het ACO, IBT en MBT. Het voorbereiden en faciliteren van de interdepartementale vergaderingen (en daarmee ook de adviezen) door het NCC is door de wisselende samenstelling van de vergaderingen (90 deelnemers over tien vergaderingen) niet vergemakkelijkt.

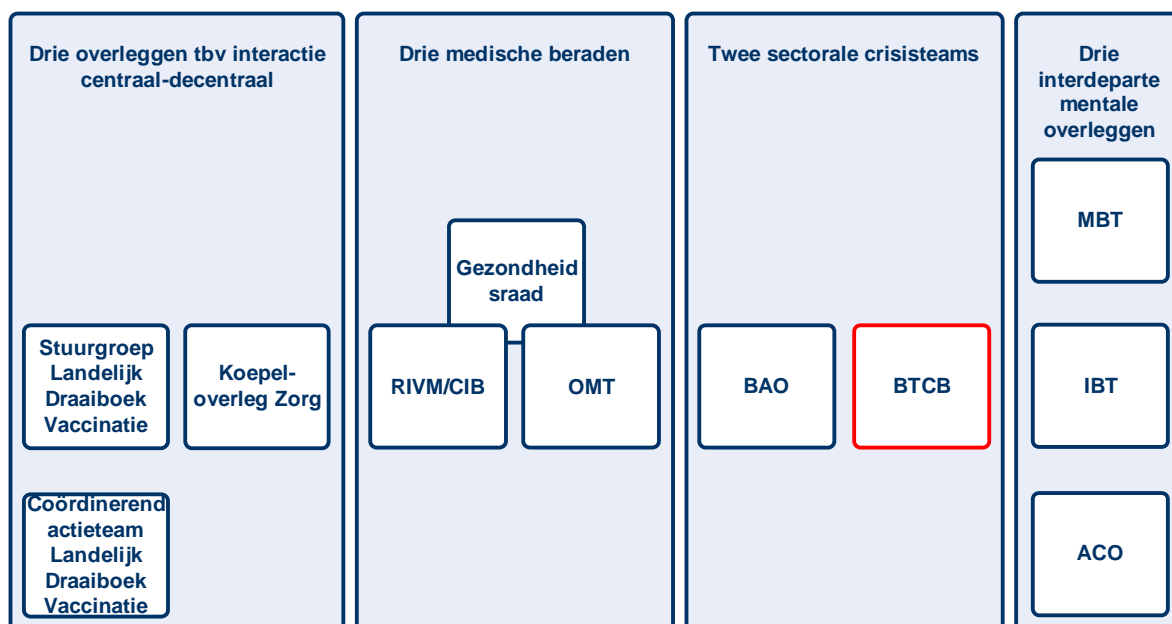
Vanaf woensdag 29 april zorgt de betrokkenheid van het NCC bij de communicatie voor de inzet van standaard (crisis)communicatie-instrumenten zoals media-analyses en de regelmatige meting van de risicoperceptie van de Nederlandse bevolking (de zogenaamde Risico- en Crisisbarometer). De betrokkenheid van het NCC zorgde voor een snelle en consequente monitoring van de perceptie van de bevolking.

#### **4.4 Samenhang crisis- en adviesgremia**

In onderstaand schema worden de diverse teams weergegeven. De onderlinge verhouding tussen de teams is voor weinigen vanzelfsprekend. Onderscheid kan gemaakt worden tussen:

- twee ‘VWS-sectorale’ crisisteams, met uitnodiging van externen (BTCB en BAO)
- drie interdepartementale crisisteams (ACO, IBT, MBT)
- drie overleggen ten behoeve van interactie tussen het centrale niveau en decentrale organisaties (Zorgkoepeloverleg, Stuurgroep- en Coördinerend actieteam Landelijk Draaiboek Vaccinatie)
- drie medische adviesgremia (Cib, OMT, Gezondheidsraad).

# Berenschot



Op 24 april wordt bij de opschaling meteen afgeweken van de reguliere structuur voor infectieziekte-uitbraken (de OMT/BAO-structuur). De praktijk was dat op 24 april binnen VWS direct de reguliere crisisstructuur, dat wil zeggen voor alle vormen van departementale crises, opgestart wordt. In deze reguliere structuur adviseert het BTCB, de besluitvormers (de directeur-generaal Volksgezondheid en de minister). Enkele dagen later (op 29 april) komt parallel daaraan ook de OMT/BAO-structuur op gang.

# Berenschot

## 5. Voorkomen van verspreiding in Nederland

### 5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de besluitvorming over de 'voorkoming van de verspreiding van H1N1 in Nederland'. Hieronder vallen de volgende typen maatregelen waarover op nationaal niveau besluitvorming heeft plaatsgevonden:

- Maatregelen die door de bevolking op individuele basis moesten worden genomen (persoonlijke hygiëne, dragen mond- en neusmaskers, handelingen bij constatering van koorts en/of griep).
- Het activeren van bijzondere (nood)bevoegdheden door de minister van VWS, waaronder het verplichten tot melden van (mogelijke) patiënten met Mexicaanse griep en het vervolgens bemonsteren en zekerstellen dat de patiënt besmet is.
- Het (al dan niet met behulp van die noodbevoegdheden) ingrijpen in het maatschappelijk leven, zoals door schoolsluiting.

Voor een beter begrip van deze maatregelen is het, in onze analyse, noodzakelijk de begrippen 'containment', 'delaying' en 'mitigation' te definiëren. Maatregelen gericht op het voorkomen van verspreiding van een virus kunnen drie doelstellingen hebben:

- De eerste doelstelling '**containment**' werd door een respondent beeldend omschreven als de 'vliegenmeppertactiek': alle ziektegevallen worden opgespoord en door behandeling van de patiënten en preventieve behandeling van hun contacten wordt beoogd de ziekte 'de kop in te drukken'. Containment is daarmee de standaard aanpak voor uitbraken van reguliere exotische infectieziekten in Nederland. De bijzondere bevoegdheden van de burgemeester en minister zijn er op gericht de daartoe noodzakelijk maatregelen mogelijk te maken zoals het in (thuis)quarantaine plaatsen van patiënten of het sluiten van openbare gelegenheden. Op een dergelijke wijze is uiteindelijk een ziekte als SARS bestreden.
- De tweede doelstelling '**delaying**' beoogt de snelheid waarmee de ziekte zich uitbreidt te vertragen. Het motief voor delaying kan zijn om het *piekaantal* zieken in de tijd naar achteren te schuiven (naar een later moment, wanneer bijvoorbeeld een vaccin beschikbaar is), of om het *piekaantal* zieken minder hoog te laten worden (de ziekte wordt meer verspreid over de tijd zodat de maatschappelijke belasting door griepuitval lager is)
- De derde doelstelling is 'mitigation'. De hierbij behorende maatregelen beogen om het totaal aantal patiënten/slachtoffers van een eenmaal ontstane pandemie te verminderen. De WHO geeft in haar draaiboeken aan dat naast standaard hygiënemaatregelen hiervoor vooral op vaccinatie en het brede gebruik van antivirale middelen moet worden vertrouwd.

Wij geven als eerste hieronder een samenvatting van de gebeurtenissen die we omwille van de leesbaarheid hebben gesplitst in de besluitvorming over hygiënemaatregelen, opname van H1N1 als A-ziekte in de Wet publieke gezondheid en schoolsluiting.

Vanwege de discussie in de analyse over de vrijwilligheid van maatregelen versus de verplichting ervan, schrijven wij de termen *advies* en *verplicht* cursief wanneer het gaat over het karakter van maatregelen richting de maatschappij.

## 5.2 Hygiënemaatregelen

Op 24 april werden professionals in de medische zorg door het CIB geadviseerd om het LCI-draaiboek 'Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland' te hanteren. Dit draaiboek is gericht op professionals en beschrijft maatregelen die geadviseerd worden richting patiënten, gezonde huisgenoten en contacten in de WHO-fasen 4 en 5 van een uitbraak van een nieuw influenzavirus, dat wil zeggen in de fasen waarin wel sprake is van mens tot mens besmetting, maar nog geen sprake is van een pandemie, dat wil zeggen van een wereldwijde verspreiding.<sup>27</sup>

"Wat betreft de context waarin de introductie van het influenzavirus zich voordoet:

- Er wordt uitgegaan van een beperkt aantal mensen dat besmet is met het influenzavirus. Contactonderzoek en het treffen van maatregelen ten aanzien van de directe contacten zijn daarom ook zinvol.
- Er zijn antivirale middelen beschikbaar voor behandeling en profylactische<sup>28</sup> inzet voor de bescherming van de contacten.
- Er is geen passend vaccin.
- Er wordt uitgegaan van de situatie dat in Nederland een patiënt wordt gediagnosticeerd waarbij van een epidemiologische link sprake is (contact met andere besmette dieren en/of mensen, ofwel afkomstig zijn uit een gebied waar op dat moment het nieuwe influenzavirus circuleert). Indien er min of meer per toeval een patiënt wordt gediagnosticeerd, dan zullen de in dit draaiboek beschreven activiteiten veelal (te) laat worden uitgevoerd, waardoor andere aanvullende maatregelen noodzakelijk worden."<sup>29</sup>

De beschreven maatregelen gaan uit van het kunnen beheersen, in de zin van *containment*, van de griep:

- Professionals krijgen advies over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen bij patiëntcontact en richtlijnen voor bemonstering van patiënten en hun contacten zodat deze geanalyseerd kunnen worden.

---

<sup>27</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). *Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM*.

<sup>28</sup> Preventief

<sup>29</sup> Operationeel deeldraaiboek 2 'Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland'.



- Voor patiënten wordt uitgegaan van thuisisolatie (indien hun medische toestand dat toelaat) waarbij niet wordt ingegaan op het vrijwillige of verplichte karakter daarvan. Er wordt geadviseerd om zoveel mogelijk in één kamer te verblijven en het contact met huisgenoten tot een minimum te beperken, etc.
- Antivirale middelen worden gebruikt voor de contacten van de patiënten.
- Er wordt gewezen op het belang van algemene hygiënemaatregelen als handen wassen en het hoesten/niezen in een zakdoek of de eigen elleboog.<sup>30</sup>

Deze maatregelen worden ook genoemd in de expert opinion van het ECDC op 25 april.

De vraag of het al dan niet zinvol is (op vrijwillige of verplichte basis) voor de Nederlandse bevolking om aanvullend op de aanbevolen maatregelen mondkapjes te dragen, komt voor het eerst aan de orde binnen VWS in het BTCB<sup>31</sup> van maandag 27 april. Deskundigen van het Clb stelden dat het dragen van 'normale' mondkapjes een beperkte bescherming tegen virussen biedt 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.<sup>32</sup>

Op diezelfde 27 april werd ook in interdepartementaal verband gesproken over het gebruik van mondkapjes.<sup>33</sup> In het ACO werd eveneens onderkend dat de wetenschappelijke onderbouwing voor het effect van het dragen van mondkapjes ontbreekt. Daarom adviseerde het ACO het daarop volgende IBT om de bevolking niet te adviseren mondkapjes te gebruiken.<sup>34</sup>

Twee dagen (29 april) later bogen ook het OMT en BAO zich over de vraag van de mondkapjes. Ook daar werd geconstateerd dat het gebruik wetenschappelijk onvoldoende onderbouwd is, met uitzondering van het beroepsmatige gebruik. Het gebruik van mondkapjes werd dan ook niet geadviseerd door het BAO richting de minister.<sup>35</sup> Op 30 april werd het gebruik van mondkapjes door de bevolking opnieuw ter discussie gesteld in het ACO.

---

<sup>30</sup> Operationeel deeldraaiboek 2 'Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland'.

<sup>31</sup> Toen nog 'crisisteam Varkensgriep' genoemd.

<sup>32</sup> Verslag BTCB, 27 april 2009.

<sup>33</sup> Verslag overleg VWS crisisteam, 27 april 2009.

<sup>34</sup> Notulen ACO, 27 april 2009.

<sup>35</sup> Verslag BAO, 29 april 2009.

Opnieuw werd vastgesteld dat de mondkapjes een gelimiteerde werking hebben zodat het gebruik ervan niet aan de bevolking kon worden aangeraden.<sup>36</sup>

Op 19 mei publiceerde het ECDC een set documenten met haar expert opinion richting lidstaten en bevolking over het voorkomen van de (verdere) verspreiding van de nieuwe Influenza A (H1N1) met nadruk in een situatie van een nog gering aantal patiënten. Het ECDC concludeert nogmaals dat er geen bewezen effect is maar dat desalniettemin mensen toch ervoor kunnen kiezen, met name wanneer zij in direct contact komen met patiënten of zelf patiënt zijn.<sup>37</sup>

**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. However, people in the community may choose to wear a face mask. If a face mask is worn and disposed of properly, there is a low chance that it will cause a problem or increase the chance of infection.

Once removed, face masks should preferably be disposed of in a plastic bag, which should then be secured. This bag can be put in normal household rubbish. Then hands should be cleaned as above. If a face mask is used, it should be combined with other measures described above to prevent transmission.

Use of a face mask by sick people to protect others in the context of community outbreaks of influenza A (H1N1)

(1) Use of a face mask by people who are ill with influenza symptoms may help to contain respiratory secretions when the person coughs or sneezes and lower the risk for infection among close contacts. Situations where this may be useful include: (a) when travelling to home or hospital after developing symptoms; (b) when being cared for at home by family members or others; and (c) when otherwise unavoidably having close contact with healthy people.

Use of a face mask to protect a healthy person caring for someone who has symptoms of influenza A (H1N1)

(1) Use of a face mask by someone who is well is intended to prevent inadvertent contact of the person's mouth and nose with contamination on their hands and from other peoples' coughs and sneezes. People who are well for whom a face mask may provide additional protection include: (a) Family members or others in the home or another non-healthcare setting providing care for someone sick with influenza symptoms and who must have close contact (within one metre). (b) Caregivers if

---

<sup>36</sup> Notulen ACO, 30 april 2009.

<sup>37</sup> ECDC (2009). *Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new influenza A(H1N1) virus infection.*

the person with symptoms is using a nebulizer to receive respiratory medication; a particulate respirator-type mask can be considered.<sup>38</sup>

Het CIB communiceerde in mei een stroomschema 'algoritme voor het management van Nieuwe Influenza A (H1N1) verdachte patiënten' richting de GGD'en. Ook zorgde het CIB dat twee voorbeeldbrieven (oorspronkelijk opgesteld door de GGD Utrecht) op de RIVM website beschikbaar werden. De voorbeeldbrieven konden door GGD'en gebruikt worden om patiënten en hun contacten over de maatregelen in het kader van het voorkomen van verspreiding te informeren.<sup>39</sup>

VWS plaatste op 4 mei advertenties in Nederlandse kranten waarin voor vragen werd verwezen naar [www.postbus51.nl](http://www.postbus51.nl) of telefoonnummer 0800-1351. Eveneens werd begin mei de folder 'griepandemie', gericht op huisartsen en ziekenhuizen, verstuurd. De inhoudelijke boodschap was op dat moment dat bij een vermoeden van besmetting telefonisch contact moest worden opgenomen met de huisarts. Verder werd er op algemene hygiënemaatregelen gewezen.<sup>40</sup>

De mondkapjesvraag kwam eind mei (27 mei) weer aan de orde. Bij de agenda van de BTCB vergadering werd een conceptnotitie van het CIB bijgevoegd, die bedoeld was om het publiek te informeren over mond- en neusmaskers. De kernboodschap van de notitie was dat de overheid deze maskers niet aanbeveelt vanwege de al eerder besproken problematiek van deskundig en consequent gebruik gedurende een langere periode.<sup>41</sup>

In één van de volgende vergaderingen van het BTCB (12 juni) werd de mondkapjesvraag weer actueel vanwege een vraag van de Dienst Justitiële inrichtingen die het bewakend personeel van bescherming wilde voorzien.<sup>42</sup> Inhoudelijk wijzigde het standpunt niet (er lag een volgende versie van de notitie van het CIB voor), maar het BTCB was van mening dat het onderwerp door het IBT besproken moest worden omdat zich een paradox dreigde voor te doen tussen goed werkgeverschap en beschadiging van het publieksvertrouwen.<sup>43</sup> In het ACO, dat op dezelfde dag plaats vond, werd het standpunt van VWS herhaald, maar signaleerde men ook dat er geen duidelijk statement was van de rijksoverheid richting burgers.<sup>44</sup>

---

<sup>38</sup> ECDC, Personal protective measures for reducing the risk of acquiring or transmitting human influenza, 19 Mei 2009.

<sup>39</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). *Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM*. RIVM

<sup>40</sup> Rijksoverheid (2009). *Griepandemie*.

<sup>41</sup> Conceptnotitie RIVM, 27 mei 2009.

<sup>42</sup> Uiteindelijk zijn mondkapjes door DJO wel aangeschaft maar niet gebruikt.

<sup>43</sup> Verslag BTCB, 12 juni 2009.

<sup>44</sup> Notulen ACO, 12 juni 2009.

Daarop besloot het ACO een dilemmanotitie voor het IBT door het NCC te laten schrijven.<sup>45</sup> In het volgende IBT werd onderkend dat de overheid een lijn heeft getrokken waar slechts gemotiveerd van af kan worden geweken.<sup>46</sup>

Op 17 juni werd een bestuurlijke brief (aan bestuurders van gemeenten, veiligheidsregio's, provincies, waterschappen enzovoorts) verzonden, waarbij als bijlage de dan gefinaliseerde notitie van het CIB wordt gevoegd over het gebruik van mond- en neusmaskers.<sup>47</sup> Op dezelfde dag werd in het BTCB over de mondkapjes gesproken, dit maal over de aanschaf van extra mondkapjes voor het zorgpersoneel: het besluit is om niet voor iedere zorgverlener mondkapjes aan te schaffen, maar (conform de draaiboeken) alleen voor diegenen die 'aanwijsbaar' met patiënten in contact komen.<sup>48</sup>

Een week later, op 24 juni, wordt door het ministerie van SZW in het ACO opnieuw het probleem van de aanschaf/gebruik van mondkapjes ingebracht vanwege de werkgeversverantwoordelijkheid voor het voorkomen van ziektes. Er wordt (samengevat) een discussie gevoerd over de begrippen 'professional vs. werknemers met een verhoogd risico', 'gediagnosticeerde bronnen vs. verdachte bronnen', ervaringen in het buitenland en opheldering van een aantal zaken (mondmaskers bij zieken gaan verspreiding niet tegen). De conclusie blijft dat "alleen mond-neusmaskers gedragen dienen te worden in de buurt van een zieke. In andere gevallen is het een niet zinvolle, niet aan te raden maatregel. Een werkgever kan vanuit de eigen verantwoordelijkheid de keuze maken zijn personeel uit te rusten met mond-neusmaskers. Het doel is te voorkomen dat heel Nederland onnodig met mondkapjes rondloopt."<sup>49</sup> Het onderwerp wordt niet geagendeerd voor het (volgende) IBT.

In het IBT van 26 juni werd gemeld dat er in Nederland op dit moment 118 geïnfecteerden zijn geweest. Tegelijkertijd kan geconstateerd worden dat de spurt "zoals we die de afgelopen tijd zagen" eruit is. Het aantal stijgt nu veel minder snel. Ongeveer de helft van de geïnfecteerden is besmet in Nederland.<sup>50</sup>

---

<sup>45</sup> Deze notitie is niet aangetroffen door de onderzoekers.

<sup>46</sup> Notulen IBT, 16 juni 2009.

<sup>47</sup> Ministerie van BZK, Betreft Stand van zaken A (H1N1), 2009-0000331280, 17 juni 2009.

<sup>48</sup> Verslag BTCB, 17 juni 2009.

<sup>49</sup> Notulen ACO, 24 juni 2009.

<sup>50</sup> Notulen IBT, 26 juni 2009.

Op 2 juli werd een bestuurlijke brief vanuit het ministerie van BZK verstuurd, waarin het belang werd benadrukt van hygiënemaatregelen, voorzichtigheid bij besmetting en wederom een toelichting op het beleid rond mond- en neusmaskers.<sup>51</sup> Een dergelijke brief ging, mede namens de minister van VWS, tevens uit naar werkgeversorganisaties en bedrijven.<sup>52</sup>

Medio augustus begon de publiekscampagne 'Grip op Griep' van het ministerie van VWS. Op de bijbehorende website [www.grieppandemie.nl](http://www.grieppandemie.nl) kon publiek terecht voor vragen omtrent 'voorkomen, herkennen, genezen' van de Nieuwe Influenza A (H1N1). Vanaf 19 augustus 2009 begonnen de radiospotjes ('hoesten/niezen in papieren zakdoekje en was je handen' en 'grieperig en koorts: blij thuis'). En vanaf 24 augustus werd de publieksfolder huis-aan-huis verspreid.

Ten behoeve van de professionals werden in oktober en november door verschillende brancheverenigingen, op basis van informatie van het CIB informatie en richtlijnen verspreid in het kader van het voorkomen van verdere verspreiding (hygiënemaatregelen) van de griep.<sup>53</sup>

### 5.3 A-ziekte en meldingsplicht

Eén van de strategieën die ingezet werd om verspreiding van het virus te voorkomen was de meldingsplicht. In het BAO (van 29 april), werd het advies van het OMT besproken. Het OMT had het BAO geadviseerd om het nieuwe virus als B1-ziekte aan te merken. "Als de ziekte later uit de hand loopt en verbod samenscholing noodzakelijk is, kan altijd nog naar A worden overgezet."<sup>54</sup> Het BAO besloot echter om, op advies van de deelnemers van VWS, de minister te adviseren Nieuwe Influenza als A-ziekte aan te merken. Overwegingen voor dit advies waren dat deze A-status het mogelijk maakte om indien nodig, direct *verplichte* maatregelen te treffen. Het gaf gemeenten in de opinie van het BAO, maximale beleidsvrijheid maar maakte het ook mogelijk dat de minister deze kon indammen. Het BAO adviseerde om alleen te communiceren dat de nieuwe influenza nu meldingsplichtig was, om speculatie over de ernst van de griep te voorkomen.<sup>55</sup>

---

<sup>51</sup> Brief BZK, 2009-0000358395, 2 juli 2009.

<sup>52</sup> Brief BZK, 2009-0000373100, 10 juli 2009.

<sup>53</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). *Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.*

<sup>54</sup> Verslag OMT/BAO 29 april 2009.

<sup>55</sup> BAO verslag, 29 april 2009.

**Wanneer een ziekte wordt aangemerkt als ‘behorende tot groep A’,** wordt een acute meldingsplicht geactiveerd (in tegenstelling tot een meldingsplicht binnen 24 uur voor een B1-ziekte). Bovendien zijn in de wet omschreven maatregelen mogelijk zoals het sluiten van gebouwen en het opleggen van thuisisolatie. Daarnaast wordt de minister van VWS eindverantwoordelijk voor de leiding van de bestrijding van de ziekte, de minister stelt dus de in te zetten maatregelen vast die decentraal moeten worden uitgevoerd.

Op 1 mei besluit de minister van VWS om het “influenzavirus (H1N1) aan te merken als behorende tot groep A, bedoeld in artikel 1, onderdeel e, van de Wet publieke gezondheid”.<sup>56</sup>

Eind mei (27 mei) kwam de meldingsplicht aan de orde in de BTCB vergadering. Vanuit het Clb werd de verwachting geuit dat over enige tijd niet meer bij iedereen diagnostiek zal worden gedaan. Met andere woorden: niet iedereen zou nog worden onderzocht op besmetting van de nieuwe influenza A (H1N1). Op dat moment moest naar de mening van het Clb de Nieuwe Influenza A (H1N1) uit groep A gehaald worden.<sup>57</sup> De voorbereidingen voor het daartoe nodige ministerieel besluit werd daarvoor in gang gezet. Enkele dagen later (3 juni) bleek echter, vanuit VWS, dat het formeel niet nodig was om de influenza uit groep A te halen om alleen de meldingsplicht te laten vervallen. De voorbereidingen om de influenza uit de categorie A te halen werden daarmee opgeschort.<sup>58</sup>

Ruim drie weken later (19 juni) werden de consequenties voor het opschorten van de meldingsplicht opnieuw besproken in het BTCB. Het als A-ziekte aangemerkt laten zijn van de Nieuwe Influenza A (H1N1) werd met name door VWS als belangrijk ervaren, omdat er andere *mogelijk te nemen* maatregelen aan de A-status verbonden zijn. Daarnaast werd door het Clb een kanttekening geplaatst bij het mogelijk opschorten van de meldingsplicht namelijk dat Nederland in vergelijking met andere landen vroeg zou zijn met het opschorten. Het BTCB brengt het onderwerp in als bespreekpunt voor het BAO op 23 juni.<sup>59</sup>

Voorafgaand aan het betreffende BAO vond een OMT vergadering plaats (22 juni). Het advies werd vervolgens in het BAO besproken. In de toelichting van het OMT aan het BAO werd uiteen gezet wat het huidige bestrijdingsbeleid is. Deze wordt gekenmerkt door een individuele meldingsplicht, diagnostiek en behandeling van cases.

---

<sup>56</sup> Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 mei 2009, nr. PG/CI-2929603, ex artikel 20 van de Wet publieke gezondheid (Regeling Mexicaanse Griep).

<sup>57</sup> Verslag BTCB, 27 mei 2009.

<sup>58</sup> Verslag BTCB, 27 mei 2009

<sup>59</sup> Verslag BTCB, 19 juni 2009.

Echter, zoals ook werd aangegeven in het ECDC 'Interim Guidance'<sup>60</sup> van 6 juni was niet aangetoond dat *containment* effect heeft als er al sprake is van grootschalige verspreiding in de wereld. Voortzetting van het beleid vroeg een forse inzet van de GGD'en en het Clb, terwijl vragen gesteld werden bij de effectiviteit gerelateerd aan de werkbelasting en het draagvlak niet erg groot leek. Desondanks stelde het OMT dat aanpassing van de meldingsplicht nog niet aan de orde was, omdat niet zeker was waarom er een relatief beperkt aantal (gemelde) besmettingen in Nederland was. Het OMT vindt het te vroeg om helemaal over te gaan naar de maatregelen conform het Operationeel deeldraaiboek 3 van het LCI waarin geen sprake meer is van *'tracking en tracing'*. Maar gezien de beperkte mogelijkheid voor de GGD'en om de huidige maatregelen vol te houden adviseert het OMT wel een afslanking van acties. Dat betekent bijvoorbeeld dat de casusdefinitie niet werd uitgebreid. Dat wil zeggen dat de afspraken over wie wel/niet wordt onderzocht in elk geval niet breder worden getrokken en dat contacten van besmettingen niet meer werden onderzocht, maar nog wel antivirale middelen kregen. Het OMT meldde dat er geen wetenschappelijke onderbouwing was voor deze maatregelen, maar dat ze een pragmatische oplossing vormden om de piek zo lang mogelijk uit te stellen. Mocht de situatie wijzigen, zouden de maatregelen opnieuw worden bezien.<sup>61</sup>

Het BAO, dat de volgende dag vergaderde (23 juni), nam het advies van het OMT over in haar advies richting de minister, maar voegde er nog aan toe dat als één of meerdere GGD'en niet langer het beleid capacitair zou kunnen continueren, er een landelijk omslagpunt zou komen (ten behoeve van eenheid van beleid).<sup>62</sup>

Twee weken later (6 augustus) vond een vergadering van het BAO plaats over het laten vervallen van de individuele meldingsplicht, op basis van het advies van het OMT. Het OMT had het BAO nu geadviseerd om alleen laboratoriumbevestigde infecties met Influenza A (H1N1) bij patiënten *die opgenomen en/of overleden waren*, meldingsplichtig te maken. Het advies werd door het BAO overgenomen in haar advies richting de minister, maar ze voegde er aan toe dat er ook een meldingsplicht was voor patiënten die buiten een ziekenhuis kwamen te overlijden, maar waarvan waarschijnlijk of zeker was dat deze patiënten besmet waren geweest met de Nieuwe Influenza A (H1N1). Geadviseerd werd de nieuwe meldingsplicht 24 uur later vast te stellen.<sup>63</sup>

De volgende dag (7 augustus) werden de adviezen van het BAO overgenomen door de minister en vertaald in een brief, die onder de GGD'en verspreid werd met het verzoek de brief digitaal te versturen aan huisartsen en huisartsenposten in hun regio.

---

<sup>60</sup> ECDC INTERIM GUIDANCE Mitigation and delaying (or 'containment') strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe 6 June 2009.

<sup>61</sup> Advies 47<sup>e</sup> OMT aan BAO: Nieuwe influenza A (H1N1), 22 juni 2009.

<sup>62</sup> Verslag BAO, 23 juni 2009.

<sup>63</sup> Verslag BAO, 6 augustus 2009.

Ook werd de brief verspreid via Inf@ct.<sup>64</sup> De nieuwe meldingsplicht ging uiteindelijk op 15 augustus in. Op (17 augustus) gingen overigens nieuwe brieven uit, omdat in de oorspronkelijke brief de meldingsplicht niet goed was verwoord.<sup>65</sup>

## 5.4 Schoolsluiting ter voorkoming van verspreiding

De eerste discussie over schoolsluiting werd meteen in de eerste dreigende week gevoerd. Op 29 april nam het BAO het advies van het OMT 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 (dat) bovendien deze fase in Nederland niet aan de orde was.<sup>66</sup>

Bijna een maand later, op 27 mei, kwam de schoolsluiting in het BTCB ter sprake naar aanleiding van internationale berichtgeving over schoolsluitingen. Men concludeerde dat OC&W niet bevoegd is om op medische gronden een eventueel besluit tot sluiting van scholen te geven en besloot dat deze bevoegdheidskwestie door VWS moest worden uitgezocht.<sup>67</sup>

Op 12 juni werd het antwoord op de bevoegdheidskwestie besproken in het BTCB. Aangezien de Influenza is aangewezen als behorend tot de groep A van de infectieziekten is de minister van VWS krachtens de Wet Publieke gezondheidszorg (art. 47, lid 3) bevoegd de burgemeester op te dragen tot sluiting van scholen over te gaan. Het ACO stelt op die dag vast dat VWS leidend is in de afweging hierover.<sup>68</sup>

Het CIB adviseerde op 15 juni de GGD'en om bij scholen alert te zijn op een afwijkend aantal leerlingen met koorts en luchtweginfectie.<sup>69</sup>

Op 16 juni werd de discussie vervolgd in het IBT. Men besloot dat de sluiting van scholen alleen kan als er sprake is van een voor de volksgezondheid ernstig dreigende situatie. Eerst moeten minder ingrijpende maatregelen worden ingezet en intensief gecommuniceerd worden.<sup>70</sup>

---

<sup>64</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). *Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM*. RIVM

<sup>65</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). *Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM*. RIVM

<sup>66</sup> Verslag BAO, 29 april 2009.

<sup>67</sup> Verslag BTCB, 27 mei 2009

<sup>68</sup> Verslag BTCB, 12 juni 2009.

<sup>69</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). *Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM*.

<sup>70</sup> IBT, Annotatie voor DGV en dPG, 16 juni 2009.



Op 17 juni is er een brief verstuurd vanuit het ministerie van BZK aan de Commissaris van de Koningin, Burgemeesters, het dagelijks bestuur van het Waterschap, de Korpsbeheerder, de voorzitter van de Veiligheidsregio en nog enkele andere ten aanzien van het sluiten van scholen. In de brief staat het volgende:

“De afgelopen dagen is er een aantal meldingen van besmettingen op scholen geconstateerd. Op dit moment worden er geen generieke maatregelen geformuleerd ten aanzien van het sluiten van (onderdelen van) scholen. De medische situatie geeft daartoe geen enkele aanleiding. Het betreft unieke cases waarbij ook per situatie bezien moet worden hoe hiermee om te gaan. Mochten lokale besturen vragen hebben over sluiting van scholen dan kunnen ze bij de eigen GGD medisch advies vragen. Indien de GGD aanvullende informatie nodig heeft, kan deze contact opnemen met het Centrum voor Infectieziektebestrijding (Cib bij het RIVM).”<sup>71</sup>

Het CIB verzond op 19 juni een informatiebrief naar de scholen.<sup>72</sup>

Op 22 juni werd de schoolsluiting in het derde OMT opnieuw besproken. Uit het advies aan het BAO is af te leiden dat het OMT vaststelde, in afwijking van de eerste bijeenkomst, dat er *op dat moment* geen onderbouwing was om scholen te sluiten. Die maatregel zou *mogelijk wel* zin hebben wanneer scholen gedurende 14 dagen vlak voor de piek zouden sluiten. Het OMT verwachtte dat deze discussie in het najaar aan de orde zou zijn en beval een nadere (epidemiologische en maatschappelijke) studie aan.<sup>73</sup> Het BAO neemt dit advies op 23 juni over.<sup>74</sup>

Op 24 juni maakte het ACO daarom ter vergadering een eerste inventarisatie van maatschappelijke effecten van een sluiting (van 14 dagen) van scholen en bereidde een advies aan het IBT voor om de opdracht te geven dit verder uit te werken. Die eerste probleeminventarisatie ter plekke vroeg onder meer aandacht voor: uitval ouders voor het arbeidsproces (economische gevolgen), de invloed van de sluiting op de piekuitval van 30% zoals in de scenario's geschetst, in hoeverre de continuïteitsplannen hier rekening mee houden, de ordeproblematiek als jongeren op school zitten, de betekenis van de mildheid van de griep.<sup>75</sup> Het daarop volgende IBT besluit conform: nu geen schoolsluiting maar wel een onderzoek naar kosten en baten van een schoolsluiting in het najaar.<sup>76</sup>

---

<sup>71</sup> Brief BZK, 2009-0000331280, 17 juni 2009.

<sup>72</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). *Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM*.

<sup>73</sup> Advies 47<sup>e</sup> OMT aan BAO: Nieuwe influenza A(H1N1).

<sup>74</sup> Verslag BAO, 23 juni 2009.

<sup>75</sup> Notulen ACO, 24 juni 2009.

<sup>76</sup> Notulen IBT, 26 juni 2009.

Op 2 juli werd daarom een brief vanuit het ministerie van BZK verstuurd aan de provinciale, regionale en lokale bevoegde autoriteiten met de mededeling dat de besmettingsgevallen momenteel geen aanleiding geven om tot sluiting van scholen over te gaan.<sup>77</sup>

In de weken erna werd op verschillende momenten gesproken over de noodzaak van modellen van het CIB en een notitie over de maatschappelijke en juridische effecten inclusief een kostenanalyse. Procesmatig werd in die periode bepaald dat de eventuele schoolsluiting een interdepartementaal besluit is van IBT of MBT na advies van het BAO en OMT<sup>78</sup>.

Op 22 juli besloot het IBT de schoolvakanties niet bij voorbaat met twee weken te verlengen.<sup>79</sup>

In het licht van de voortdurende internationale discussie over de schoolsluiting publiceerde het ECDC op 23 juli een advies over het sluiten van scholen. Daarin stond dat het sluiten van scholen wetenschappelijk omstreden was maar theoretisch wel enig effect verwacht zou mogen worden in *delaying*, maar dat schoolsluiting afgewogen moest worden met andere belangen.<sup>80</sup>

**Proactive school closures**, that is, closing schools ahead of a pandemic arriving in an area, is a public health measure that has been commonly suggested for mitigating the impact of pandemics. It has been suggested that they could help because children are considered to be more infectious and susceptible to seasonal influenza than adults and can therefore be important vectors of transmission. Similarly, the high contact rates among children in schools favour transmission. [...]

It was hoped by some that closing schools proactively during a pandemic may break some chains of transmission and so reduce the total number of cases. This would, to some extent, slow the epidemic, giving a little more time for final preparations and vaccine development and production, as well as reducing the incidence of cases at the peak of the epidemic. The latter effect in particular, would limit both the stress on healthcare systems and peak absenteeism in the general population.

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 the most recent scientific review addressing the general issue, conducted by a European group of authors from the UK, France, Sweden and ECDC, concluded that 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.

---

<sup>77</sup> Brief BZK, BZK 2009-0000358395, 2 juli 2009.

<sup>78</sup> Notulen IBT, 22 juli 2009.

<sup>79</sup> Notulen IBT, 22 juli 2009.

<sup>80</sup> De opmerking van het ECDC dat schoolsluiting zou kunnen bijdragen aan *delaying* is opvallend omdat het ECDC eerder op 6 juni al betoogde dat *delaying* niet mogelijk was.

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.

The current pandemic (H1N1) 2009 is proving especially challenging when considering school closures. The heterogeneous and unpredictable distribution of outbreaks and the mild nature of the illness in most people means that, by the time it becomes clear that the infection is in a school, it is too late for a proactive closure. For example, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in North America, has moved away from recommending that authorities consider proactive closures.<sup>81</sup>

In het vierde OMT op 5 augustus werd nu gesteld dat er epidemiologische argumenten waren om scholen proactief te sluiten, maar dat dit zeer grote logistieke consequenties zou hebben die het OMT niet kon overzien. Het OMT adviseerde daarom vooralsnog niet tot sluiting over te gaan.<sup>82</sup> Het BAO nam dit advies op 6 augustus over in haar advies aan de minister van VWS.<sup>83</sup>

In de bestuurlijke brief van BZK van 7 augustus aan de Commissaris van de Koningin, de Burgemeesters van de vier grote steden en Haarlemmermeer en de autoriteiten van Curaçao en Aruba staat dan ook opnieuw dat er geen aanleiding bestaat tot het sluiten van scholen.<sup>84</sup>

Met het oog op het nadere einde van de zomervakanties informeerde het CIB op 14 augustus scholen en kindercentra door middel van voorbeeldbrieven en informatierichtlijnen.<sup>85</sup>

Op 13 augustus (een dag later verstuurd naar de ambtelijke top van VWS) verscheen de epidemiologische notitie over het effect van schoolsluiting van het CIB.<sup>86</sup> Er wordt vastgesteld dat theoretisch schoolsluiting twee weken vóór de piek tot betere spreiding van de belasting van de zorg zou leiden. 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.

---

<sup>81</sup> Managing schools during the current pandemic (H1N1) 2009 – Reactive and proactive school closures in Europe 20 Jul 2009

<sup>82</sup> Verslag BAO, 6 augustus 2009.

<sup>83</sup> Verslag BAO, 6 augustus 2009.

<sup>84</sup> Brief BZK, 2009-000044082, 7 augustus 2009.

<sup>85</sup> Brief LCI, Brief scholen en kindercentra, 14 augustus 2009.

<sup>86</sup> De vraag is 27 juli aan het RIVM gesteld.

'*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. Voor het bepalen van het juiste lokaal verschillende moment van sluiting zijn diverse surveillancebronnen beschikbaar (ziekenhuizen, CMR-peilstations, scholen). De trigger ligt op de ca. vijf infecties (drie symptomatische gevallen) per 100 kinderen per week in de leeftijdscategorie van 12 jaar.<sup>87</sup>

In overstemming met het advies van het ACO<sup>88</sup> besloot het IBT op 25 augustus dat er op dat moment geen reden was de scholen te sluiten en dat gelet op het verloop van de pandemie er geen reden lijkt om op enig moment scholen te sluiten. Mutatie van het virus in het najaar kan echter niet worden uitgesloten, daarom blijft het volgens het IBT zinvol door te gaan met de inventarisatie over het nut en de noodzaak van het sluiten van scholen.<sup>89</sup>

Feitelijk is het proces van het komen tot de notitie met de integrale afweging over schoolsluiting op dat moment gestopt.<sup>90</sup>

Op 11 september verstuurde het ministerie van BZK als slotakkoord van de discussie over schoolsluiting een bestuurlijke brief aan de Commissaris van de Koningin, de Burgemeesters van de vier grote steden plus Haarlemmermeer en de autoriteiten van Curaçao en Aruba. Over sluiting van scholen wordt vermeld dat de ernst en de verspreiding van het huidige virus niet rechtvaardigen dat scholen op dit moment worden gesloten en wordt 'afgeraden' dit – zonder overleg met het ministerie van VWS – op eigen initiatief te doen.<sup>91</sup>

## 5.5 Analyse

In deze analyse van de nationale besluitvorming over het voorkomen van verspreiding van H1N1 in Nederland wordt de voor dit rapport gebruikelijke onderverdeling in FABCM gebruikt.

---

<sup>87</sup> Bijlage Schoolsluiting tijdens een influenzapandemie, Jacco Wallinga, Michiel van Boven, Marijn van Ballegooijen, bij Brief van het RIVM aan Directeur-Generaal Volksgezondheid

<sup>88</sup> Notulen ACO, 21 augustus 2009.

<sup>89</sup> Notulen IBT, 25 augustus 2009.

<sup>90</sup> In reactie op de conceptrapportages wordt gemeld dat het CPB op verzoek van het IBT een vertrouwelijke notitie heeft geschreven, gedateerd 9 september 2009. De onderzoekers hebben deze notitie niet ontvangen en geen informatie aangetroffen waaruit blijkt dat de notitie besproken is.

<sup>91</sup> Brief BZK, 2009-0000508548.

## **Factfinding**

Bij een reguliere beheersbare infectieziekte-uitbraak wordt er ingezet op *containment* van de ziekte. De bijzondere bevoegdheden van burgemeester en minister zijn er op gericht de daartoe noodzakelijk maatregelen mogelijk te maken zoals het in (thuis)quarantaine plaatsen van patiënten of het sluiten van openbare gelegenheden. Op een dergelijke wijze is uiteindelijk een ziekte als SARS bestreden.

Bij infectieziekten met een virulentie vergelijkbaar met reguliere griep wordt er geen poging gedaan om de verspreiding tegen 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<sup>92</sup>. Deze maatregelen vallen onder *mitigation*.

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.<sup>93</sup>

Voor de factfinding is daarom alleen van belang op welk moment duidelijk was dat a) het H1N1 virus een virus was met de virulentie van een gewone griep en b) er sprake was van een meer dan incidentele verspreiding in Nederland.

Dat het virus pandemisch zou worden, werd op 27 april duidelijk toen WHO meldde dat de globale beheersing van de uitbraak niet langer uitvoerbaar was en dat daarom de focus verschoof van *containment* naar *mitigation*.

Nadat er op 30 april een eerste besmette patiënt in Nederland werd aangetroffen, volgde een continue binnendruppelen van meldingen die werden geanalyseerd. Vervolgens werd actie ondernomen richting patiënten en hun contacten. Het lijkt het meest voor de hand liggend om als grenswaarde voor een meer dan incidentele verspreiding te spreken als er patiënten worden aangetroffen die geen verband hebben met reizigers uit Mexico of de VS.<sup>94</sup>

---

<sup>92</sup> Over de waarde van de inzet van zowel antivirale middelen als vaccinatie bestaat een medische discussie (zie special issue 'Terugblik pandemie 2009-2010' van het Geneesmiddelenbulletin uit november 2010 voor een toegang tot de bronnen voor deze discussie). In deze evaluatie gaan wij uit van de in 2009 bij alle betrokken medisch-inhoudelijke adviseurs heersende overtuiging dat beide middelen werkzaam zijn.

<sup>93</sup> ECDC Interim Guidance, Mitigation and delaying (or 'containment') strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe, 6 June 2009.

<sup>94</sup> ECDC Interim Guidance, Mitigation and delaying (or 'containment') strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe, 6 June 2009.

Feitelijk was dit al met één van de eerste patiënten in mei het geval, hoewel in mei bij de andere aangetroffen patiënten wel een verband kon worden gelegd met de zieke ‘Mexicogangers’.<sup>95</sup> Begin juni was echter deze grens zeker bereikt toen er meerdere patiënten werden aangetroffen zonder een relatie met een reiziger uit Mexico.<sup>96</sup>

## **Advisering**

Cruciaal voor de analyse van de advisering over de te nemen maatregelen is de discussie of en wanneer er in Nederland van *containment* naar *delaying* en vervolgens naar *mitigation* moest worden overgegaan. Deze discussie lijkt niet systematisch gevoerd te zijn, dat wil zeggen dat er wel ad hoc over gesproken is 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 LCI. Zelfs de deskundigen van het Clb refereren in de discussie aan andere argumenten, zoals de wens niet als eerste Europees land maatregelen weer in te trekken. In onze analyse op basis van de gesprekken met de verschillende adviseurs was er geen gelijk beeld bij de verschillende adviseurs over de betekenis van en mogelijkheden voor *containment* vs. *delaying* vs. *mitigation*.

Operationeel epidemiologische adviseurs, zoals die bij het LCI, zagen, tegelijkertijd met de WHO rondom 28 april, in dat dit virus niet meer *contained* kon worden. Zij geloofden echter in meerderheid wel dat met dezelfde onderliggende maatregelen (*contact tracing* etc.) *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*<sup>97</sup> zodat er op het moment dat er geen *containment* meer mogelijk is, overgegaan moet worden tot een afweging welke *mitigation* maatregelen noodzakelijk zijn.<sup>98</sup>

---

<sup>95</sup> In dit verband moet bedacht worden dat mogelijk veel burgers al een eigen afweging maakten om, als zij geen contact hadden met een reiziger uit Mexico, hun milde griep niet bij hun huisarts te melden.

<sup>96</sup> Respondenten RIVM, op ten minste 26 juni werd dit in het IBT ook gemeld.

<sup>97</sup> Zie bijvoorbeeld ECDC Special Report The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe A review of the experience, November 2010.

<sup>98</sup> Het Clb deelt deze analyse niet, zij stelt in reactie op deze evaluatie dat ‘contactonderzoek had inderdaad een delayend effect. Hoe groot dat effect was is niet te zeggen, maar theoretisch werkt het delayend.’

Zo is de meldingsplicht en de laboratoriumanalyse van *alle* mogelijke patiënten niet meer zinvol zodra de hoop op *containment* is vervlogen.<sup>99</sup>

**Het ECDC operationaliseert** bijvoorbeeld momenteel de grens om te stoppen met laboratoriumtesten als een paar honderd, in het land zelf, besmette patiënten zijn aangetroffen. In het onderstaande citaat claimt zij echter meer duidelijkheid over haar positie en die van de WHO in 2009 dan wij hebben aangetroffen in de documenten uit 2009.

‘However by late June 2009, it had become clear that, as WHO had advised in April, domestic transmission was inevitable in all countries. This meant that for surveillance purposes, systematic laboratory testing of suspect cases could only be justified for the first few hundred domestic cases in each country and after that only for an occasional sample of cases (for surveillance and for unusual cases).’<sup>100</sup>

In Nederland is door de adviseurs wel gesproken over de (consequenties van de) overgang tussen de verschillende stappen, maar is er niet op basis van inhoudelijke overwegingen een advies voor overgang uitgebracht. Een dergelijk advies zou hebben betekend dat maatregelen, zoals de meldingsplicht, moesten worden ingetrokken. Dat verschillende maatregelen uiteindelijk wel werden ingetrokken kwam omdat de belasting te groot werd.

Een argument tegen het opheffen van bestaande, maar niet meer effectieve, maatregelen (dat enkele malen kan worden aangetroffen in verslagen en in interviews) is 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.

---

<sup>99</sup> Het Clb stelt in haar reactie op het laatste concept van deze evaluatie: ‘de meldingsplicht en laboratoriumanalyse blijven zinvol, ook al is *containment* niet meer mogelijk. Ze zijn namelijk essentieel voor de surveillance en dragen daarmee bij aan de basis van het beleid.’ In onze analyse gaat deze reactie voorbij aan het feit dat de acute meldplicht en laboratoriumanalyse (wettelijk) bedoeld zijn voor *containment* niet voor het verkrijgen van surveillancegegevens van een griep.

<sup>100</sup> ECDC Special Report The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe A review of the experience, November 2010.

## De WHO en ECDC over containment en mitigation

Tijdens de vierde bijeenkomst van de WHO (Emergency Committee) (11 juni) werd het onderwerp *containment* vs. *mitigation* besproken. De WHO raadde de afzonderlijke landen aan om hun situatie zelf te beoordelen en zich voor te bereiden op het overgaan van de *containment*- naar *mitigation* fase

Ook het ECDC neemt in juni 2009 een weinig heldere positie in als het gaat om de overgang van *containment* naar *mitigation*. "Preventing the introduction of infected visitors through vigorous case-finding, as well as active contact tracing, can be a legitimate measure for countries confident that they are not yet affected by sustained community transmission. However, to be effective at all, this strategy needs to be comprehensively implemented, targeting incoming travellers from all areas of sustained community transmission. Judgements also need to be made as to whether this is the best use of limited national or local resources, especially in the context of mainly mild cases occurring, and how to manage and communicate the radical change in policy to the public and field staff.

As many public health measures are common for both strategies, moving away from containment/delaying strategy to mitigation strategy would mainly imply giving up public health measures actively targeting incoming travellers from affected areas and not actively pursuing case-finding outside of the groups at higher risk of experiencing severe disease. Such scaling down of the delaying strategy could be phased over a certain period.

Therefore, if a country has decided to undertake delaying/containment in the first place, moving away from detecting incoming symptomatic travellers and contact tracing may be considered:

- when it is no longer feasible to maintain a comprehensive approach to containment/delaying;
- if the effort is distracting from other important activities, such as detecting community transmission; and/or
- when there is sustained community transmission established in the country, despite the delaying/containment attempts."<sup>101</sup>

---

<sup>101</sup> ECDC Interim Guidance, Mitigation and delaying (or 'containment') strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe, 6 June 2009, p.



Een bijzondere discussie is gevoerd over het advies om al dan niet scholen te sluiten. De epidemiologische ratio is dat kinderen bij elkaar een bekende besmettingsbron vormen die significant bijdraagt aan de verspreiding van griep.<sup>102</sup> In de Nederlandse sectorale voorbereiding is schoolsluiting dan ook altijd als een te overwegen maatregel beschouwd. In de operationele deeldraaiboeken wordt hieraan geen operationele uitwerking gegeven.

In de internationale documenten van WHO en ECDC wordt niet expliciet aanbevolen om scholen te sluiten. De WHO PIP gaat in 'ANNEX 1 - PLANNING ASSUMPTIONS' wel uit van schoolsluiting. Het ECDC heeft, opvallend genoeg, in de zomer van 2009 relativerende opmerkingen gemaakt over het effect van schoolsluiting, maar er achteraf in haar *'lessons learned'* document geen aandacht aan besteed.<sup>103</sup>

Gezien deze beperkte voorbereiding is het niet onverwacht dat in de eerste weken discussie ontstaat bij de adviseurs over effect en juridische basis voor schoolsluiting. De conclusie is dat het op dat moment niet noodzakelijk is, maar dat de juridische basis in de Wpv ligt. Het kost uiteindelijk anderhalve maand om eind juni te besluiten dat schoolsluiting een complexe afweging van belangen vergt die pas in het najaar aan de orde zou kunnen komen. Pas aan het eind van de zomer wordt daadwerkelijk een onderzoek gestart om die afweging te kunnen maken als vanuit de onderwijssector de vraag zelf opkomt. Men slaagt er niet in om tot een afgewogen advies te komen in de resterende tijd tot de scholen na de zomervakantie weer open gaan. Gelukkig blijkt de griep dan nog steeds zo mild dat het probleem vanzelf verdampt en het onderzoek wordt stilgelegd (en voor zover de onderzoekers kunnen overzien nog steeds niet is afgerond).

## **Besluitvorming**

De besluitvormers namen de medisch-inhoudelijke adviezen van hun adviseurs in het algemeen direct over. Opvallend is wel dat de beslissers gedwongen worden om op grond van praktische onmogelijkheden na verloop van tijd een aantal maatregelen in te trekken. Twee uitzonderingen kunnen benoemd worden:

- Een uitzondering is de benoeming van H1N1 tot een A-ziekte: de medische adviseurs in het OMT achtten het voldoende in die fase om H1N1 tot B1-ziekte te maken, zodat de meldingsplicht werd ingevoerd. In het BAO was het VWS zelf die aandrang op het opnemen als A-ziekte zodat er meer bevoegdheden ter beschikking van de minister kwamen. Deze bevoegdheden zijn overigens niet gebruikt.<sup>104</sup> Als illustratie van het voorgaande punt: omdat er

---

<sup>102</sup> Zie voor bronnen ECDC Special Report The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe A review of the experience, 2010.

<sup>103</sup> ECDC Special Report The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe A review of the experience, ECDC, 2010.

<sup>104</sup> Als uitzondering geldt misschien dat de minister van BZK op 11 september een brief stuurde waarin het burgemeesters afgeraden werd om eigenstandig tot schoolsluiting over te gaan zonder toestemming van de minister van VWS.

geen praktische noodzaak toe bestond, is op het moment van schrijven H1N1 nog steeds een A-ziekte hetgeen zeker niet in de geest van de Wet publieke gezondheid is.

- Specifiek voor de besluitvorming over schoolsluiting geldt dat de medisch-inhoudelijke adviezen weliswaar positief over het theoretische effect ervan waren, maar tegelijkertijd zo veel slagen om de arm hielden dat de besluitvormers deze adviezen niet met goed fatsoen konden overnemen en daarom nader onderzoek moesten laten verrichten. Tot een adequate controle dat dit onderzoek ook daadwerkelijk tijdig werd uitgevoerd, is men niet gekomen.

## **Communicatie**

Specifiek voor de communicatie richting professionele doelgroepen over de maatregelen gericht op het voorkomen van verspreiding geldt het volgende:

Het Clb heeft richting de professionele doelgroepen van de GGD via Inf@ct consequent de haar beschikbare informatie gedeeld. Dit betekende (zelfs) regelmatig dat onzekerheden over het bestrijdingsbeleid werden gedeeld. Als voorbeeld mag gelden dat op 8 juni werd gecommuniceerd dat men zich beraadde over de vraag of het beleid van 'active casefinding' (passend bij *containment*) over moest gaan in *mitigation*. Men refereerde daarbij aan het feit dat "door het milde verloop van de uitbraak, niet alle bestrijdingsmaatregelen zoals die op dat moment werden aanbevolen (*en uitgevoerd, auteurs*) gerechtvaardigd leken". Deze communicatiestrategie analyseren wij als een *good practice* die een voorbeeld had kunnen zijn voor de algemene publiekscommunicatie vanuit VWS die een andere strategie hanteerde. Het is fraai om te zien dat op het moment dat het Clb voor het detailaspect van communicatie over de schoolsluiting verantwoordelijk werd gehouden (in augustus) dat ook hier onzekerheden over de bestrijdingsstrategie werden gecommuniceerd zowel richting media als richting scholen zonder dat dit tot enige mediacommotie of maatschappelijke onrust leidde.

## **Monitoring**

Met gebruik van de meldingsplicht en de laboratoriumanalyse van de aldus verkregen monsters werd een naar verwachting goed overzicht verkregen van de verspreiding van Nieuwe Influenza A (H1N1) in Nederland. Eerder wezen wij er al op dat er mogelijk een systematische onderrapportage was omdat het niet onwaarschijnlijk is dat de Nederlandse burger zelf al een afweging maakte: als hij niet blootgesteld was aan contact met iemand die in Mexico was geweest, dan zou weleens de afweging kunnen zijn om (zoals gebruikelijk bij lichte griepverschijnselen) niet meteen naar de huisarts te gaan. Het milde karakter van de griep zal bij die afweging zeker een rol gespeeld hebben; bij ernstige infectieziekte-uitbraken is de verwachting dat de Nederlandse burger zich meegaand op zou stellen (en zich wel zou melden).

Het effect van de maatregelen kon op deze wijze natuurlijk niet worden beoordeeld. Er was immers geen referentiesituatie waaraan het effect op de verspreiding kon worden getoetst. Dit maakte dat advisering en besluitvorming uit moest gaan van epidemiologische modellen en van gezond verstand om de aannames in de modellen kritisch te beoordelen.

## 6. Voorkomen verspreiding naar Nederland

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de nationale besluitvorming over de maatregelen gericht op het voorkomen van verspreiding *naar* Nederland beschouwd.

Wij onderscheiden twee typen maatregelen die zijn genomen om verspreiding van H1N1 *naar* Nederland te voorkomen. De eerste maatregel was het adviseren van reizigers omtrent het wel of niet afreizen naar Mexico<sup>105</sup>. Het tweede maatregelpakket betrof de omgang met reizigers vanuit mogelijk gebieden waar H1N1 voorkwam en die naar Nederland kwamen per vliegtuig. Zoals we zullen zien is ervoor gekozen om voor specifieke maatregelen anders dan advisering tot de beperking te komen van reizigers die vanuit Mexico rechtstreeks naar Schiphol vlogen.

Hieronder volgt als eerste het feitenrelaas dat wij omwille van de leesbaarheid hebben onderverdeeld in de twee thema's:

- Advies voor reizigers naar Mexico.
- Maatregelen gericht op reizigers die via Schiphol Nederland binnenkwamen.

### 6.2 Advies voor reizigers naar Mexico

Na de bekendmaking van de WHO van de H1N1-uitbraak in Mexico, werden daar op 24 april 2009 stringente maatregelen getroffen om de verspreiding van het nieuwe virus af te remmen, zoals het sluiten van scholen en publieke gebouwen. Relevant voor dit hoofdstuk is dat vertrekkende (en aankomende) reizigers op het vliegveld van Mexico geïnformeerd werden over de uitbraak en geadviseerd werden om bij eventuele symptomen direct contact te zoeken met een arts. De grenzen van Mexico werden niet gesloten.<sup>106</sup>

In de VS, waar op dat moment ook al patiënten waren aangetroffen, werden er geen reisbeperkingen van en naar Mexico ingesteld.

---

<sup>105</sup> Buza hanteert voor reisadviezen zes niveaus: 1) Geen bijzondere veiligheidsrisico's 2) Waakzaamheid betrachten 3) Er zijn onveilige gebieden 4) Niet-essentiële reizen naar bepaalde gebieden worden ontraden 5) Niet-essentiële reizen worden ontraden 6) Alle reizen worden ontraden. Op de site van het ministerie staat te lezen dat adviezen worden gegeven als er sprake is van aanwijsbare veiligheidsrisico's in een land, waardoor voor de reiziger een acute levensbedreigende situatie bestaat.

<sup>106</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

De CDC kwam wel met een uitbraakmededeling om reizigers te waarschuwen voor het toegenomen gezondheidsrisico in Centraal-Mexico en Mexico-stad.<sup>107</sup> In het weekeinde bleek de WHO geen reizigersadvisering uit te brengen<sup>108</sup>.

In de pers liet Schiphol op zondag 26 april weten “nog geen verscherpte maatregelen te treffen in verband met de varkensgriep. De Veiligheidsregio Kennemerland en de Airport Medical Services (AMS) zien daar ook nog geen aanleiding toe”. In hetzelfde bericht werd melding gemaakt van de maatregelen gericht op reizigers vanuit Mexico die bijvoorbeeld Japan neemt: de luchthavens daar hebben de controles verscherpt op passagiers uit Mexico. Als uit scans blijkt dat reizigers een verhoogde lichaamstemperatuur hebben, worden “passende maatregelen genomen”.

In het eerste ACO van 27 april 2009 werd gemeld dat zaterdag 2 mei 2009<sup>109</sup> een bijeenkomst wordt georganiseerd op EU-niveau met alle ministeries van gezondheidszorg. Tijdens de bijeenkomst werd gesproken over een eventuele gecoördineerde actie met betrekking tot advies en/of maatregelen voor reizigers. Een voorbehoud om een ontradend reisadvies uit te brengen was het mogelijke risico op claims. Het beeld dat tijdens het ACO werd geschetst van de houding van het publiek is rustig. Er komen wel vragen binnen bij Postbus 51, het RIVM en het ministerie van BuZa. Dat laatste betreft hoofdzakelijk vragen over het reisadvies naar Mexico. Gezien de gestelde vragen werd tijdens de ACO-vergadering besloten een centrale Q&A lijst op te stellen en te publiceren op de website van het RIVM. De websites van de verschillende departementen moesten hier naartoe linken.<sup>110</sup>

Op diezelfde 27 april 2009, verklaarde de WHO fase 4 af voor H1N1, dat wil zeggen dat het virus van mens op mens overdraagbaar was. De WHO meldde meteen dat er sprake was van een uitgebreide verspreiding van het nieuwe virus.<sup>111</sup>

---

<sup>107</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>108</sup> Transcript of the Press Conference undertaken with Dr Keiji Fukuda, Assistant Director-General ad. Interim for Health Security and Environment World Health Organization 26 April 2009.

<sup>109</sup> Deze bijeenkomst heeft plaatsgevonden op 30 april in Luxemburg.

<sup>110</sup> Notulen ACO, 27 april 2009.

<sup>111</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

## **Van containment naar mitigation**

Given the widespread presence of the virus, the Director-General considered that containment of the outbreak is not feasible. The current focus should be on mitigation measures.

The Director-General recommended not to close borders and not to restrict international travel. It was considered prudent for people who are ill to delay international travel and for people developing symptoms following international travel to seek medical attention.<sup>112</sup>

Luchthaven Schiphol en GGD Kennemerland (verantwoordelijk voor de infectieziektebestrijding op Schiphol) besloten na het weekend om reizigers van informatie te voorzien door middel van een brief.<sup>113</sup>

In het IBT werd op 28 april 2009 gesproken over het voornemen van BuZa om niet-essentiële reizen naar Mexico te ontraden. Discussiepunt was het feit dat het griepvirus buiten de gestelde kaders van de terugbetaling vanuit het Garantiefonds viel en claims daarom niet gehonoreerd konden worden. BuZa werd in de vergadering geadviseerd om het advies niet uit te brengen. Redenering was dat bij ontradend reisadvies ook de consequenties helder moeten zijn. In het verslag staat te lezen dat wanneer er wel een ontradend reisadvies werd uitgevaardigd 'dan ook de consequenties [moeten] worden geschetst voor de burger. Een brede afweging van het reisadvies alvorens deze af te kondigen verdiende de voorkeur'.<sup>114</sup>

## **Onduidelijkheid over procedure terugbetaling vanuit het Garantiefonds**

De discussie in het IBT van 28 april is een illustratie van de onduidelijkheid die bij veel respondenten bestaat over de procedure tot terugbetaling vanuit het Garantiefonds in relatie tot ontradende reisadviezen vanuit het ministerie van Buitenlandse Zaken. De Calamiteiten Commissie van de reisbranche bepaalt formeel zelfstandig of reizigers hun geld terug krijgen omdat een bestemming te onveilig wordt. Vanzelfsprekend heeft een advies van het ministerie wel betekenis in die afweging. Er bestaan diverse voorbeelden van ontradende reisadviezen gecombineerd met doorvliegende reisorganisaties die hun eigen afwegingen maken samen met de toeristen. Touroperators maken daarbovenop zelf nog een afweging of zij, indien de Calamiteitencommissie (nog) geen terugbetaling geeft, hun klanten bijvoorbeeld een reis naar een veiliger bestemming willen aanbieden.

---

<sup>112</sup> Swine influenza Statement by WHO Director-General, Dr Margaret Chan 27 April 2009.

<sup>113</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>114</sup> Notulen IBT, 28 april 2009.

Dezelfde dag raadde het Ministerie van BuZa 'niet-essentiële reizen' naar Mexico af, in verband met de Nieuwe Influenza A (H1N1)-uitbraak in Mexico. Minister Verhagen stelde aanvullend: 'Ik raad iedereen aan om onze reisadviezen goed in de gaten te houden en de informatie op de site van het RIVM en de WHO te volgen'.<sup>115</sup> Reizigers die toch naar Mexico reisden werden geadviseerd de nodige voorzichtigheid te betrachten door:

- contact met mensen met griep te vermijden
- algemene hygiënemaatregelen in acht te nemen
- de lokale situatie en veranderingen in het advies in de gaten te houden
- een arts te raadplegen bij ziekte (koorts van meer dan 38,5°C, etc.).<sup>116</sup>

Vanuit het Clb (in het bijzonder de onderdelen LCI en het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR)) werd tegelijkertijd professionals in de medische zorg afgeraden om preventief antivirale middelen voor te schrijven aan reizigers naar Mexico.<sup>117</sup>

In het tweede BTCB van 28 april 2009 dat aan het einde van de middag plaatshad, werd vermeld "...dat inmiddels het reisadvies (niet-noodzakelijke reizen naar Mexico afraden) door het ministerie van BuZa is uitgegeven. In Europees verband is besloten tot hetzelfde advies". Het feit dat het ontradend reisadvies geen recht geeft op vergoeding uit het Calamiteitenfonds diende in de Q&A's te worden opgenomen.<sup>118</sup>

In het IBT van 29 april 2009 kwam het voornemen van Frankrijk aan bod om een vliegverbod in te stellen voor Mexico en ambassademedewerkers terug te trekken. Vanuit medisch oogpunt meldde het OMT die ochtend dat het instellen van een vliegverbod geen effect oogst. Het ambtelijk advies van VWS aan de minister van VWS, was om zich in de EU-top van 30 april 2009 tegen het vliegverbod te verzetten op basis van medische gronden. Ook het voornemen om ambassademedewerkers terug te trekken, zou Nederland niet volgen. Overwegingen in het overleg waren dat het disproportionele maatregelen betreft, dat complete isolatie van een land als een illusie gezien werd plus het feit dat vele reisbewegingen al gemaakt zijn.

---

<sup>115</sup> Nieuwsbericht Rijksoverheid d.d. 28 april 2009. Buitenlandse Zaken raadt niet-essentiële reizen naar Mexico af.

<sup>116</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>117</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>118</sup> Verslag BTCB, 27 mei, 2007.

Ook de eindigheid van deze maatregel is moeilijk aan te geven. Tot slot is het onduidelijk hoe er in dat geval wordt omgegaan met andere landen met ziektemeldingen.<sup>119</sup>

Op 29 april kondigde de WHO ook fase 5 af, dat wil zeggen dat het virus zich in meer landen, maar nog niet over meerdere continenten, zelfstandig verspreidt.<sup>120</sup>

## Reisadvies en reisorganisaties

Op 29 april besluiten een aantal grote Nederlandse reisorganisaties zoals TUI Nederland, Thomas Cook en Oad om de reizigers naar Mexico gezien het ontradende advies van BuZa de mogelijkheid te geven hun vakantie gratis om te boeken naar een andere bestemming.<sup>121</sup> De vluchten gaan wel door en volgens de reisorganisaties maken weinig passagiers gebruik van het aanbod.

De EU-top op 30 april leidde niet tot overeenstemming over de te nemen maatregelen en in het bijzonder niet tot een Europese advieslijn over de omgang met reizen naar Mexico.<sup>122</sup>

Ruim twee weken later, op 15 mei 2009, vond overleg plaats tussen het Clb en VWS. Vanuit het VWS werd het Clb de vraag gesteld hoe aangekeken wordt tegen het handhaven van het reisadvies om af te zien van niet-essentiële reizen naar Mexico. Door het Clb werd aangegeven dat het "niet nodig lijkt dit advies te handhaven". Besloten werd het punt te agenderen in het BTCB.<sup>123</sup>

Enkele dagen later (18 mei) werd het staande ontradende reisadvies in het BTCB besproken vanwege het feit dat de Nieuwe Influenza A (H1N1) inmiddels in veel andere landen voorkwam.

---

<sup>119</sup> Notulen IBT, 29 april 2009.

<sup>120</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>121</sup> ANP, 29 april 2009. Uit hetzelfde bericht komt: 'Moedermaatschappij TUI Travel besloot dinsdag alle vluchten naar Cancún vanuit het Verenigd Koninkrijk voor de komende zeven dagen te schrappen in verband met de uitbraak van varkensgriep. TUI Nederland wil zover nog niet gaan. Volgens de woordvoester is de situatie in Groot-Brittannië anders, nu daar een paar ziektegevallen zijn opgedoken.' (NB. De gedachtelijn hier is dat ziektegevallen in *Engeland* een extra reden kunnen zijn om vluchten *van Nederland naar Mexico* te stoppen).

<sup>122</sup> Het ministerie van Buitenlandse Zaken stelt in haar reactie op de concept evaluatie: 'Europese coördinatie van reisadviezen is lastig omdat het veel tijd kost en landen belangen hebben die afgewogen worden tegen de veiligheid van de reiziger. Daar komt bij dat niemand de EU graag verantwoordelijk maakt voor een item dat zo kiezersgevoelig ligt. EU landen houden elkaar op de hoogte van hun reisadviezen via een door de Europese Commissie ingestelde website. In de praktijk is er een goede convergentie.'

<sup>123</sup> VWS, Notulen verslag overleg RIVM, 15 mei 2009.

De vraag werd gesteld of het reisadvies gehandhaafd moet blijven. Het Clb voelde meer voor het conceptstandpunt dat ondertussen op Europees niveau is voorgesteld, namelijk om geen reisadvies te geven maar alleen reizigers naar landen waar de Nieuwe Influenza A (H1N1) voorkomt, te adviseren hygiënische maatregelen te treffen. In het BTCB werd gesteld dat een definitief standpunt over het wijzigen (dat wil zeggen afschalen) van het reisadvies een zaak van BuZa is.<sup>124</sup>

Op 19 mei was er contact tussen VWS en BuZa over het reisadvies. Daarover werd in het verslag van het van het BTCB 20 mei 2009 vermeld dat BuZa die dag het reizigersadvies zal veranderen, dat wil zeggen dat het advies “niet te reizen naar Mexico indien niet noodzakelijk” wordt opgeheven.<sup>125</sup>

In het BTCB van 25 mei 2009 werd gemeld dat het erop leek dat BuZa op grond van de gewisselde inhoudelijke argumenten het reisadvies zou intrekken. Dit bleek echter nog niet gebeurd te zijn. De redenen daarvoor waren ter vergadering nog niet bekend en zullen worden aangekaart in het ACO waarbij BuZa aanwezig is.<sup>126</sup>

Later op de dag meldde BuZa in het ACO dat, in lijn met wat vele andere landen reeds hadden besloten, er een ambtelijk advies lag het reisadvies voor niet-essentiële reizen af te schalen van “ontraden” naar “waakzaam”. Dit advies was voornamelijk niet door de minister van BuZa overgenomen. Verwacht werd dat het onderwerp op 26 mei werd besproken.<sup>127</sup>

In de annotatie ten behoeve van het IBT van 26 mei 2009 werd door BuZa gesteld dat het reisadvies van Nederland in overeenstemming is met de dan vigerende WHO fase 5, en dat om deze reden BuZa niet wil afschalen. In de vergadering zelf werd gemeld dat al een week eerder (20 mei) het reisadvies door 8 EU-lidstaten is afgeschaald, en dat dit aantal op 25 mei al op 22 ligt. De vertegenwoordiger van het ministerie van BuZa meldde verder in het IBT dat BuZa voornemens is het reisadvies af te schalen en dat men hoopte dat deze beslissing zo snel mogelijk genomen werd.<sup>128</sup>

In de volgende BTCB-en van VWS kwam het reisadvies wederom aan de orde.

---

<sup>124</sup> Verslag BTCB, 18 mei 2009.

<sup>125</sup> Verslag BTCB, 20 mei 2009.

<sup>126</sup> Verslag BTCB, 25 mei 2009.

<sup>127</sup> Notulen ACO, 25 mei 2009.

<sup>128</sup> Annotatie IBT, 26 mei 2009.



In het verslag staat 'dat BuZa pas wil afschalen als WHO fase 6 afgekondigd wordt maar vanwege de milde aard van de ziekte zal dit niet gebeuren.'<sup>129</sup> Afgesproken werd dat op directeureniveau het onderwerp besproken wordt.<sup>130</sup>

Op 29 mei 2009 werd in het BTCB in het verlengde van het voornemen om het reisadvies af te schalen, gesproken over de informatievoorziening op Schiphol. Deze zal niet worden aangepast. Dit betekende dat reizigers naar Mexico wel geattendeerd worden, maar reizigers naar de VS of andere landen niet. In het BTCB werd ervoor gepleit dat reizigers op moeten letten, ongeacht de bestemming.<sup>131</sup>

Op 2 juni was er op directeureniveau contact tussen VWS en BuZa, waarna VWS per e-mail een toelichtende tekst verstrekke aan BuZa over het reisadvies.<sup>132</sup>

Op 2 juni werd in het BTCB verder gesproken over het reizigersadvies: of er is nagedacht over informatie voor reizigers naar het Verenigd Koninkrijk en Spanje. Dit zijn in Europa immers de plekken met de meeste besmettingen en met mens-op-mensbesmettingen.<sup>133</sup>

Op 9 juni 2009 besloot de minister van BuZa niet-essentiële reizen naar Mexico niet langer af te raden met de volgende argumentatie: 'Inmiddels is duidelijk dat het ziektebeeld van het griepvirus tot nog toe over het algemeen mild is. Daarnaast is het virus inmiddels in 73 landen vastgesteld, waardoor een specifiek op Mexico gericht reisadvies niet langer in de rede ligt.' De advisering aan reizigers om waakzaamheid te betrachten (hygiënemaatregelen hanteren en de huisarts raadplegen bij koorts) bleef staan.<sup>134</sup>

Op 11 juni 2009 verhoogde de WHO de pandemische alertheidsfase van fase 5 naar fase 6. De WHO herhaalde het advies aan landen om hun grenzen niet te sluiten en het internationale handels- of personenverkeer geen beperkingen op te leggen.<sup>135</sup>

---

<sup>129</sup> Deze quote is een voorbeeld van de verwarring die er (ook bij VWS) heerste over de precieze betekenis van de WHO-faseringen. Ook hier werd nog gedacht dat de WHO-fase 6 niet alleen voor de verspreiding betekenis had maar ook voor de ernst van de ziekte.

<sup>130</sup> Verslag BTCB, 29 mei 2009.

<sup>131</sup> Verslag BTCB, 29 mei 2009.

<sup>132</sup> Verslag BTCB, 2 juni 2009.

<sup>133</sup> Verslag BTCB, 2 juni 2009.

<sup>134</sup> Nieuwsbericht Rijksoverheid d.d. 9 juni 2009. Ministerie Buitenlandse Zaken raadt reizen naar Mexico niet langer af.

<sup>135</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

De informatieverstrekking specifiek aan reizigers naar Mexico op Schiphol werd vervolgens gestopt.

### 6.3 Binnenkomende reizigers Schiphol

Vanaf 24 april 2009 werden artsen en verpleegkundigen voor het eerst bericht door het Clb (via Inf@ct) over hoe te handelen bij een verdenking van Nieuwe Influenza A (H1N1). Extra alertheid werd gevraagd voor reizigers uit Mexico.<sup>136</sup>

In het VWS crisissamenleg (BTCB, toen nog crisisteam Varkensgriep genaamd) op 27 april werd vastgesteld dat er op dat moment, in lijn met EU beleid, naast informatieverstrekking aan reizigers op Schiphol (zie hieronder) verder geen acties op luchthavens zullen worden genomen.<sup>137</sup>

In het ACO van 27 april werd besproken dat bij opschaling of verergering (van de situatie) de International Health Regulations richtlijn zal worden gehanteerd, in het verlengde daarvan de implementatie daarvan in de Wet publieke gezondheid.

Vanaf 27 april werd er informatie voor reizigers vanuit Mexico verspreid. GGD Kennemerland informeerde Luchthaven Schiphol over het beleid rondom reizigers terugkerend uit Mexico en stelde zogenaamde informatiebrieven op die uitgereikt konden worden aan passagiers van en naar Mexico. In deze brieven werden reizigers geadviseerd om bij koorts van meer dan 38,5°C contact op te nemen met de huisarts. Daarnaast werden op Schiphol (en later op andere Nederlandse luchthavens) in vijf talen posters geplaatst met daarop informatie over het herkennen van griepsymptomen en de acties die men moest nemen bij griepsymptomen komend uit Mexico. Professionals en publiek konden voor actuele informatie rondom de Nieuwe Influenza A (H1N1) terecht op de themasite van het Clb. Tevens werd op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) informatie voor reizigers geplaatst.<sup>138</sup>

In het BTCB van 28 april werd vermeld dat “GGD Kennemerland verantwoordelijk is voor reizigersinformatie. Het IGZ monitort dit en gaat ervoor zorgen dat ook op de andere Nederlandse luchthavens informatie beschikbaar komt zodat reizigers uit Mexico die niet op een rechtstreekse vlucht terugkeren naar Nederland niet gemist worden”. VWS meldde dat in de EU is afgesproken dat dit op andere vluchten/luchthavens ook geregeld is.<sup>139</sup>

---

<sup>136</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). *Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM*. RIVM

<sup>137</sup> Verslag overleg VWS crisisteam Varkensgriep, 27 april 2009.

<sup>138</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). *Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM*.

<sup>139</sup> Verslag BTCB, 28 april 2009.

In het IBT van 28 april werd besproken dat doordat de WHO fase 4 heeft afgekondigd (op 27 april) de informatieverspreiding op Schiphol verbreed moet worden naar andere luchthavens, dat wil zeggen dat er posters moeten komen op alle Nederlandse luchthavens. Geconcludeerd werd dat maatregelen met betrekking tot detectie op luchthavens en quarantainemaatregelen niet operationeel te handhaven zijn (vanwege incubatietijd van 7 dagen) en ook weinig zin hebben (het is daarmee niet tegen te houden).<sup>140</sup>

In het BAO van 29 april 2009 werd geconstateerd dat de medische dienst van de luchthaven Schiphol informatie van verschillende partijen ontving (VWS, V&W en GGD Kennemerland). Daarop adviseerde het BAO om interdepartementaal (in het IBT) af te spreken om de communicatie via de lijn VWS-GGD Kennemerland te laten lopen, omdat het immers primair om gezondheidsaspecten gaat.<sup>141</sup> In het IBT van 29 april werd conform bovenstaande besloten.<sup>142</sup>

In dezelfde BAO-vergadering werd toegelicht dat de luchthaven Schiphol een eigen draaiboek heeft. Over de bevoegdheden (in het kader van de Wet publieke gezondheid) werd gemeld dat de burgemeester van Haarlemmermeer bevoegdheden heeft om maatregelen te nemen die verplichtend zijn voor de luchthaven Schiphol. En dat door aanmerking van H1N1 als A-ziekte de minister deze weer kan overrulen. Vastgesteld werd dat Schiphol wel een private partij is en zelf kan (en mag) communiceren. Afgesproken werd dat GGD Kennemerland contact opneemt met Schiphol om er voor te zorgen dat communicatie-uitingen met grote impact plaats vinden via VWS.<sup>143</sup>

In het ACO van 30 april werd vermeld dat er inmiddels op alle Nederlandse vliegvelden informatie wordt verstrekt. Via EZ werd de reisbranche verzocht alle vertrekkende reizigers met behulp van folders te informeren over de gedragslijn bij terugkomst. In het ACO werd genoemd dat veel Nederlanders via andere niet-Nederlandse luchthavens uitreizen. Deze reizigers worden niet bereikt met de publieksinformatie op de Nederlandse luchthavens. Het advies van het ACO aan het IBT was om de verantwoordelijkheid voor het informeren van reizigers op buitenlandse luchthavens over te laten aan het betreffende land. Wel kan via de reisbranche extra informatie worden verspreid aan reizigers (ook voor hen die via buitenland reizen.)<sup>144</sup>

---

<sup>140</sup> Notulen IBT, 28 april 2009.

<sup>141</sup> Verslag BAO, 29 april 2009.

<sup>142</sup> Notulen IBT, 28 april 2009.

<sup>143</sup> Verslag BAO, 29 april 2009.

<sup>144</sup> Notulen ACO, 30 april 2009.

## 1<sup>ste</sup> besmetting Nederland

Op 30 april werd bekend dat ook in Nederland een geval van Influenza A (H1N1) was gesignaleerd, bij een driejarig kind. Het kind was 27 april met zijn ouders teruggekomen van een familiefest in Mexico. CIB en GGD Kennemerland hebben, samen met de luchtvaartmaatschappij, de passagiers opgespoord die tijdens de vlucht vlak voor, vlak achter en naast het gezin zaten. Deze, ongeveer 30, passagiers kregen ook uit voorzorg de virusremmer Tamiflu toegediend.

In het IBT van 1 mei werd conform het ACO advies besloten om de verantwoordelijkheid voor het informeren van reizigers op buitenlandse luchthavens over te laten aan het betreffende land. Dit advies werd door het IBT overgenomen.<sup>145</sup>

Op 1 mei 2009 communiceerde de CIB via Inf@ct de procedure wat betreft vliegtuigcontacten van een Nieuwe Influenza A (H1N1)-patiënt: GGD Kennemerland diende het overzicht van de vliegtuigcontacten (en hun personalia) van de vliegtuigmaatschappij te achterhalen en vervolgens de GGD in de regio waar de contacten verbleven te benaderen. De betreffende GGD was vervolgens verantwoordelijk voor de maatregelen omtrent deze contacten.<sup>146</sup>

In het BTCTB van 4 mei en 6 mei werd gesproken over de (ongeveer vijf) luchtvaartmaatschappijen die rechtstreeks vliegen op Mexico. Het achterhalen van passagiersgegevens bleek moeilijk te zijn, onder meer omdat een rechtsgrondslag ontbreekt, de Wpg biedt hier immers geen mogelijkheid toe.<sup>147</sup> Op 8 mei werd daarom een brief aan vliegtuigmaatschappijen gestuurd met het *verzoek* tot medewerking:

“vanwege (het) bron- en contactonderzoek van belang (is) dat in geval blijkt dat in het luchtvaartuig een besmet geval aanwezig was, bekend is met welke personen deze in contact heeft gestaan en mogelijk transmissie heeft plaatsgevonden. Dit alles om te voorkomen dat er een grotere uitbraak zou kunnen ontstaan.

In verband hiermee verzoek ik u ervoor zorg te dragen dat u van de passagiers aan boord van luchtvaartuigen van uw maatschappij die vanuit Mexico rechtstreeks op Schiphol vliegen de onderstaande gegevens voor zover mogelijk registreert, zodat deze bij aankomst kunnen worden overhandigd aan de GGD Kennemerland.”<sup>148</sup>

---

<sup>145</sup> Notulen IBT, 1 mei 2009.

<sup>146</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>147</sup> Verslag BTCTB, 6 mei 2009.

<sup>148</sup> Brief van Luchtvaart en Maritieme Zaken aan ArkeFly/Travel Unie International Nederland Kenmerk VENW-DGLM-2009/1939.

## **Passenger locator card (PLC)**

Het verkrijgen van NAW- en contactgegevens van de passagiers die risico op besmetting hadden gelopen bleek moeilijk en veel tijd en energie te kosten. In overleg met Schipholpartners en luchtvaartmaatschappijen is toen besloten om Passenger Locator Cards in te voeren op alle directe vluchten vanuit Mexico, Cancun en Mexico city, op Schiphol. Deze vluchten werden alleen verzorgd door Nederlandse maatschappijen, MartinAir, ArkeFly en KLM.

GGD Kennemerland heeft samen met AMS een PLC ontwikkeld die vanaf 6 mei is gebruikt op de bovengenoemde vluchten. De PLCs werden meegegeven op de vluchten naar Mexico en alleen gebruikt op de vlucht terug naar Nederland. Alle passagiers werden geacht het formulier in te vullen. Na aankomst van de vlucht werden de PLCs afgeleverd bij AMS om daar maximaal 15 dagen bewaard te worden. Bij verzoeken tot contactopsporing werden de PLCs van de betreffende vlucht opgevraagd door GGD Kennemerland.

In het BTCB van 8 mei werd ook gesproken over hoe om te gaan met vluchten uit andere (getroffen landen). De opstelling was dat op het moment dat besloten wordt niet meer alleen naar (vluchten uit) Mexico te kijken, dat dan het opsporen van passagiers die mogelijk contact hebben gehad met een ziek persoon om hen zodoende preventief antivirale middelen te geven, moeilijk vol te houden is.<sup>149</sup>

Op 15 mei 2009 werd door het ECDC materiaal met voorzorgsmaatregelen voor reizigers gedeeld via hun website. Dit konden nationale instanties gebruiken om hun reizigers te informeren. Ook verspreidde het ECDC via EWRS het concept van de 'passenger location cards' (PLC), om het vliegtuigcontactonderzoek voor landen te vergemakkelijken. Op dit kaartje moesten passagiers van inkomende vluchten hun naam, adres en woonplaats (NAW-gegevens) en zitplaats invullen. Het kaartje werd in een gesloten envelop bewaard en alleen opengemaakt als een passagier op de betreffende vlucht achteraf ziek bleek te zijn geweest. Voor nationale instanties in Europa was het dan makkelijker om mogelijke geïnfecteerde passagiers te benaderen zonder privacy regels te schenden.<sup>150</sup>

In het BTCB van 18 mei werd geconstateerd dat het voor het eerst ook de PLC werd aangeboden aan passagiers reizend vanuit de Verenigde Staten. Tot op dat moment werden alleen passagiers uit Mexico naar Nederland op die wijze geregistreerd. Opgemerkt werd dat het een unieke procedure is: alhoewel de procedure zijn nut al heeft bewezen, worden op andere Europese luchthavens de zitplaatsen van de passagiers op vluchten uit Mexico bijna niet geregistreerd. Geconstateerd werd dat het blijven hanteren van PLC op alle vluchten uit de VS praktisch gezien moeilijk voorstelbaar is.

---

<sup>149</sup> Verslag BTCB, 8 mei 2009.

<sup>150</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

De VS zelf doen geen onderzoek meer om een besmetting vast te stellen: mensen kunnen besmet zijn zonder dat ze dat zelf weten. In de BTCB vergadering werd vooruit gekeken naar een Europese afspraak omtrent de omgang met reizigers waarvan men verwacht die op korte termijn te maken in het regelmatige telefonische overleg tussen de verschillende beleidsafdelingen van de nationale departementen voor volksgezondheid (EWRS/HSC). Daarop vooruitlopend werd voorgesteld om het OMT te vragen zich over de (komende) Europese beleidslijn te buigen: het is denkbaar dat we in Nederland een aanvullende of gewijzigde beleidslijn willen hanteren. Daarbij werd opgemerkt dat de belasting van Schiphol als gevolg van het registreren van de passagierslocatie een belangrijke overweging is (moet zijn) bij het vaststellen van de uiteindelijke beleidslijn.<sup>151</sup>

Op 18 mei kwam het ECDC met een update van reizigersinformatie. Hierin staat dat reizigers hygiënemaatregelen dienen te nemen (nauw contact met zieke mensen vermijden, handen wassen, beperken van aanraking van neus, mond en ogen). Bij vermoeden van Nieuwe Influenza A (H1N1) worden reizigers aangeraden in hun hotelkamer te blijven tenzij ze medische hulp nodig hebben. Bij terugkomst en vermoeden van Nieuwe Influenza A (H1N1) wordt aangeraden telefonisch medische hulp te zoeken.<sup>152</sup>

De dag erna, op 19 mei, kwam het ECDC met een leidraad voor casemanagement van H1N1-patiënten. Over contactonderzoek wordt niet gesproken, ook niet in het verband van reizigers.<sup>153</sup>

In het BTCB van 20 mei werd een terugkoppeling gegeven over de uitkomst van de EWRS/HSC teleconferentie over contactonderzoek voor vliegtuigpassagiers. De zeer algemene beleidslijn dat ieder land een eigen verantwoordelijkheid heeft bij het opsporen van passagiers bleef voorlopig ongewijzigd. De inschatting was dat ondanks het in feite negatieve advies van het ECDC van 19 mei, in veel EU-landen toch de Passenger Location Cards (PLC) gehandhaafd zal blijven. In het BTCB werd besloten om de PLC te blijven hanteren voor reizen afkomstig uit Mexico. Er werd van afgezien dat te doen voor andere landen vanwege de praktische uitvoerbaarheid ervan (alleen al 250.000 passagiers per maand uit de VS), omdat de griep 'mild' is en verreweg de meeste doden zijn gevallen in Mexico en niet in de andere landen. Overigens dient voor de vluchten uit de overige landen (VS en Canada) de passagierslijst makkelijk opvraagbaar te zijn in geval een besmette passagier aan boord is.<sup>154</sup>

In het ACO van 25 mei werd gesproken over al dan niet uitdoen van een verzoek aan Amerikaanse en Canadese vliegmaatschappijen om de passagiersgegevens beschikbaar te houden vanaf die datum.

---

<sup>151</sup> Verslag BTCB, 18 mei 2009.

<sup>152</sup> ECDC, Information for travellers, New Influenza A (H1N1), updated May 19 2009 – 12.00,

<sup>153</sup> Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new influenza A (H1N1) virus infection Version 3, published 19 May 2009.

<sup>154</sup> Verslag BTCB, 20 mei 2009.

De maatregel dient “de publieke opinie; de maatregel is zeker niet alles dekkend maar maakt wel duidelijk dat er alles aan gedaan wordt verdere besmetting zo veel als mogelijk te voorkomen”. Bovendien hebben “ook andere Europese landen deze maatregel getroffen (o.a. Portugal) en tot slot is er kennelijk al vanuit VenW per e-mail ambtelijk een verzoek uit gegaan met verwijzing naar het formele verzoek per brief die om opvolging vraagt.” In het ACO werd verder ook nogmaals duidelijk gemaakt dat ‘het EU verzoek om passenger location cards in te vullen geen EU verzoek is maar meer een attendering dat gebruik van de passenger location cards behulpzaam zou kunnen zijn bij achterhalen van gegevens van reizigers van een ‘besmette vlucht.’<sup>155</sup>

In vervolg op het ACO van 25 mei werd in het IBT op 26 mei gemeld dat het gebruik van de PLC's alleen uitvoerbaar is voor de directe vluchten vanuit Mexico, van de drie Nederlandse luchtmaatschappijen. Voor vluchten uit de VS en Canada heeft men te maken met meerdere buitenlandse luchtmaatschappijen en zeer veel passagiers (meer dan 200.000 passagiers per maand).<sup>156</sup>

Een dag later, op 27 mei, werd in het BTCB gemeld dat er een bijeenkomst plaats zal vinden met de gemeente Haarlemmermeer, GGD Kennemerland, V&W en VWS op Schiphol om elkaars taken, bevoegdheden toe te lichten – naar aanleiding van het gebruik van de PLC.<sup>157</sup>

In het BTCB van 29 mei werd aangegeven dat de informatievoorziening op Schiphol niet verandert. Dat betekent dat reizigers uit Mexico worden geattendeerd, reizigers uit de VS (of andere landen) niet. In het BTCB werd er voor gepleit dat het bericht moet zijn dat reizigers op moeten letten ongeacht de bestemming.<sup>158</sup>

In het BTCB van 2 juni meldde het CIB dat er met de GGD Kennemerland contact wordt opgenomen over de communicatie aan reizigers: naast Mexico zal ook de VS op de posters genoemd gaan worden. Daarnaast worden de artsen hierover geïnformeerd. Op Schiphol is GGD Kennemerland afzender van de voorlichtingsmaterialen in plaats van Postbus 51 of de Rijksoverheid. Ook werd de vraag gesteld of er is nagedacht over informatie voor reizigers naar het VK en Spanje. Dit zijn in Europa immers de plekken met de meeste besmettingen en met mens-op-mensbesmettingen. Het BTCB besloot dit verder uit te zoeken.<sup>159</sup>

---

<sup>155</sup> Notulen ACO, 25 mei 2009.

<sup>156</sup> Notulen IBT, 26 mei 2009.

<sup>157</sup> Verslag BTCB, 27 mei 2009.

<sup>158</sup> Verslag BTCB, 29 mei 2009.

<sup>159</sup> Verslag BTCB, 2 juni 2009.

In het BTCB van 10 juni werd een CIB voorstel besproken om te stoppen met de opsporing van patiënten uit vliegtuigen met ingang van 15 juni 2009. Het opsporen kost veel energie en het is de vraag of het voldoende 'oplevert' in de huidige situatie.

Ook werd wederom gesproken over de communicatie die de GGD Kennemerland op Schiphol uitvoert. Conclusie is dat bij een A-ziekte het ministerie van VWS verantwoordelijk is en de regie heeft. De veiligheidsregio voert slechts uit.<sup>160</sup>

Twee dagen later, op 12 juni, werd de informatievoorziening op Schiphol nogmaals besproken in het BTCB. Het voorstel is één brief te hanteren voor iedereen die binnenkomt op Schiphol, gezien de hoeveelheid overstapvluchten, waardoor alleen flyeren bij vluchten uit de VS niet afdoende is.<sup>161</sup>

Op 12 juni 2009 bracht het RIVM een persbericht uit naar aanleiding van het besluit van de WHO om de fasering te verhogen naar fase 6. In dit bericht werd nogmaals gemeld dat reizigers uit de VS en Mexico die klachten van koorts met griepverschijnselen ontwikkelden, contact moesten zoeken met hun huisarts (telefonisch). Reizigers uit overige landen dienden zich met deze symptomen bij de huisarts te melden als zij contact hebben gehad met een bevestigd geval.<sup>162</sup>

In het BTCB van 15 juni werd aangegeven dat het voorkomen van verspreiden op Schiphol steeds minder zinvol wordt, omdat verspreiding nu vooral binnen Nederland en binnen Europa plaatsvindt. Contactonderzoek van medepassagiers van patiënten in het vliegtuig is niet langer zinvol. Het streven is mensen te informeren zodat ze weten hoe ze aan de juiste zorg komen als ze verschijnselen van de nieuwe Influenza A (H1N1) krijgen of ziek worden in Nederland. De boodschap moet zo zijn dat ze dan bij de huisarts terecht komen en niet bij het ziekenhuis.<sup>163</sup>

Op 15 juni werd besloten om per direct te stoppen met het gebruik van PLCs, onder voorwaarde dat de informatievoorziening op Schiphol over de Mexicaanse griep op een goed niveau zou zijn. Vanaf 16 juni werden er geen PLCs meer gebruikt. In de week daaropvolgend werden nog wel contactopsporingen verricht voor vluchten die vóór 15 juni waren gearriveerd.

In het IBT van 16 juni deed VWS verslag van het VWS besluit van de dag ervoor over 'het afschalen van de actieve opsporing van ziektegevallen'. De uitleg daarbij was dat het niet langer zinvol is en ook praktisch niet meer te doen is. Voorts werd de lijst WHO-maatregelen besproken die genomen moeten worden bij de ingang van WHO fase 6.

---

<sup>160</sup> Verslag BTCB, 10 juni 2009.

<sup>161</sup> Verslag BTCB, 12 juni 2009.

<sup>162</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). *Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM*.

<sup>163</sup> Verslag BTCB, 15 juni 2009.



Eén van de aandachtspunten bij fase 6 is de informatievoorziening op luchthavens met het oog op buitenlanders die gewend zijn om direct naar het ziekenhuis te gaan, hetgeen in Nederland niet wenselijk is. Verder werd door het IBT tot de volgende acties besloten: er worden posters ontwikkeld om reizigers te informeren en er wordt op de monitor bij de bagagebanden een filmpje vertoond over de griep (ziekteverschijnselen en wat te doen), er worden brieven en flyers ontwikkeld die niet actief worden verspreid, maar op balies liggen, alle grote hotels zullen (via de GGD'en) brieven en flyers ontvangen waarmee zij hun gasten kunnen informeren wat te doen als zij griepverschijnselen vertonen.<sup>164</sup>

In het BTCB van 17 juni werd aangegeven dat in afwachting van de algemene brief/flyer aan reizigers er nog contactopsporing moet plaatsvinden, maar dat dat capacitair echter niet langer haalbaar is. Afgesproken werd dat de informatie uiterlijk op 19 juni op Schiphol is.<sup>165</sup>

Vanaf 19 juni 2009 werden de nieuwe posters en flyers opgehangen op Schiphol, met daarop het nieuwe beleid ten aanzien van contactonderzoek. Reizigers werden geattendeerd op de kenmerken van een Nieuwe Influenza A (H1N1) infectie en er werd geadviseerd om het hotel te vragen naar medische hulp in de omgeving bij symptomen. Nederlandse reizigers werd geadviseerd contact op te nemen met de huisarts.<sup>166</sup>

In het BTCB van 22 juni werd vermeld dat op die datum gestopt is met contactopsporing van zieke passagiers. In het ACO van die dag werd afgesproken om te zorgen voor interdepartementale communicatie van het besluit.<sup>167</sup>

Op 22 juni 2009 kwam het derde OMT Nieuwe Influenza A (H1N1) bijeen. Het OMT adviseerde om het huidige beleid van opsporen van nieuwe ziektegevallen door te zetten, maar te stoppen met actief zoeken naar contacten, waaronder de vliegtuigcontacten.<sup>168</sup>

In het ACO van 24 juni werden de communicatiemiddelen besproken die worden ingezet voor vliegtuigreizigers. Gevraagd werd of deze beschikbaar zijn voor de DCC's, bijvoorbeeld om door te geven aan de spoorsector. VWS verspreidde de teksten aan de ACO-leden.

---

<sup>164</sup> Notulen IBT, 16 juni 2009.

<sup>165</sup> Verslag BTCB, 17 juni 2009.

<sup>166</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). *Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM*.

<sup>167</sup> Verslag BTCB, 22 juni 2009.

<sup>168</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). *Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM*.

De communicatieboodschap is op alle luchthavens hetzelfde als op Schiphol. Over de communicatieboodschap in de havens is VWS in gesprek met V&W.<sup>169</sup>

De IBT-leden werden op 26 juni op de hoogte gebracht van de nieuwe situatie.

## 6.4 Analyse

In deze analyse van de nationale besluitvorming over maatregelen gericht op het voorkomen van verspreiding naar Nederland wordt de voor dit deel van het rapport gebruikelijke onderverdeling in FABCM gebruikt.

### **Factfinding**

Van belang is in de eerste plaats de epidemiologische ontwikkeling van H1N1:

- De eerste dreigende dagen na 24 april was er buiten Mexico sprake van incidentele gevallen, slechts in de VS was mogelijk al sprake van structurele besmetting.
- Nadat op 29 april verspreidingsfase 5 door de WHO was afgekondigd was het duidelijk dat H1N1 niet langer '*contained*' kon worden. De WHO stelde dan ook dat overgegaan moest worden van *containment* naar *mitigation*.

Dit hoofdstuk gaat over de maatregelen die werden genomen om verdere verspreiding in Nederland te voorkomen door onder andere het vastleggen van de gegevens van vliegtuigpassagiers op Schiphol zodat bij een eventueel ziektegeval van een passagier de medepassagiers kunnen worden opgespoord. Op onze vraag naar de waarde van deze maatregel schrijft het Clb in januari 2011:

#### **Contactonderzoek bij vliegtuigpassagiers**

Door het registreren van vliegtuigpassagiers kunnen contacten van bevestigde influenzagevallen snel worden opgespoord. Hierdoor kan tijdens de *containment* fase van de pandemie verspreiding vertraagd of voorkomen worden. Het opsporen van contacten tijdens de beginfase van een pandemie wordt alleen uitgevoerd als besloten is tot *containment*. [...]

De daadwerkelijke epidemiologische opbrengst van het registreren van vliegverkeer kan niet worden ingeschat. [...] Doordat de juridische, internationale en organisatorische randvoorwaarden voor het registreren van vliegpassagiers niet goed geregeld zijn, is de meerwaarde vanuit bestrijdingsoogpunt voor de pandemie 2009 beperkt gebleken. Passagierslijsten kwamen soms pas na enkele dagen beschikbaar. Hierdoor was behandeling om verspreiding te voorkomen bijvoorbeeld niet meer zinvol.<sup>170</sup>

---

<sup>169</sup> Notulen ACO, 24 juni 2009.

<sup>170</sup> Aanvullende vragen Berenschot griepandemie 2009, Clb, januari 2011.

Wij beschouwen het daarmee als een feit dat vanaf 29 april toen er geen sprake meer was van de mogelijkheid tot *containment*, er ook geen inhoudelijke grondslag was voor contactonderzoek naar de medepassagiers van die reizigers vanuit het buitenland die, bij thuiskomst in Nederland, na een paar dagen besmet bleken met H1N1.

## **Advisering**

In de eerste dreigende periode werden, door de adviseurs binnen het BTCB en het Clb, de te nemen maatregelen om verspreiding te voorkomen gebaseerd op (hun perceptie van) inhoudelijke afwegingen. Zo werd bijvoorbeeld de screening van binnenkomende passagiers op luchthavens zoals dat in Japan gebeurde of het vliegverbod waarover Frankrijk nadacht, niet als zinvolle opties beschouwd omdat deze maatregelen geen effect oogsten in termen van infectieziektebestrijding en omdat de maatregelen zich niet verhielden met maatregelen naar andere landen. De advisering bij VWS was daarmee praktisch van aard en niet gericht op 'symboolpolitiek'.

De maatregelen waartoe besloten wordt, behelzen het informeren van reizigers en (het mogelijk maken van) contactonderzoek bij de medepassagiers van reizigers *uit Mexico* die met H1N1 besmet blijken na thuiskomst.

De wellicht belangrijkste maatregel op Schiphol betreft informatievoorziening aan reizigers (brieven/flyers, posters/billboards) met de boodschap: meld u als u ziek wordt. Deze maatregel was conform het *Landelijk Draaiboek publiekscommunicatie*.

Omdat er geen wettelijke mogelijkheden bestaan tot het *verplicht* opvragen/vastleggen van de NAW-gegevens van vliegtuigpassagiers werd een systeem bedacht waarbij passagiers op *vrijwillige* basis hun NAW-gegevens op een zogenaamde *passengers location card* (PLC) opschrijven die vervolgens in een gesloten envelop wordt bewaard totdat blijkt dat een medepassagier besmet is. Deze zeer arbeidsintensieve procedure (van verstrekken PLC tot uitvoeren contactonderzoek) wordt ingezet en uitgevoerd tot 22 juni door primair de GGD Kennemerland.

Vanaf medio mei staat het contactonderzoek ter discussie in verschillende (interdepartementale) overleggen. Zo wordt onderkend dat na de eerste week ook buiten Mexico structurele besmettingen zijn, maar dat de inspanningen die nodig zijn om contactonderzoek bij alle andere reizigers te verrichten eenvoudigweg niet haalbaar zijn. Toch houdt men vast aan de procedure voor Mexicogangers. Wij beschouwen het echter als een feit dat het contactonderzoek van medepassagiers na 29 april niet meer zinvol was en dat daarmee de advisering op dit punt niet adequaat was.

De totstandkoming van de adviezen rondom het contactonderzoek is achteraf niet volledig te reconstrueren. Enerzijds wordt er in de advisering in 2009 de argumentatie aangevoerd dat de PLC goed werkt en zijn nut bewezen heeft. De argumenten om de maatregelen te handhaven lijken echter ook voort te komen 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. Voorbeeld daarvan is de onderbouwing bij het advies om de Amerikaanse luchtvaartmaatschappijen om medewerking te vragen ten aanzien van passagiersgegevens waarbij de publieke opinie een overweging is: *“de maatregel is zeker niet alles dekkend, maar maakt wel duidelijk dat er alles aan gedaan wordt*

*verdere besmetting zo veel als mogelijk te voorkomen*". Anderzijds werd vastgehouden aan contactonderzoek vanuit de veronderstelling dat dit een maatregel was die een 'delayend' effect had. In de advisering is geen (rudimentaire) kosten-batenanalyse terug te vinden.

Een bijzonder adviestraject was dat rondom het reisadvies voor reizigers naar Mexico. Het ministerie van BuZa redeneert vanuit het risico voor uitgaande reizigers. De onderzoekers hebben geen volledige reconstructie kunnen maken van het besluitvormingsproces waarin de redenen voor advisering en besluitvorming op een bepaald moment kunnen worden onderscheiden<sup>171</sup>. Deze koers van BuZa wordt geaccepteerd door de andere departementen waaronder het ministerie van VWS dat krachtens de Wet publieke gezondheidszorg de eindverantwoordelijkheid heeft voor de bestrijding van A-ziekten zoals H1N1 begin mei formeel was geworden.

- Op 28 april raadt het ministerie van Buitenlandse Zaken niet-essentiële reizen naar Mexico af, nadat de dag ervoor de WHO aanraade om geen reisrestricties uit te brengen.<sup>172</sup>
- Hoewel het alle (al dan niet medisch-inhoudelijke) adviseurs medio mei duidelijk is dat dit reisadvies niet zinvol (meer) is en vrijwel alle andere Europese landen hun ontradende reisadviezen intrekken, volhardt het ministerie van BuZa in haar ontradend reisadvies.
- Het interdepartementale overleg (ACO en IBT) en het overleg tussen VWS en BuZa over het reisadvies lijkt met name gericht op vrijblijvende advisering en informatie-uitwisseling. BuZa trekt daarbij zelfstandig haar lijn waarbij advisering door collega-departementen niet veel invloed heeft, hetgeen geaccepteerd wordt.
- Uiteindelijk trekt het ministerie van BuZa haar reisadvies op 9 juni in onder verwijzing naar omstandigheden die al weken zo waren.

---

<sup>171</sup> Criteria op basis waarvan een advies wordt uitgegeven zijn door de onderzoekers niet aangetroffen. Het ministerie geeft aan dat 'op het moment van het ontraden van niet-essentiële reizen troffen de Mexicaanse autoriteiten draconische maatregelen zoals het sluiten van scholen en het stilleggen van het hele maatschappelijk leven. Daarnaast meldden de Mexicaanse autoriteiten tientallen griepdoden in korte tijd. Het ontraden van niet-essentiële reizen is opportuun in een dergelijke situatie. Om die reden is toen besloten tot het ontraden van niet-essentiële reizen. Iedereen is daarmee gewaarschuwd en kan daar zijn voordeel mee doen. Buza gaf in het reisadvies ook nog een aantal praktische wenken voor mensen die toch afreisden.' In de onze analyse maakte het ministerie van Buitenlandse Zaken hiermee een eigen medisch-inhoudelijke afweging en vertaalde dat naar de veiligheid van reizigers.

<sup>172</sup> Het ministerie van Buitenlandse zaken stelt in haar reactie op dit rapport dat het uitbrengen van een ontradend reisadvies geen restrictie is van het internationale verkeer. In haar opinie is het uitbrengen van een ontradend reisadvies 'niets anders dan het informeren van burgers zodat die wel overwogen een eigen beslissing kunnen nemen.' Wij delen de lijn dat het wenselijk was in de situatie van H1N1 om burgers goed geïnformeerd een eigen beslissing te laten nemen, maar beschouwen een ontradend reisadvies van de overheid niet als het waardevrij informeren van burgers.

In onze analyse is het voor de toekomst onwenselijk dat advisering (en besluitvorming) over een maatregel zoals het reisadvies (die in principe essentieel is voor het al dan niet voorkomen van verspreiding van een infectieziekte) alleen wordt genomen door het ministerie van Buitenlandse Zaken op grond van eigen inschattingen van het risico voor (slechts) uitgaande reizigers.<sup>173</sup>

## **Besluitvorming**

De besluitvormers nemen, zoals steeds tijdens de H1N1-uitbraak, in het algemeen het medisch-inhoudelijk advies direct over om maatregelen te treffen. In vergelijking met de maatregelen die in andere hoofdstukken besproken worden valt op dat in dit geval er voor twee specifieke maatregelen wel al snel een medisch-inhoudelijk advies beschikbaar was (namelijk dat het niet zinvol is die maatregelen te continueren), maar dat dit advies in deze gevallen genegeerd werd:

- 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.
- In het geval van de besluitvorming over het reisadvies geldt in de eerste plaats dat op 28 april door de minister van BuZa een 'ontrabend reisadvies' afgekondigd wordt terwijl bijvoorbeeld de WHO al adviseert geen reisrestricties op te leggen. Vervolgens speelt van 18 mei tot 9 juni binnen interdepartementale gremia de discussie over het al dan niet afschalen van het reisadvies (waarbij de deskundigen van VWS voorstander zijn van afschaling maar BuZa hierin niet meegaat). Op verschillende niveaus is overleg over de argumenten om tot het besluit over te gaan, ondermeer op directeursniveau tussen VWS en BuZa. Op 9 juni wordt bij BuZa tot afschaling besloten. Er is echter in de feitelijke situatie niet veel veranderd ten opzichte van de situatie drie weken eerder (in beide gevallen grote mate van verspreiding over de wereld van een vooralsnog mild virus). Achteraf kan het ministerie van BuZa niet aangeven wat de exacte grond voor besluitvorming op dat moment was, maar is uit de verslagen wel duidelijk dat betrokken ambtenaren van het ministerie adviseerden tot eerdere intrekking.

---

<sup>173</sup> Hoewel wij haar redenering delen is het opvallend dat BuZa in haar reactie op dit evaluatierapport zelfstandig een medisch-inhoudelijke afweging maakt: 'Buza geeft aan dat een ontrabend reisadvies niet de meest voor de hand liggende maatregel tegen verspreiding in Nederland is. Een ontrabend reisadvies heft alleen een mogelijk effect op toekomstige reizigers NAAR Mexico. Mensen zullen over het algemeen pas na meerdere weken terugkeren naar Nederland van een dergelijke reis. Een mogelijk positief effect op het voorkomen van besmetting in Nederland zou zich dus pas voor kunnen doen na enkele weken. Al in Mexico aanwezige reizigers kunnen wel hun voordeel doen met de tips in het reisadvies over voorkoming van besmetting. Quarantaine en monitoring van reizigers die direct na het vaststellen van de pandemie terugkeren uit Mexico lijkt daarom effectiever. Buza zal ook om die reden niet aandringen op opname van reisadviezen in een draaiboek voor de voorkoming van besmetting in Nederland.' Voorts heeft BuZa in reactie op het rapport aangegeven dat er veelvuldig telefonsich contact is geweest tussen beide departementen (VWS en BuZa) en dat zij van mening is dat er sprake is van goede samenwerking en afgestemd beleid.

Samenvattend analyseren we dat het voor de besluitvormers makkelijker was om tot het nemen van maatregelen te besluiten dan tot het intrekken ervan.

## **Communicatie**

Over de publiekscommunicatie is een separaat hoofdstuk geschreven zodat we ons hier beperken tot een enkele opmerking.

- Specifiek voor de communicatie over te nemen maatregelen op Schiphol speelde de GGD Kennemerland een sleutelrol vanwege haar wettelijke taak voor infectieziektebestrijding op Schiphol. Er lijkt geen twijfel dat dit met grote inzet en effectief is gebeurd.
- De communicatie met professionals over de maatregelen vond als altijd snel plaats via inf@ct door het Clb.

## **Monitoring**

Waar het gaat om de monitoring van de besluitvoering rondom de maatregelen gericht op het voorkomen van verspreiding naar Nederland zijn twee aspecten van belang:

- Het monitoren van de uitvoering van de maatregelen op Schiphol is vanuit VWS of andere departementen niet tot in detail gebeurd maar toch was wel bekend dat de belasting hoog was. Dit werd ook ingebracht in de advisering.
- Ook het na enige tijd beperkte effect van de uitvoering van de maatregelen was bekend en werd in de advisering ingebracht.

De opbrengst van de monitoring heeft niet direct tot een aanpassing van advies en besluitvorming geleid.

## 7. Antivirale middelen

### 7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de besluitvorming over beschikbaarheidstelling en distributie van antivirale middelen.

### 7.2 Verstrekken en verspreiden

In de eerste overleggen van het VWS crisisteam BTCB in de dagen na 24 april 2009, werd de stand opgemaakt over de (mogelijke) inzet van antivirale middelen tegen de H1N1 uitbraak:

Nederland had op dat moment 4,7 miljoen kuren van de antivirale middelen oseltamivir/Tamiflu/Relenza<sup>174</sup> beschikbaar als noodvoorraad. De verantwoordelijkheid om te beslissen de noodvoorraad in te zetten is belegd bij VWS, maar contractueel is vastgelegd dat dan de reguliere groothandelsvoorraden moeten zijn uitgeput. Er was geen aanleiding om ad hoc te investeren in de aankoop van additionele hoeveelheden antivirale middelen. Bekend was dat vooralsnog het virus gevoelig was voor tenminste oseltamivir, maar dat het risico op het ontwikkelen van resistentie bestond. Het distributieplan voor verspreiding via de reguliere groothandelkanalen was klaar, maar was nog niet ondertekend.<sup>175</sup>

In de huidige fase, WHO fase 4, zou er bij incidentele gevallen in Nederland, conform de draaiboeken, ringprofylaxe toegepast worden. Dat wil zeggen dat de contacten van patiënten preventief antivirale middelen zouden krijgen. Wanneer er meer zieken in Nederland zouden komen was ringprofylaxe niet meer effectief en ook niet meer mogelijk vanwege de uiteindelijk ook beperkte beschikbaarheid van antivirale middelen.<sup>176</sup>

Wanneer dit omslagpunt plaats zou vinden werd als moeilijk punt benoemd. Deze overgang kon pas plaatsvinden na een OMT-advies en een BAO-advies. Die overgang kon immers ook gevolgen hebben voor de publieke opinie. De minister zou hier daarom een beslissing over moeten nemen.<sup>177</sup>

In het IBT op 29 april 2009 werd gesignaleerd dat er, wat betreft de preventieve (profylactische) verstrekking van antivirale middelen, diverse berichten in de media opdoken die suggereerden dat er een voorkeurslijst zou bestaan van onmisbare functionarissen.

---

<sup>174</sup> Oseltamivir (merknaam Tamiflu) en zanamivir (merknaam Relenza).

<sup>175</sup> Overleg VWS crisisteam Varkensgriep d.d. 27 april 2009.

<sup>176</sup> Verslag BTCB 28 april 2009.

<sup>177</sup> Verslag BTCB 28 april 2009.

Een bron van de berichten was een optreden van viroloog Osterhaus in het programma van Pauw en Witteman, die had gemeld dat er sprake was van een prioriteringslijst waarop werd aangegeven welke personen in welke volgorde in aanmerking zouden komen voor vaccinatie. De onjuiste suggestie was dat het ging om een maatschappelijke prioriteringslijst.<sup>178</sup>

Benadrukt werd dat de draaiboeken van het LCI het uitgangspunt vormden, dat wil zeggen dat er alleen preventief antivirale middelen werden verstrekt aan contacten van patiënten. Besluiten over de verdeling van antivirale middelen in een situatie dat zij schaars zouden worden, zouden pas worden genomen wanneer de situatie zich voordeed. Wel zorgde het ministerie van BuZa voor voldoende antivirale middelen voor medewerkers op buitenlandse posten in landen waar naar schatting onvoldoende antivirale middelen voorradig waren.<sup>179</sup>

In het ACO van 30 april 2009 kwam de vraag aan de orde of er eventueel in de toekomst beveiliging geregeld moest worden rondom de distributie van antivirale middelen. Hierover zou worden afgestemd met het LOCC.<sup>180</sup>

Ter voorbereiding op het IBT van 1 mei stelde het ACO op die dag een notitie op ten behoeve van het IBT. In de notitie werd ingegaan op de omineuze passage 'Prioritizing the use of antivirals, vaccines, and other medical interventions' uit de WHO-richtlijn voor griepandemie.<sup>181</sup> Het ACO adviseerde het IBT in de communicatie naar buiten expliciet afstand te nemen van het verhaal dat er in Nederland sprake was van een formele prioritaire lijst voor de profylactische verstrekking van antivirale middelen.<sup>182</sup> Anderzijds werd wel voorgesteld om alvast ten behoeve van een eventuele situatie van schaarste in beeld te brengen welke vitale functies beschermd moesten worden.<sup>183</sup>

In het IBT van 1 mei 2009 werd het bovenstaande advies van het ACO door het IBT overgenomen. Het IBT gaf opdracht inzicht te creëren in welke groepen zorg/hulpverleners, maar ook douane-, ambassadepersoneel, KMar, defensie, etc. eventueel in aanmerking kwamen voor profylactisch gebruik van antivirale middelen. Ook was in het IBT aan de orde dat er in totaal 700.000 Nederlanders zich in het buitenland bevonden. Voor 30% van de medewerkers van het ministerie van BuZa waren medicijnen voorradig. Er werd besproken dat dit een risico vormt in de communicatie ("er worden wel medicijnen verstrekt aan Nederlanders werkzaam voor Buitenlandse Zaken, maar niet aan de overige Nederlanders"). Bij de SARS epidemie was anders besloten, namelijk geen verstrekking.

---

<sup>178</sup> Bijlage 3 Besluit en infopunten t.b.v. het IBT op vrijdag 1 mei 2009.

<sup>179</sup> Verslag tweede IBT Mexicaanse griep 29 april 2009.

<sup>180</sup> Verslag ACO 30 april 2009.

<sup>181</sup> Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document., WHO, 2009, p. 23.

<sup>182</sup> Bijlage 3 Besluit en infopunten t.b.v. het IBT op vrijdag 1 mei 2009.

<sup>183</sup> Verslag IBT 1 mei 2009.



Ook werd besproken dat er een dilemma kon ontstaan indien andere EU landen anders zouden besluiten over de verstrekking van medicijnen aan landgenoten in het buitenland.<sup>184</sup>

Op 4 mei vond het BAO plaats, waarin de adviezen van het OMT ten aanzien van het gebruik van antivirale middelen werden besproken. Het advies van het OMT luidde:

- a. *De rijksvoorraad niet uitrijden naar regio's*; Levering aan bewezen patiënten en nauwe contacten moet lopen via reguliere geneesmiddelen kanalen. Apotheken moeten actief antivirale middelen inslaan. Voor overgegaan wordt tot uitrijden Rijksvoorraad moet nagedacht worden of mildheid van ziekteverschijnselen reden is om indicatie te veranderen. Momenteel is daarover te weinig informatie.
- b. *Financiële drempel gebruik antivirale middelen is onwenselijk voor de bestrijding*; Beschikbaarheid moet gratis zijn op basis van medische indicatie voor besmette patiënten en personen die in direct contact hebben gestaan met Mexicaanse-grieppatiënten.
- c. *Geen preventief gebruik antivirale middelen*. Ten slotte raadde het OMT het preventief gebruik van antivirale middelen af.<sup>185</sup>

Het BAO besloot om bovenstaande adviezen van het OMT over te nemen in haar advies richting de minister van VWS.<sup>186</sup>

In de weken erna speelde een voortdurende discussie over de beschikbaarheidstelling van antivirale middelen voor de Antillen en de grenzen van de zorgplicht van de Nederlandse overheid voor Nederlanders in het buitenland. Uit de verslagen wordt duidelijk dat aan deze onderwerpen veel advies- en beslistijd is besteed. Gegeven de afbakening van deze evaluatie diepen wij deze onderwerpen hier niet verder uit.

In het BTCB van 8 mei 2009 kwam aan de orde dat de fabrikant van het antivirale middel Relenza zich gemeld had met de boodschap dat als Nederland nog wilde bestellen, ze moest opschieten. De ambtelijke top van VWS discussieerde met het CIB over het advies om 200.000 kuren te kopen voor het geval er resistentie zou ontstaan tegen de bestaande middelen uit de noodvoorraad. De stellingname van het CIB was dat hier geen wetenschappelijk onderbouwd advies op gegeven kon worden, maar voor het geval het virus resistent zou worden tegen oseltamivir was het raadzaam om de voorraad aan te vullen met Relenza. De leden van VWS verklaarden dat dit een politieke beslissing was.<sup>187</sup>

---

<sup>184</sup> Verslag IBT 1 mei 2009.

<sup>185</sup> Verslag BAO 4 mei 2009.

<sup>186</sup> Verslag BAO 4 mei 2009.

<sup>187</sup> Verslag BTCB 8 mei 2009.

In het BTCB van 11 mei 2009 kwam de vraag aan de orde of antivirale middelen nog wel voor iedereen beschikbaar moest komen omdat de huidige griep vrij mild was zodat de meeste mensen ook zonder zouden genezen. De IGZ meldde dat inmiddels in de Verenigde Staten de beslissing was genomen dat alleen risicogroepen nog voor behandeling met antivirale middelen in aanmerking kwamen.<sup>188</sup> Er werd besproken dat het een lastige beslissing betrof. Het Clb vroeg of de Gezondheidsraad hierover kon adviseren. Het Clb vond het (eigen) OMT hier onvoldoende voor geëquipeerd.<sup>189</sup> Een besluit werd nog niet genomen.

Er werd in het BTCB van 11 mei 2009 ook opgemerkt dat indien werd voorgesorteerd op de beslissing dat niet meer alle ziektegevallen en hun contacten antivirale middelen voorgeschreven kregen, de minister geïnformeerd moest worden. De ambtelijke top van VWS concludeerde dat deze beslissing, tegelijk met die van de aankoop van vaccins, lastig was in de communicatie. Het was lastig omdat dat de ernst van de ziekte werd afgewaardeerd maar dat [tegelijktijd] er toch kostbare vaccins aangeschaft werden. Er werd in het BTCB aangegeven dat op basis van inhoudelijke argumenten het wel was uit te leggen: de kans bestond dat het virus veranderde naar een ernstiger variant en daarvoor wilde men vaccins.<sup>190</sup>

In het BTCB van 12 mei 2009 meldde het Clb dat er door hen een expertbijeenkomst georganiseerd werd, samen met de Gezondheidsraad, om de vraag te bespreken of met het huidige milde ziekteverloop wel aan alle gewone patiënten en hun contacten antivirale middelen verstrekt moesten worden. De bijeenkomst moest zo snel mogelijk plaatsvinden maar vergde goede voorbereiding. De bijeenkomst zou waarschijnlijk eind mei plaatsvinden. Omdat niet verwacht werd dat deze griep ineens op grote schaal in Nederland zou uitbreken was deze tijd er ook.<sup>191</sup>

In het BTCB van 14 mei 2009 werd opgemerkt dat er in het Verenigd Koninkrijk via het normale peilstationsysteem een melding van Nieuwe Influenza A (H1N1) was gekomen. Dat betekende dat deze persoon niet in Mexico was, noch dat contacten met andere zieken bekend waren. Er werd aangegeven dat op het moment dat dit zich in Nederland voordeed, overwogen moest worden of dan het beleid omgezet moest worden zodat niet meer elke bevestigde patiënt en de contacten antivirale middelen kregen, maar alleen de zieken uit risicogroepen. Dit was dan een medisch onderbouwde beslissing. Op 14 mei 2009 was het echter nog niet zo ver.<sup>192</sup>

Op 18 mei 2009 lag in het BTCB een advies van het Clb over de aanschaf van het antivirale middel zanamivir en het aanvullen van de huidige voorraad antivirale middelen met kinderdoseringen. Het Clb adviseerde geen zanamivir aan te schaffen omdat de huidige voorraad voldoende was.

---

<sup>188</sup> Verslag BTCB 11 mei 2009.

<sup>189</sup> Verslag BTCB 11 mei 2009.

<sup>190</sup> Verslag BTCB 11 mei 2009.

<sup>191</sup> Verslag BTCB 12 mei 2009.

<sup>192</sup> Verslag BTCB 14 mei 2009.

Het Clb adviseerde wel de huidige voorraad antivirale middelen aan te vullen met 200.000 kinderdoseringen tot 5.000.000 kuren.

Het Clb 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 Clb over. Het NVI ontving (daarop) een brief met het verzoek om over te gaan tot de aankoop van de kinderdoseringen.<sup>193</sup>

In het IBT van 26 mei 2009 werd een terugkoppeling gegeven uit de WHO jaarvergadering: "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. In de media ontstaat het beeld dat er is overgereageerd door de Nederlandse overheid. Geconcludeerd werd dat tot nu toe de juiste acties zijn genomen gelet op de informatie en situatie destijds."<sup>194</sup>

In het BTCB van 8 juni 2009 was de vraag aan de orde tot wanneer de huidige benadering van alle contactopsporing en profylaxeverstrekking gehandhaafd moest en kon worden. Nu waren de maatregelen nog gericht op het vertragen van de uitbraak. De vraag die voorlag was of dat nog veel langer haalbaar was of dat vereenvoudiging nodig was. Het Clb stelde voor om, in samenwerking met de GGD'en, in de loop van de week een vereenvoudigd protocol aan VWS voor te leggen. Men gaf aan dat stoppen of wijzigen van contactopsporing en voorschrijven van antivirale middelen flinke beleidswijzigingen waren die ook om overleg met de minister vroegen.<sup>195</sup>

Ook in het IBT van 16 juni 2009 kwam de vraag aan de orde "hoe lang het nog nuttig is om door te gaan met het verstrekken van Tamiflu (bijv. aan klasgenoten van een zieke leerling); de kans is groot dat dit niet meer nuttig is en het wellicht beter bewaard kan worden voor mensen die ziekteverschijnselen hebben".<sup>196</sup> Verder was bij de vergaderstukken een voorstel van het LOCC gevoegd over de distributie van antivirale middelen bij maatschappelijke 'rust', 'onrust' en 'escalatie'. Gesuggereerde kernoplossing was het vragen aan de regio's om alternatieve distributieplannen te ontwikkelen voor het scenario 'escalatie'.<sup>197</sup>

---

<sup>193</sup> Verslag BTCB 18 mei 2009.

<sup>194</sup> Verslag IBT 26 mei 2009.

<sup>195</sup> Verslag BTCB 8 juni 2009.

<sup>196</sup> Verslag IBT 16 juni 2009.

<sup>197</sup> Memo. Annotatie IBT 16 juni 2009.

Op 22 en 23 juni 2009 vonden respectievelijk een OMT en een BAO plaats over, onder andere, de vraag of kijkende naar de huidige situatie en het milde ziektebeeld, het nog wenselijk en haalbaar was om alle huidige ingezette maatregelen voort te zetten. Het OMT gaf aan dat het doel van de maatregelen moest zijn er alles aan te doen om de piek uit te stellen.<sup>198</sup>

“Dat maakt dat men zich realiseert en daarom adviseert, ondanks dat men zich realiseert dat de druk hoog is op de GGD'en, het advies is om de huidige praktijk niet los te laten. Voorgesteld wordt om:

- Case definitie niet uitbreiden
- Nieuwe potentiële gevallen blijven bemonsteren en oseltamivir verstrekken
- Huisgenoten van bewezen positieve patiënten informeren en zodra klachten ontstaan direct oseltamivir voorschrijven. Voor overige contacten gelden geen maatregelen meer zoals vliegtuig, werk of schoolcontacten. Contacten niet meer bemonsteren. Dit lijkt een kleine wijziging, maar is voor de praktijk wel een grote wijziging als het gaat om inzet van capaciteit. Voorheen zijn contacten wel bemonsterd, dit heeft positieven opgeleverd, echter niet in groten getale.
- Het OMT is van mening dat zanamivir gereserveerd moet blijven indien er resistentie tegen oseltamivir ontstaat en dat is op dit moment niet aan de orde.”<sup>199</sup>

Er werd aangegeven dat er geen wetenschappelijke onderbouwing was voor het effect van deze maatregelen, maar ze een pragmatische oplossing vormden om hopelijk de piek zo lang mogelijk uit te stellen. Mocht de situatie op korte termijn wijzigen door een sterke toename van patiënten dan moest de vereenvoudiging van maatregelen opnieuw worden bezien.<sup>200</sup>

Tevens adviseerde het OMT om antivirale middelen (nogmaals) te ontraden als middel tot profylaxe in het kader van continuïteitsvoorbereiding. Zowel vanuit epidemiologisch perspectief als wel medisch (voor inzet langer dan zes weken is het middel niet geregistreerd) bezien. Het BAO besloot tot het overnemen van het advies. Als actie volgde daaruit dat het ministerie van VWS in samenwerking met het ministerie SZW, de bedrijfsartsen opnieuw ging voorlichten over terughoudendheid bij profylaxe. Ook de medisch inhoudelijke argumenten moesten daarin terugkomen. Het ging niet alleen om communicatie naar het bedrijfsleven, maar ook naar het algemene publiek en mogelijk niet alleen om passieve communicatie, maar mogelijk ook actief.<sup>201</sup>

---

<sup>198</sup> Verslag BAO 23 juni 2009.

<sup>199</sup> Verslag BAO 23 juni 2009.

<sup>200</sup> Verslag BAO 23 juni 2009.

<sup>201</sup> Verslag BAO 23 juni 2009.

Ten slotte adviseerde het OMT omtrent communicatie en publiciteit: “Een persbriefing lijkt nu niet noodzakelijk”<sup>202</sup>

Het BAO besloot om de adviezen van het OMT over te nemen met de aanvulling: “Als er een omslagpunt komt, omdat één of meerdere GGD'en het beleid niet langer capacitair kan continueren, komt er een landelijk omslagpunt in het kader van eenheid van beleid.”<sup>203</sup>

In het BTCB van 24 juli 2009 merkte de IGZ op dat het profylactisch gebruik van antivirale middelen wellicht breder was dan wat momenteel bekend was. Het Clb antwoordde dat het standpunt afwijzend bleef. Het ministerie van VWS vulde aan dat in relatie tot vaccinatie van vitale sectoren hier ook over gesproken werd en dat de conclusie luidde dat “we dit niet doen omdat het dan niet meer te beperken is”. Ook vroeg de IGZ naar de situatie die ten aanzien van de continuïteit in bepaalde sectoren kan ontstaan omdat de Rijksoverheid adviseert antivirale middelen niet als profylaxe te gebruiken. Het BTCB besloot dat dit standpunt gehandhaafd bleef: “Iets anders is niet te communiceren”.<sup>204</sup>

In het BTCB van 4 augustus werd opgemerkt dat naar aanleiding van berichtgeving in de media over gratis<sup>205</sup> oseltamivir via de apotheken er veel vragen gesteld worden. “Men denkt dat het nu voor iedereen beschikbaar is. De informatievoorziening vergt veel aandacht als na het OMT/BAO besloten zou worden dat antivirale middelen alleen nog maar aan risicogroepen voorgeschreven zullen worden”. Geconcludeerd werd dat het persbericht van VWS niet in alle media juist is weergegeven. “In de informatievoorziening aan publiek zal duidelijk gemaakt moeten worden dat AVM voor iedereen op recept gratis beschikbaar komt. Echter het is mogelijk dat lang niet iedereen die griep heeft in aanmerking komt om AVM voorgeschreven te krijgen”. VWS meldde in de vergadering dat in de publiekscommunicatie ook belangrijk is dat niet iedereen meer getest wordt en antivirale middelen krijgt. “Burgers moeten dit horen. Het is helder dat er dringend behoefte is aan publieksinformatie”.<sup>206</sup>

In het BAO van 6 augustus 2009, werden de adviezen van het OMT van de dag ervoor besproken. Het advies luidde:

“De volgende hoogrisicogroepen die in ieder geval in aanmerking komen voor behandeling met antivirale middelen:

- Patiënten met onderliggende medische condities ('klassieke' risicogroepen).

---

<sup>202</sup> Verslag BAO 23 juni 2009.

<sup>203</sup> Verslag BAO 23 juni 2009.

<sup>204</sup> Verslag BTCB 24 juli 2009.

<sup>205</sup> Antivirale middelen uit de noodvoorraad werden om niet verstrekt.

<sup>206</sup> Verslag BTCB 4 augustus 2009.

- Patiënten met een ernstig gestoorde afweer die bij doormaken van griep een verhoogd risico lopen op complicaties van de griep.
- Kinderen jonger dan 2 jaar.
- Personen die een gecompliceerd beloop van de griep hebben en/of in het ziekenhuis opgenomen worden.
- Zwangeren in het derde trimester.

In het huidige advies is geen plaats voor standaard profylactische toepassing van antivirale middelen bij individuele patiënten.<sup>207</sup>

In het BAO van 6 augustus 2009 werd ook gesproken over de IC-capaciteit. De discussie over de mogelijke tekorten aan IC-bedden was naar de mening van het OMT geen reden tot een verruiming van de indicatie voor individuele behandeling met antivirale middelen, maar op basis van de ontwikkeling van de pandemie kon op een later tijdstip hiertoe worden geadviseerd bijvoorbeeld bij een dreigend ernstig tekort aan IC-bedden.<sup>208</sup>

Ook adviseerde het OMT een fundamentele wijziging in het beleid, namelijk een andere bestrijdingsstrategie. De afgelopen maanden was door de overheid uitgedragen [dat] “er Tamiflu [is] voor iedereen die ziek wordt”. Het OMT adviseerde nu behandeling op indicatie, waarbij “de arts uiteraard de autonomie houdt om op medisch inzicht daarvan af te wijken”. Reden voor deze verandering was het feit dat het virus milder was dan aangenomen bij eerdere (beleids)plannen. Het OMT achtte het niet wenselijk om individuele bijwerkingen van neuraminidaseremmers te riskeren voor een dergelijk mild virus.<sup>209</sup>

De voorzitter van het BAO besloot dat het advies van het OMT werd gezien als een technisch advies waarover geen ministerieel besluit nodig was. De voorzitter verzocht daarom het CIB in de voorlichting expliciet uit te dragen dat profylactisch gebruik van antivirale middelen echt niet nodig is.<sup>210</sup>

Het Nederlands Huisartsen Genootschap adviseerde, na overleg met het CIB, huisartsen op 14 augustus 2009 om patiënten met influenza-achtige ziektebeelden niet uit voorzorg te behandelen met antivirale middelen.<sup>211</sup>

---

<sup>207</sup> Verslag BAO 6 augustus 2009.

<sup>208</sup> Verslag BAO 6 augustus 2009.

<sup>209</sup> Verslag BAO 6 augustus 2009.

<sup>210</sup> BAO 6 augustus 2009.

<sup>211</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

Ten slotte werd in het BTCB van 3 november 2009 gemeld dat de eerder extra aangeschafte kinderdoseringen Tamiflu beschikbaar kwamen. De vraag vanuit apotheken was hoog. Op de vraag om elke apotheek in Nederland te voorzien van 48 kuren Tamiflu 30 mg en 16 kuren Tamiflu 45 mg vanuit deze noodvoorraad, werd akkoord gegeven.<sup>212</sup>

### 7.3 Analyse

In deze analyse van de nationale besluitvorming over maatregelen rond antivirale middelen wordt de voor dit deel van het rapport gebruikelijke onderverdeling in FABCM gebruikt.

Als achtergrond bij deze analyse dient de eerdere discussie over containment – delaying – mitigation in het hoofdstuk over ‘voorkomen verspreiding in Nederland’.

#### **Factfinding**

Het gebruik van antivirale middelen als ringprofylaxe is volgens de planvorming voorzien in WHO verspreidingsfase 4. Dat wil zeggen in de fase waarop mens-op-mensverspreiding aan de orde is maar er nog de kans bestaat om de infectieziekte de kop in te drukken is door contactopsporing en preventieve behandeling ervan. Daarmee was dit gebruik eigenlijk niet meer aan de orde vanaf 29 april toen WHO fase 5 verklaard was. In deze fase was het gebruik (vanuit de nationale noodvoorraad) voorzien ten behoeve van diegenen die werkelijk ziek waren.

#### **Advisering**

In de advisering rondom het gebruik van antivirale middelen wordt meteen onderkend dat gezien de snelle verklaring van WHO fase 5 (en het kort erna van kracht zijn van WHO fase 6, hoewel de formele verklaring daarvan, onder druk van de lidstaten, tot 11 juni op zich liet wachten) de oorspronkelijk ratio voor het gebruik als ringprofylaxe niet meer van kracht was. De adviseurs worstelden met de directe consequentie daarvan. In het OMT/BAO van 22/23 juli bijvoorbeeld werd het profylactisch gebruik gezien als een onderdeel van een delaying strategie waardoor de piek van de griep kon worden uitgesteld tot er hopelijk een vaccin zou zijn. Zoals de adviseurs aangaven ontbrak de wetenschappelijke onderbouwing voor deze hoop en is ook achteraf hier niets van gebleken.

Relatief kort erna, in het OMT/BAO van 5/6 augustus, werd geadviseerd om het beleid drastisch te veranderen, namelijk door alleen nog zieken uit risicogroepen standaard met antivirale middelen te behandelen. Dit was conform de draaiboeken vanaf fase 5. De beleidswijziging werd als ‘technisch’ gepresenteerd zodat er geen expliciet besluit van de minister van VWS voor noodzakelijk was – in tegenstelling tot eerdere opvattingen daarover.

---

<sup>212</sup> Verslag BTCB 3 november 2009.

## ***Besluitvorming***

De suggestie dat er een lijst zou bestaan van prioritaire functies leidde tot enige mediacommotie in mei. Gedurende het gehele besluitvormingstraject zijn de sporen van angst voor hernieuwde maatschappelijke onrust hierover zichtbaar. Dit was bijvoorbeeld bepalend voor het snelle besluit dat antivirale middelen niet gebruikt mochten worden ten behoeve van de continuïteit van vitale sectoren. Achteraf was dit ook niet nodig geweest. Meer in het algemeen waren de besluitvormers beducht voor maatschappelijke onrust (en rondom de distributie zelfs plundering) hetgeen hen deed aarzelen om het gebruik van antivirale middelen conform de draaiboeken af te schalen.

## ***Communicatie***

Zichtbaar was dat de besluitvorming rondom het gebruik van antivirale middelen gevoelig lag. De rijksoverheid heeft het dan ook niet aangedurfd om expliciet en transparant te communiceren over de besluitvorming rondom de beschikbaarheidstelling van antivirale middelen.

## ***Monitoring***

Er bestond een goed zicht op de distributie en effecten van de antivirale middelen. Dit maakte dat er weinig tijd besteed hoefde te worden aan discussie hierover.



## 8. Vaccinatie

### 8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de nationale besluitvorming over de vaccinatie tegen Nieuwe Influenza A (H1N1) beschouwd. Een essentieel onderdeel van die besluitvorming was de financiële afweging, waaronder de leveringsvoorwaarden. In dit onderzoek wordt aan deze aspecten geen aandacht besteed omdat wij, zoals contractueel overeengekomen tussen het ministerie van VWS en de leveranciers, geen inzage hebben gekregen in de (cruciale) gegevens daarover. Vanwege de publieke discussie over dit aspect vermelden wij in voetnoten wel de aangetroffen informatie in de ons ter beschikking gestelde documenten. Hieronder volgt als eerste het feitenrelaas dat wij omwille van de leesbaarheid hebben onderverdeeld in de besluitvorming over:

- de aanschaf en levering van vaccins
- de prioritering van doelgroepen voor de vaccinaties (wie op welk moment vaccineren?)
- de uitvoering en vaccinatiecampagne.

#### **Uitvoering door decentrale partijen**

In dit hoofdstuk wordt, net als overigens in het gehele rapport, geen aandacht besteed aan de bijzondere inspanning die de betrokken decentrale actoren in de daadwerkelijke uitvoering moesten leveren en ook hebben geleverd. Respondenten hebben veel voorbeelden van op centraal niveau ongedachte problemen die zij in de uitvoering hebben opgelost. In onze analyse past deze door ons niet nader onderzochte werkelijkheid bij onze eerdere aanbeveling niet tot te gedetailleerde planvorming over te gaan. Al in de jaren zestig van de vorige eeuw werd door klassieke crisisonderzoekers als Quarantelli en Dynes onderkend dat tijdens crises het 'oplossend' vermogen van emergente uitvoeringsorganisaties telkens weer positief verrast.

### 8.2 Aanschaf en levering vaccins

Nadat de WHO op 24 april 2009 de uitbraak van een nieuw dodelijk H1N1-virus in Mexico bekend maakte en bleek dat de ziekte niet tot Mexico beperkt zou blijven, speelde bij alle betrokkenen onmiddellijk de gedachte dat er zo snel mogelijk vaccins moesten komen. Dit was conform de voorbereiding waar vaccinatie (naast de inzet van antivirale middelen) centraal stond, zie bijvoorbeeld het 'Operationeel deeldraaiboek 3, Bestrijding influenzapandemie' uit november 2006.

Concreet werd enkele dagen later in het BTCB van 28 april het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM gevraagd om de dag erna in het OMT een advies te geven over hoe om te gaan met het lopende contract van de Nederlandse overheid met de vaccinantwikkelaar: "Is het wijsheid om nu zo snel mogelijk het contract af te sluiten?"<sup>213</sup>

De volgende dag op 29 april adviseerde het OMT via het BAO aan de minister van VWS om het Nederlands Vaccinatie Instituut (NVI, regulier verantwoordelijk voor inkoop en distributie van vaccins) de opdracht te geven om overleg te voeren met vaccinfabrikanten over de productie van een vaccin voor de Nieuwe Influenza A (H1N1).

In het BTCB dat plaatsvond in de ochtend van 29 april werd besloten tot inzet van de Gezondheidsraad (GR) als adviseur in deze kwestie:

"(...) aan de GR een spoedadviesaanvraag gedaan zal worden over vaccinontwikkeling voor H1N1. De minister kan dit in de persconferentie melden. De GR wordt ingeseind dat deze aanvraag op korte termijn binnenkomt en dat een advies met spoed nodig is – i.v.m. de beschikbaarheid van mensen de komende feestdagen en het weekend."<sup>214</sup>

In het BTCB dat plaatsvond aan het einde van de dag op 29 april werd de discussie over vaccinontwikkeling en eventuele inkoop vervolgd.

"het NVI heeft gesproken met verschillende producenten en die willen hedenavond nog een inschrijving op productiecapaciteit. Probleem is dat:

- Het onbekend is hoe erg de epidemie/pandemie wordt en of het vaccin uiteindelijk echt nodig zal zijn
- Het onduidelijk is of er een werkend vaccin gemaakt kan worden en hoe snel dat beschikbaar kan zijn
- Het onduidelijk is wat de prijs wordt

NVI adviseert om maximaal in te schrijven met de clause dat er contractuele overeenstemming komt."<sup>215</sup>

Nadat in kleine kring telefonische afstemming had plaatsgevonden nam de minister om 24.00 de *principe*beslissing om vaccins te bestellen. Die beslissing werd genomen in overleg met zijn ambtelijke top en is afgestemd met de minister van Financiën.

De volgende dag (Koninginnedag) werd gemeld in het BTCB dat minister Klink op de avond van 29 april het akkoord had gegeven om contracten aan te gaan.<sup>216</sup>

---

<sup>213</sup> Verslag BTCB 28 april 2009 .

<sup>214</sup> Verslag BTCB 29 april 2009 9.00.

<sup>215</sup> Verslag BTCB 29 april 2009 18.45.

Nederland, in dit geval de minister van VWS, hechtte sterk aan coördinatie van de te nemen maatregelen waaronder de aanschaf van vaccins in Europees verband. Met die insteek is de minister op 30 april een spoedoverleg van Europese ministers van volksgezondheid ingegaan waar bleek dat voor dit standpunt geen meerderheid te krijgen was.

Op 7 mei 2009 kwam de GR bijeen om haar spoedadvies op te stellen dat de dag erna werd gepubliceerd ("briefadvies Vaccinatie tegen Mexicaanse griep"). Daarin werden twee beleidsopties beschreven als antwoord op de vraag of het raadzaam was om – op basis van de toenmalige epidemiologische stand van zaken – in te zetten op ontwikkeling/aanschaf van een vaccin geproduceerd op basis van het Mexicaanse griepvirus:

- afwachtend beleid, totdat meer bekend was over het risico dat het Mexicaanse griepvirus aan de basis stond van een pandemie
- meteen al inzetten op aanschaf van een vaccin gericht tegen het virus.

Uit het GR advies bleek dat er nog veel onbekend is maar dat men met de eerste optie geld bespaarde. Nadeel van deze optie was dat een latere – eventueel toch noodzakelijke – bestelling, te laat geleverd zou worden of in het geheel niet meer mogelijk was. Een voordeel van de tweede beleidsoptie was de rust en zekerheid dat er in een situatie van onzekerheid alles gedaan is, dat redelijkerwijs mogelijk is, om een ernstig gezondheidsrisico binnen de perken te houden.<sup>217</sup>

Op dezelfde dag sprak het BTCB over het contract vaccinontwikkeling. Gemeld werd dat leverancier GSK een uitvoerig contract heeft gemaild. Dit moest voor maandag 11 mei 16.00 uur getekend zijn.<sup>218</sup>

Op 11 mei werd in het BTCB gesproken over het briefadvies van de GR over de vaccinatie tegen Nieuwe Influenza A (H1N1). Uit het advies bleek dat er "nog veel onbekend is maar dat vanuit het voorzorgsprincipe de Nederlandse overheid zou moeten zorgen voor vaccin. Het is een afweging van een gezondheidsrisico tegenover een financieel risico".<sup>219</sup> Het advies werd vertaald naar een advies voor de minister tot de aanschaf van vaccins en het maken van contracten die moesten waarborgen dat de Nederlandse overheid een zo beperkt mogelijk financieel risico liep. Aan de minister werd verder geadviseerd om het vaccin van twee fabrikanten te betrekken. Dit had het voordeel dat als één van de partijen een productieprobleem zou hebben de ander zou kunnen leveren.

---

<sup>216</sup> In het verslag van het BTCB wordt volgens alle betrokkenen ten onrechte gesuggereerd dat er ongeclausuleerd besloten is tot bestelling ter waarde van 150 miljoen euro.

<sup>217</sup> Briefadvies Vaccinatie tegen Mexicaanse griep, 8 mei 2009.

<sup>218</sup> Het betreft volgens het verslag levering van maximaal 12 miljoen dosis vaccin á € 7.

<sup>219</sup> Verslag BTCB 11 mei 2009.

Vanaf begin mei (vanuit het briefadvies van de GR) was duidelijk dat Nieuwe Influenza A (H1N1), in zijn toenmalige vorm, een milde griep was. Bij alle adviseurs bestond echter een zorg dat het virus kon muteren tot een gevaarlijker vorm.

Uiteindelijk besloot 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. De Tweede Kamer werd diezelfde dag per brief ingelicht.

Op 22 juli werd in het IBT gemeld dat verwacht werd dat 17 miljoen vaccins in oktober geleverd werden, de tweede tranche vaccins in november/december. Een tegenvaller was echter dat de vaccinopbrengst in het vaccinproces lager uitpakte dan verwacht. Hierdoor duurde de complete productie langer. De uitlevering in oktober was onzeker.<sup>220</sup>

In week 42 (12 oktober - 18 oktober 2009) kreeg het NVI een bericht van de vaccinfabrikant over wanneer de eerste batch vaccins geleverd zouden worden. In dezelfde week leverde het NVI de benodigde spuiten aan de huisartsen en zorginstellingen.<sup>221</sup>

In week 44 (26 oktober 2009 – 1 november 2009) werd de eerste batch van ongeveer 4 miljoen vaccins door de vaccinfabrikant geleverd aan het NVI. In dezelfde week ontvingen de huisartsen en zorginstellingen een bevestiging van het NVI van hun vaccinbestelling.<sup>222</sup>

In week 45 (2 november 2009 – 8 november 2009) werd het vaccin door het NVI geleverd aan de huisartsen. Huisartsen konden vanaf 2 november 2009 beginnen met het vaccineren van hun risicogroepen: het officiële begin van de vaccinatiecampagne in Nederland.<sup>223</sup>

De zorginstellingen kregen in de week van 9 november de vaccins tot hun beschikking.<sup>224</sup>

### 8.3 Wie op welk moment te vaccineren?

Zoals vermeld was de aanvraag van een spoedadvies door het ministerie van VWS reden voor de Gezondheidsraad om op 7 mei een advies over de vaccinatie tegen Nieuwe Influenza A (H1N1) te

---

<sup>220</sup> Verslag IBT 22 juli 2009.

<sup>221</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>222</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>223</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>224</sup> Bijlage bij BTCB 17 november 2009.

formuleren. De GR adviseerde daarin om, indien besloten werd tot vaccinatie en zich onverhoopt de situatie mocht voordoen dat er onvoldoende vaccin was voor de gehele bevolking, allereerst de medische risicogroepen te vaccineren en daarnaast alle gezondheidswerkers met direct patiëntencontact.<sup>225</sup>

In het daaropvolgende IBT van 13 mei werd onderkend dat de twee groepen die de Gezondheidsraad had aangemerkt als prioritair, al een “onmogelijk aantal vormen”<sup>226</sup>. Het was de betrokkenen duidelijk dat een meer operationeel advies noodzakelijk was. Gedurende de maanden juni en juli werd er gewerkt aan een nieuw advies door de GR en het Clb waarvoor onder andere een modelmatige analyse van vaccinatiestrategieën werd opgesteld.<sup>227</sup>

In mei werd veel tijd besteed om te komen tot een standpunt over de (eventuele) vaccinatie van Nederlanders in het buitenland en buitenlanders in Nederland.

Op 11 juni 2009 meldde de WHO, via hun website dat ze in nauw contact stonden met vaccinproducenten. Volgens de WHO was de productie van vaccins voor de normale seizoensgriep bijna afgerond. Hierdoor kwam de volledige productiecapaciteit binnenkort beschikbaar om de grootst mogelijke levering van Nieuwe Influenza A (H1N1) vaccins in de komende maanden mogelijk te maken.<sup>228</sup>

Op 7 juli 2009 kwam het belangrijkste adviesorgaan van de WHO, SAGE, met een eerste vaccinatieadvies omtrent de Nieuwe Influenza A (H1N1) situatie. De essentiële gezondheidsinfrastructuur moest volgens SAGE beschermd worden door middel van immunisatie van de gezondheidswerkers. Daarnaast werden aanbevelingen gemaakt voor de prioriteitsgroepen voor vaccinatie. SAGE raadde verder aan om de productie en het gebruik van adjuvantia en levend- verzwakt influenzavaccin te promoten, in verband met de mogelijk beperkte hoeveelheid vaccin die wereldwijd beschikbaar was.<sup>229</sup>

Op 17 augustus 2009 overhandigden de GR en het Clb het gezamenlijke advies ‘Vaccinatie tegen pandemische influenza A/H1N1 2009: doelgroepen en prioritering’ aan de minister van VWS.

---

<sup>225</sup> Briefadvies Vaccinatie tegen Mexicaanse griep, 8 mei 2009.

<sup>226</sup> Verslag IBT 13 mei 2009.

<sup>227</sup> Modelmatige analyse van vaccinatie tegen Nieuwe Influenza A (H1N1) bij een pandemie in Nederland’, EPI, 5 juni 2009.

<sup>228</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>229</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

Dit advies vormde de neerslag van een op 10 augustus 2009 gehouden deskundigenberaad. Het beraad beval de vaccinatie aan van de volgende (risico-) groepen conform het advies van SAGE:

- “personen met een medisch risico conform de indicatie voor de jaarlijkse seizoensgriepvaccinatie, en alle gezonde 60-plussers
- zwangere vrouwen uit een medische risicogroep, maar dan alleen tijdens het tweede en derde trimester van de zwangerschap. Voor zwangere vrouwen die niet tot een medische risicogroep horen bevelen de deskundigen geen vaccinatie aan
- gezondheidszorgpersoneel met mogelijk direct contact met patiënten uit de eerder gedefinieerde medische risicogroepen
- gezinsleden en mantelzorgers van mensen met een zeer hoog risico op ernstige ziekte en sterfte door griep.

De deskundigen raadden op dat moment algehele vaccinatie van de Nederlandse bevolking niet aan.<sup>230</sup>

Het advies kwam derhalve niet met een prioritering ten aanzien van de onderscheiden risicogroepen. Het betrof dezelfde risicogroepen als voor een reguliere vaccinatie seizoensgriep. Deze groep is vastgesteld op medische gronden en het ging om ongeveer 5 à 6 miljoen personen. VWS meldde op 18 augustus dat het Kabinet het advies overnam.<sup>231</sup>

Binnen VWS werd in overleg tussen enkele VWS-beleidsadviseurs, de ambtelijke top en de minister het advies geoperationaliseerd tot een echte prioritering:

1. Mensen met gezondheidsrisico's conform GR-advies.
2. Gezonde 60-plussers.
3. Overige welomschreven prioritaire groepen in de gezondheidszorg.

In de weken na het besluit van het kabinet speelde de vraag of en zo ja wanneer de groep van te vaccineren mensen moest worden uitgebreid. De vraag die voor lag is of er om andere dan medische gronden redenen zijn bepaalde groepen te vaccineren. Er werd interdepartementaal onderkend dat er een consistente redenering moest zijn als er zou worden besloten om het vaccin beschikbaar te stellen aan buiten de door de Gezondheidsraad vastgestelde risicogroepen.<sup>232</sup>

---

<sup>230</sup> Vaccinatie tegen pandemische influenza A/H1N1 2009: doelgroepen en prioritering.

<sup>231</sup> Verslag BTCTB 18 augustus 2009.

<sup>232</sup> Verslag IBT 25 augustus 2009.

Het standpunt van de minister van VWS was dat er “indien vanuit de andere departementen de wens naar voren komt om ook andere groepen voor vaccinatie in aanmerking te laten komen is dat mogelijk. Dit betekent wel dat de daarmee gemoeide kosten, zowel van het vaccin, als voor de kosten van vaccinatie, niet door het ministerie van VWS gedragen zullen worden maar ten laste van de andere (vragende) partijen (lees departementen) zullen komen.”<sup>233</sup>

In meerdere IBT's werd in augustus en september gesproken over de vraag of er vaccinatie moest plaatsvinden, aanvullend aan de risicogroepen. Het ministerie van SZW stelde zich op het standpunt dat de werkgever verantwoordelijk is voor de bedrijfscontinuïteit en de arbeidsomstandigheden. De overheid had nu een monopolie wat betreft het vaccin. De overheid zou de werkgevers in staat moeten stellen bovengenoemde verantwoordelijkheid uit te voeren. SZW was van mening dat het vaccin op de markt beschikbaar gesteld moest worden voor iedereen die een vaccin wilde, net zoals gebeurt bij de seizoensgriep.<sup>234</sup> De uitkomst van het IBT van 23 september was dat geadviseerd werd om de vaccinatie te beperken tot het advies van de Gezondheidsraad<sup>235</sup>: alleen de medisch geïndiceerde risicogroepen.

Op dezelfde dag werden in een telefonisch overleg de verschillende zorgkoepels geïnformeerd over de uitwerking binnen de zorgsector waarin acht specifieke beroepsgroepen met prioriteit in aanmerking kwamen voor vaccinatie<sup>236</sup>. Dit werd later schriftelijk bevestigd. Het CIB schreef dezelfde week de werkgevers in de zorg, waarvan werknemers in aanmerking kwamen voor vaccinatie, ook rechtstreeks aan met het verzoek te bestellen.<sup>237</sup>

Nu het besluit was gevallen wie gevaccineerd *mocht* worden, ontstond er een heel andere discussie: in het BTCB van 6 oktober meldde het CIB dat er vanuit de medische doelgroepen veel weerstand is om gevaccineerd te *moeten* worden.<sup>238</sup> Tegelijkertijd kwamen in die periode ook nog brieven binnen van (koepels van) instellingen die vonden dat zij in ook aanmerking kwamen voor vaccinatie, zoals van de koepels van GGZ-instellingen en de trombosediensten. Zij werden echter niet toegevoegd.

---

<sup>233</sup> Uit Discussienota vaccinatie aanvullend aan risicogroepen behorend tot IBT van 25 augustus 2009.

<sup>234</sup> Verslag ACO 21 september.

<sup>235</sup> Op 17 september hebben GR en CIB een nieuw gezamenlijk advies van gelijke strekking als het advies uit augustus uitgebracht.

<sup>236</sup> Uit Bespreekpunten telefonisch overleg DGV/Zorgkoepels 23 september 2009.

<sup>237</sup> Uit Bespreekpunten telefonisch overleg DGV/Zorgkoepels 23 september 2009.

<sup>238</sup> Verslag BTCB 6 oktober 2009.

In het BTCB van 13 oktober werd gemeld dat in het MBT besloten was om, naast de groepen uit het GR/advies, ook de militairen op missie in Afghanistan te vaccineren en de uitgezonden Nederlanders op de diplomatieke posten in het buitenland.<sup>239</sup>

Op 9 november 2009 kwam de gezamenlijke GR/Clb commissie opnieuw met een aanvullend advies over de Nieuwe Influenza A (H1N1) vaccinatie.

In het advies ('Vaccinatie tegen pandemische influenza A/H1N1 2009: doelgroepen en prioritering (3)') adviseerde de GR/Clb commissie om kinderen in de leeftijd van 0 t/m 4 jaar te beschermen tegen Nieuwe Influenza A (H1N1). Voor kinderen jonger dan 6 maanden, waarvoor nog geen vaccin was geregistreerd, werd geadviseerd om hun huisgenoten, of vergelijkbare contacten, te vaccineren.<sup>240</sup> Voor deze gezamenlijke GR/Clb commissie stelde EPI de notitie 'Risico van influenza A (H1N1) infectie voor kinderen en jongeren' op.<sup>241</sup>

De minister van VWS heeft diezelfde dag nog conform het gezamenlijke advies van GR en Clb besloten om deze groepen op te nemen in de prioritaire groepen.<sup>242</sup>

In het BTCB van 17 november gaf VWS aan dat, gelet op de voortschrijdende tijd en de onmogelijkheid om het logistiek rond te krijgen als weer nieuwe groepen werden toegevoegd, besloten werd om geen nieuwe groepen meer toe te voegen. De vraag bleef wel wanneer de campagne daadwerkelijk gesloten werd, er moest een deadline gesteld worden, ook naar GGD'en toe.<sup>243</sup> Op 8 december werd er in het BTCB toch nog een uitzondering gemaakt. Besloten werd om ook personen die betrokken zijn bij het bemonsteren alsnog te laten vaccineren. VWS meldde dat het ging om een kleine groep mensen. Besloten werd hierover niet actief te communiceren.<sup>244</sup>

#### **8.4 Besluitvorming over uitvoering van de vaccinatiecampagne**

Op 17 juni werd voor het eerst in het BTCB gesproken over de uitvoering van de vaccinatiecampagne. Afgesproken werd dat VWS een eerste opzet zou maken over de vragen die spelen.

---

<sup>239</sup> Verslag BTCB 13 oktober 2009. Bij het uitkomen van de conceptrapportage melden betrokkenen dat het verslag van het BTCB abusievelijk is ten aanzien van de vaccinatie uitgezonden Nederlanders: daar had moeten staan dat het alleen de risicogroepen betrof.

<sup>240</sup> Briefadvies GR/Clb Vaccinatie tegen pandemische influenza A/H1N1 2009: doelgroepen en prioritering (3).

<sup>241</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>242</sup> Bijlage Onderbouwing vaccinatiestrategie voor d.d. 10 november 2009 van het NCC behorend bij IBT van 11 november 2009.

<sup>243</sup> Verslag BTCB 17 november 2009.

<sup>244</sup> Verslag BTCB 8 december 2009.



Het opzetje van de vragen stond op de agenda voor het volgende BTCB, daarna zou gekeken worden wat de slimste en snelste vervolgaanpak was.<sup>245</sup> In het BTCB van 19 juni werd aangegeven dat het logistieke plan voor de vaccinatiecampagne deze zomer prioriteit moest hebben. De planning was dat het eerste 20 miljoen dosis vaccin al in oktober geleverd werden.<sup>246</sup> In het BTCB van 22 juni werd gesproken over de voorbereidingen van de campagne, deze waren gestart op basis van eerdere ervaringen. Uitgangspunten waren de ervaring met de voorbereiding op pokken- en HPV-vaccinatie.<sup>247</sup>

In het IBT van 26 juni werd besloten dat VWS in samenwerking met alle betrokkenen, waaronder BZK (NCC/LOCC) een vaccinatieplan met bijbehorend communicatieplan ging opstellen.

Er werd een stuurgroep samengesteld vanuit het ministerie van VWS, NVI, Clb, CvB, LHV, VHN, SNPG, NHG, GGD-NL, Lareb en GHOR NL met de formele taak om de minister van VWS inhoudelijk te adviseren aangaande de uitvoering van de vaccinatie. Gezien het niveau van vertegenwoordiging in de stuurgroep had deze grote realisatiemacht. Deze stuurgroep kwam vanaf 15 juli één keer in de twee weken bijeen.<sup>248</sup>

Vanaf 15 juli 2009 kwam daarnaast wekelijks een 'coördinerend actieteam' (aanvankelijk de 'trekkersgroep') bijeen. Het coördinerende actieteam hield zich onder andere bezig met de voorbereidingen van een eventuele massavaccinatiecampagne voor de hele Nederlandse bevolking (dit zou niet nodig blijken). Daarnaast werden drie andere scenario's uitgewerkt: vaccinatie van de medische risicogroepen, vaccinatie van zorgpersoneel en vaccinatie van verschillende leeftijdsgroepen. De bedoeling was om voor alle vier de scenario's precies uit te werken hoe die vorm gegeven konden worden zodat de voorbereidingen gereed waren als er een definitief besluit zou worden genomen door de minister.<sup>249</sup>

Door de ambtelijke top van VWS werd in augustus besloten een logistieke hoofdofficier vanuit Defensie te belasten met de regie over (de voorbereiding op) de operationele uitvoering van de logistiek rondom de vaccinaties.<sup>250</sup> Dit werd door betrokkenen achteraf als een goede keuze beoordeeld hoewel het op het moment zelf tot enige spanning leidde.

---

<sup>245</sup> Verslag BTCB 17 juni 2009.

<sup>246</sup> Verslag BTCB 19 juni 2009.

<sup>247</sup> Verslag BTCB 22 juni 2009.

<sup>248</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>249</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>250</sup> Verslag coördinerend actieteam landelijk draaiboek vaccinatie Nieuwe Influenza A (H1N1) 27 augustus 2009.

Ook werd een extern bureau belast met het programmamanagement van het opstellen van het landelijk draaiboek voor de vaccinaties.

Het resultaat was dat op 15 september 2009 het 'Landelijk Draaiboek vaccinatie Nieuwe Influenza A (H1N1)', met het bijbehorende operationele bijlagenboek beschikbaar was waarin de complete logistieke uitvoering van de vaccinatiecampagne beschreven was op een operationeel niveau.<sup>251</sup> Dit draaiboek werd uiteindelijk niet of nauwelijks gebruikt. Respondenten geven aan dat de waarde ervan vooral lag in de intensieve samenwerking die noodzakelijk was voor de totstandkoming ervan. Dit samenwerkingsproces tussen centrale en decentrale partijen werd gecontinueerd in een wekelijks afstemmingsoverleg tussen de DG Volksgezondheid en de koepels van de uitvoerende partijen in de zorg dat hogelijk werd gewaardeerd als middel om allerhande kleine vragen meteen weg te nemen en de partijen zich betrokken en geïnformeerd te laten voelen.

De eerste vaccinatieronde startte uiteindelijk op 2 november 2009 en behelsde de vaccinatie van de medische risico- en medische beroepsgroepen. Dit werd uitgevoerd door huisartsen respectievelijk zorginstellingen.<sup>252</sup>

Na de start van de vaccinatiecampagne op 2 november 2009 werd als gevolg van het 9 november advies van de GR en het Clb nog een extra doelgroep toegevoegd namelijk kinderen van 6 maanden tot en met 4 jaar en huisgenoten van kinderen onder de zes maanden.

Een nieuwe vaccinatieronde startte daarom vanaf 7 december 2009. De kinderen in de leeftijd van 6 maanden tot en met 4 jaar en de huisgenoten van baby's in de leeftijd van 0 tot 6 maanden worden gevaccineerd met het GSK-vaccin. Deze vaccinatie werd uitgevoerd door de GGD'en.<sup>253</sup>

De derde vaccinatieronde liep vanaf 11 januari 2010 en was bedoeld om eventuele spijtoptanten de mogelijkheid te geven zich alsnog te laten vaccineren. Deze derde prikronde was dus niet bedoeld voor nieuwe of extra doelgroepen.

Op 26 februari 2010 beëindigde de minister van VWS de vaccinatiecampagne tegen Nieuwe Influenza A (H1N1). Vanaf dat moment werden er geen vaccins meer namens het Rijk verstrekt.

Verslagen en respondenten wijzen op de zeer goed verlopen logistieke uitvoering van de vaccinatiecampagne.

---

<sup>251</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>252</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>253</sup> Bijlage bij IBT 12 november Onderbouwing vaccinatiestrategie.

## 8.5 Analyse

In de analyse van de nationale besluitvorming over de vaccinatie tegen Nieuwe Influenza A (H1N1) wordt de voor dit rapport gebruikelijke onderverdeling in FABCM gebruikt.

### **Factfinding**

Bij de besluitvorming over de aanschaf van het vaccin was er onvoldoende informatie beschikbaar over de noodzaak van vaccineren. Vanuit het voorzorgsprincipe geredeneerd is overgegaan tot de aanschaf van vaccin. In die zin was de afweging die van een gezondheidsrisico tegenover een financieel risico.

De epidemiologische situatie was niet doorslaggevend van belang omdat de vaccinatie gedreven werd door zorg om een mogelijke mutatie van het H1N1 virus.

Een uitzondering is de situatie rondom het risico dat jonge kinderen liepen. Hier gaven internationale studies in het najaar aan dat deze groep *relatief* gesproken oververtegenwoordigd was in vergelijking met een normale griep. Een situatie die overigens al aan het begin van de griepuitbraak voorspeld was gezien de verwachte resten van immuniteit bij ouderen (die normaal het meest kwetsbaar zijn).

Sterk bepalend voor de besluitvorming over vaccinatie was het feit dat de ontwikkeling en productie van het vaccin vier tot zes maanden zou duren.

### **Advisering**

Waar het de advisering betreft valt op dat niet als eerste werd gedacht om de bestaande adviesstructuur voor infectieziekte-uitbraken (CIB-OMT-BAO) te hanteren als primair adviseur tijdens de H1N1-uitbraak, maar dat naast de VWS interne crisisstructuur (BTCB – minister) gekozen werd voor inzet van de Gezondheidsraad als primair medisch-inhoudelijk adviseur. De GR geeft regulier advies op basis van een wetenschappelijke kosten-batenanalyse in een langdurig en zorgvuldig adviestraject. Hier was echter sprake van spoedeisende advisering in onzekere omstandigheden.

Het verbaast dan ook niet dat het eerste gevraagde advies over de noodzaak tot vaccinatie van de Nederlandse bevolking vooral beleidsopties schetste zonder een heel concreet advies. Impliciet werd wel een keuze gesuggereerd richting vaccinatie toen gesteld werd dat “vanuit het voorzorgsbeginsel geredeneerd vaccins zouden moeten worden aangeschaft”.

De drie adviezen van de GR in het najaar over de prioritering van vaccinatie werden samen met het CIB uitgebracht. Hoewel sommige respondenten stellen dat door de medewerking van het CIB tot een meer pragmatische houding is gekomen, gaven alle drie de adviezen geen antwoord op de vraag naar prioritering, maar benoemden ze dat de risicogroepen die voor de reguliere grieprik in aanmerking kwamen dat nu ook zouden moeten komen.

Het laatste advies breidt de vaccinatiegroep uit, op grond van een perceptie van aanwezige kinderartsen over de oververtegenwoordiging van jonge kinderen, met alle kinderen van 6 maanden tot en met 4 jaar en de verzorgers van baby's tot een half jaar.

In deze analyse kijken we meer precies naar de opvallende redeneerelementen van het laatste advies omdat deze elementen in meerdere (medisch-inhoudelijke) adviezen terugkomen:

## **Niet pluis**

“Ook in ons land zien huisartsen en kinderartsen, meer dan bij de seizoensgriep, zieke kinderen jonger dan 5 jaar en worden relatief veel kinderen van deze leeftijd opgenomen in het ziekenhuis. Kinderen jonger dan 5 jaar hebben een hoger risico op complicaties (zoals longontsteking) en op ernstige secundaire bacteriële infecties. Redenen hiervoor zijn de nog onrijpe afweer van het zeer jonge kind en het feit dat jonge kinderen niet eerder in contact zijn geweest met deze virussen en bacteriën. Hoewel het risico op opname in ziekenhuis en intensive care groter is bij kinderen met reeds bestaand onderliggend lijden, worden ook regelmatig voorheen gezonde jonge kinderen opgenomen. Er zijn geen exacte gegevens bekend over opnameduur en ernst van de klachten, maar de kinderartsen geven aan dat er sprake is van een flinke toename van ernstig zieke jonge kinderen in het ziekenhuis. De kinderartsen melden dat de toename van zieke kinderen in Nederland tot de situatie leidt waarin de grens van de capaciteit van de PICU's <sup>254</sup> wordt bereikt. De deskundigen schetsen het beeld dat, in deze uitzonderlijke situatie, problemen met betrekking tot de beschikbaarheid – en daarmee de kwaliteit – van de zorg kunnen ontstaan bij een verdere toename in het aantal zieke jonge kinderen. Deze toename zou nog versterkt kunnen worden door infecties met het respiratoir syncytieel virus, die vooral optreden bij kinderen jonger dan een jaar. In een recent uitgebracht rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt vermeld dat de capaciteit van de PICU's in principe voldoende is, maar dat er ook in de afgelopen jaren momenten zijn geweest dat er geen bedden meer beschikbaar waren. Die momenten vielen samen met de piekbelasting ten gevolge van infecties met respiratoir syncytieel virus.”<sup>255</sup>

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.

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.

---

<sup>254</sup> Kinder intensivereplekken.

<sup>255</sup> Briefadvies Vaccinatie tegen pandemische influenza A/H1N1 2009: doelgroepen en prioritering (3).

De advisering door de GR al dan niet samen met het Clb 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.

Zichtbaar is dat de advisering over de uitvoering van de vaccinatiecampaagne pas na het definitieve besluit tot aanschaf werd opgepakt. Met buitengewone inspanning is gedurende de zomermaanden het scala aan logistieke problemen dat achter het besluit tot aanschaf naar voren kwam opgepakt, zowel in de uitvoering (NVI) als op het ministerie waar het gaat om het maken van de noodzakelijke draaiboeken. Hoewel er idealiter natuurlijk eerder met deze logistieke uitwerking begonnen had kunnen worden, moet onderkend worden dat de betrokken adviseurs en besluitvormers simpelweg zo belast waren door de opeenvolging van problemen en noodzakelijke besluiten dat niet alle problemen proactief konden worden opgepakt.

De inbreng van een tweetal logistieke hoofdofficieren van Defensie was van bepalend belang voor het goed kunnen functioneren van zeer veel betrokken adviseurs en uitvoerders vanwege twee redenen:

- De daardoor ontstane directe advieslijn tussen de ambtelijke top van VWS en uitvoerende instanties als het NVI werkte, zoals een respondent stelde, bevrijdend. 'Direct' moet in hier in twee opzichten worden gelezen: 'direct' door het overslaan van schakels tussen besluit en uitvoering en met een adviesstijl van 'direct' formuleren waardoor besluitvormers meteen wisten waar ze aan toe waren.
- Het defensiepersoneel voert beslissingen van besluitvormers ook uit zonder de beslissingen telkens weer ter discussie te stellen. Door betrokken partijen werden de defensie medewerkers regelmatig als bot beschouwd omdat contactpogingen om een besluit weer ter discussie te stellen direct werden afgekap. De terugkerende discussies over wie nu wel of niet geprioriteerd was, over de omgang met Nederlanders in het buitenland en dergelijke kosten de besluitvormers veel tijd waardoor ze juist geen ruimte hadden om op een hoger strategisch niveau de hoofdlijn van besluiten te overzien en die op basis daarvan terug te draaien.

## ***Besluitvorming***

De besluitvormers nemen in het algemeen het medisch-inhoudelijk advies direct over, maar zijn vanwege het gebrek aan praktische concreetheid toch gedwongen om dan zelf tot eigen praktische afwegingen te komen:

Zo kwamen minister en ambtelijke top samen tot het besluit om de definitieve beslissing over aanschaf toch nog even uit te stellen. In eerste instantie wordt er namelijk een principeakkoord gegeven.

De ambtelijke top van VWS moet met de eigen beleidsadviseurs komen tot een werkelijke prioritering. Achteraf bleek dit niet nodig te zijn geweest, maar dat was van te voren niet bekend.

Opvallend is dat waar er geen MBT bijeenkwam in de eerste dreigende week en in de periode tot aanschaf van het vaccin er wel twee MBT's bijeenkwamen in de periode na de zomer. Agenda en verslag zijn geheim maar te reconstrueren is dat gesproken is over de prioritering van vaccinatie. In dit verband is besloten in afwijking van het bekende medisch-inhoudelijk advies aanvullend defensiepersoneel in Afghanistan te vaccineren.

## **Communicatie**

Over de publiekscommunicatie is een separaat hoofdstuk geschreven zodat we ons hier beperken tot een enkele opmerking over de communicatie met professionals.

Zoals voor alle besluiten geldt, deelde het Clb de beschikbare communicatie direct met de bij de infectieziektebestrijding betrokken professionals via Inf@ct. Overigens verliep de communicatiestroom van VWS naar de zorg via de koepelorganisaties.

## **Monitoring**

Waar het gaat om de monitoring van de besluitvoering rondom vaccinatie zijn twee aspecten van belang:

- Ondanks consequente monitoring van het aantal en aard van de ziektegevallen in Nederland bleef het aantal daarvan te laag om tot een wetenschappelijke basering van prioritering te komen. Ook werden met gebruik van de bestaande structuur daarvoor de mogelijke bijwerkingen van het vaccin gemonitord. Dit leverde in de onderzochte periode geen reden tot zorg op.
- Over de uitvoering van de vaccinatiecampagne (distributie en vaccinatie) werd via de rechtstreekse lijn van de defensiemedewerkers (distributie) en via de GGD/GHOR (geaggregeerd door GGD Nederland/GHOR Nederland) consequent gerapporteerd. Het totaalbeeld is dat de uitvoering zeer goed is verlopen.

## 9. Continuïteit

### 9.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de besluiten van c.q. ingezette acties vanuit het rijk om de continuïteit van de Nederlandse samenleving te garanderen bij een uitbraak van H1N1. Pandemieën, zo blijkt uit de nationale risicobeoordeling van 2008 die in het kader van de Strategie Nationale Veiligheid is gehouden, zijn een van de grootste risico's van onze samenleving.<sup>256</sup>

#### Nationale risicobeoordeling

In de twintigste eeuw heeft de introductie van een nieuw type influenzavirus drie keer tot een griepandemie geleid. De bekendste griepandemie uit de vorige eeuw is de 'Spaanse griep' uit 1918. Toen werd ongeveer vijftientig tot dertig procent van de bevolking ziek. De Spaanse griep was ook de meest dodelijke van de drie. In Nederland stierf ongeveer één procent van de zieken aan griep of complicaties daarvan. Wereldwijd lopen de schattingen uiteen van twintig tot veertig miljoen doden. De pandemieën van 1957-1958 (Aziatische griep) en 1968-1969 (Hongkong griep) werden veroorzaakt door vermenging van een menselijk griepvirus en een vogelgriepvirus. Deze laatste twee pandemieën hebben minder slachtoffers gemaakt, wereldwijd naar schatting één tot twee miljoen doden.<sup>257</sup>

In 2008 is dan ook door de minister van BZK aan de Tweede Kamer aangegeven dat de inzet van het Kabinet is dat eind 2009 80% van de vitale organisaties (van zowel de overheid als het bedrijfsleven)<sup>258</sup> over een continuïteitsplan beschikt dat rekening houdt met een griepandemie.<sup>259</sup> Dat wil zeggen dat deze vitale organisaties de eigen risico's en kwetsbaarheden bij een griepandemie zichtbaar moeten maken inclusief de maatregelen die zij in dat geval voornemens zijn te treffen. Het gaat dan primair om maatregelen op het terrein van de bedrijfscontinuïteit.

---

<sup>256</sup> De Strategie Nationale Veiligheid is in 2007 door het kabinet vastgesteld.

<sup>257</sup> Nationale risicobeoordeling (2008), p. 80.

<sup>258</sup> Vitale organisaties zijn organisaties uit de vitale sectoren 'energie', 'drinkwater', 'telecommunicatie/ict', 'voedsel', 'gezondheid', 'financieel', 'keren en beheren oppervlaktewater', 'openbare orde en veiligheid', 'rechtsorde', 'openbaar bestuur', 'transport' en 'chemische en nucleaire industrie'.

<sup>259</sup> Bestuurlijke brief van de minister van BZK aan het openbaar bestuur, d.d. 11 maart 2009, met als onderwerp 'Continuïteitsplan griepandemie'.

## Juiste proporties

In de jaren voorafgaand aan de griepuitbraak in 2009 zijn reeds inschattingen gecommuniceerd over de omvang van de uitval in geval van een pandemie. Het volgende citaat dateert uit 2007.

*Op de vraag of de situatie uit de hand kan lopen tijdens de uitbraak van een griep- pandemie antwoord Coutinho: 'Het kan natuurlijk altijd kritiek worden, hoe goed we ook zijn voorbereid. Maar hierop kunnen we naar mijn mening voldoende inspelen. Met name het nationale niveau zal dan meer de regierol op zich nemen. Ook hierover zijn bepaalde afspraken gemaakt. Wat we in elk geval niet moeten doen is allerlei nieuwe structuren opzetten. Het bestaande systeem met de GGD en GHOR werkt op zich goed. Ook verwacht ik dat huisartsen de toeloop kunnen bolwerken. De situatie moet in juiste proporties worden gezien. De uitval van personeel op het hoogtepunt van een pandemie komt uit op 10, hooguit 15%. Dat is niet meer dan wat er in de zomervakantie weg is en dan loopt ook alles door'.<sup>260</sup>*

Het proces om tot continuïteitsplannen te komen is vanuit het ministerie van BZK begeleid in een project 'Continuïteit bij grieppandemie'.

## 9.2 Continuïteit van de samenleving

Op 11 maart 2009, ongeveer anderhalve maand voordat de WHO bekend maakte dat er sprake was van een uitbraak van H1N1 (24 april) en de alarmfases 4 en 5 afkondigde (respectievelijk 27 en 29 april), verzocht de minister van BZK in een (eerste) bestuurlijke brief aan de organisaties die behoren tot de vitale sectoren 'openbaar bestuur' en 'openbare orde en veiligheid' en die nog niet over een continuïteitsplan Grieppandemie beschikten, om deze alsnog "op te stellen en in te voeren". De minister legde uit "dat er helaas een reële kans [bestaat] op een wereldwijde uitbraak van een nieuw griepvirus waartegen mensen nog geen weerstand hebben".<sup>261</sup> Om het belang van het onderwerp te onderstrepen bood de minister ter ondersteuning van het opstellen ervan een toolbox aan, inclusief een vragenlijst.<sup>262</sup> De vragenlijst was vooral bedoeld om de minister inzicht te geven in de voortgang. Het verzoek van de minister was dan ook om deze vragenlijst op twee momenten in dat jaar in te vullen (voor 1 juli en voor 1 december 2009) zodat de resultaten anoniem verwerkt konden worden in een rapportage aan de Tweede Kamer. Ook kondigde de minister van BZK in de brief aan om samen met de minister van VWS, aan het eind van het jaar 2009 een aantal oefeningen grieppandemie te organiseren.<sup>263</sup>

---

<sup>260</sup> Inspectiebericht IOOV, 3(1), januari 2007 pag nr 3

<sup>261</sup> Bestuurlijke brief van de minister van BZK aan het openbaar bestuur, d.d. 11 maart 2009, met als onderwerp 'Continuïteitsplan grieppandemie'.

<sup>262</sup> De toolbox bestond uit handleidingen, een korte film en brochures.

<sup>263</sup> Bestuurlijke brief van de minister van BZK aan het openbaar bestuur, d.d. 11 maart 2009, met als onderwerp 'Continuïteitsplan grieppandemie'.



Op dezelfde dag dat de WHO alarmfase 5 wereldkundig maakte (29 april) en 1 dag nadat het IBT voor de eerste keer bijeen was gekomen (28 april, zie paragraaf 1.4), werd in het IBT gesproken over de te nemen algemene maatregelen ten behoeve van de continuïteit van de bedrijfsvoering van de eigen departementen.<sup>264</sup> Geconstateerd werd onder andere dat het merendeel van de draaiboeken nog niet geheel gereed was, zodat met spoed door de departementen voorbereidingen getroffen moesten worden voor het geval alarmfase 5 zou worden afgekondigd of er in Nederland een ziektegeval zou opduiken.<sup>265</sup> Ook werd afgesproken dat per departement, indien nog niet gereed, per direct een intern communicatieplan ontwikkeld moest worden ten behoeve van de eigen medewerkers. Voorwaarde in de communicatie naar het eigen personeel was dat de boodschap van gelijke strekking was als de boodschap aan het brede publiek. Verder diende het CIB de departementen te adviseren over de per departement aan te schaffen hulpmiddelen, zoals handdesinfecteermiddelen, papieren handdoeken en zakdoekjes, kantoorreinigingsmiddelen en mondkapjes.<sup>266</sup>

Apart werd aandacht gevraagd voor het feit dat (ook) bedrijven en decentrale overheden geïnformeerd moesten worden over het nemen van eigen continuïteitsmaatregelen. BZK en VNO/NCW zouden hier actie op nemen (zie ook de bestuurlijke brief van 17 juni).

Op 17 juni, 6 dagen nadat de WHO de hoogste alarmfase (fase 6) voor de H1N1 uitriep, gaf het CIB in het BTCB aan dat er geen eenduidig 'omslagpunt' was te benoemen waarop bedrijven de maatregelen uit hun continuïteitsplan in werking moesten stellen. Bedrijven moesten dat, onder andere op basis van het aantal ziekmeldingen, zelf bepalen.<sup>267</sup>

In een (derde) bestuurlijke brief die op diezelfde dag, 17 juni, werd verstuurd aan het openbaar bestuur en besturen van de openbare orde en veiligheid benadrukte de minister van BZK opnieuw "*dat de vitale sectoren hun verantwoordelijkheid moeten nemen*". Gedoeld werd in de eerste plaats op het feit dat de besturen/organisaties in lijn met wat door de WHO werd geadviseerd hun continuïteitsplannen nog eens kritisch tegen het licht moesten houden, omdat er nu immers al sprake was van een alarmfase 6. In de tweede plaats dienden zij de vragenlijst waar al eerder door de minister op was gewezen in te vullen en tijdig in te zenden (voor 1 juli).<sup>268</sup>

---

<sup>264</sup> Nota van het NCC aan het IBT, d.d. 29 april 2009.

<sup>265</sup> Nog diezelfde dag was van deze situatie sprake: zoals gezegd kondigde de WHO alarmfase 5 af. De volgende dag, op 30 april werd bekend dat in Nederland iemand besmet was met het H1N1-virus.

<sup>266</sup> Nota aan IBT, Maatregelen Rijk t.b.v. Continuïteit bij griepvloed fase 4/5, 29 april 2009.

<sup>267</sup> Verslag BTCB, 17 juni 2009.

<sup>268</sup> Brief Minister BZK d.d. 17 juni 2009. Stand van zaken A (H1N1).

In het BAO van 23 juni kwam de vraag aan de orde wie verantwoordelijk was voor de continuïteit van de zorgtaken (zoals huishoudelijke verzorging, verzorging aan dak- en thuislozen, maatschappelijke opvang etc.) die onder de verantwoordelijkheid van de (centrum)gemeenten vallen. Men stelde dat dit de (centrum)gemeenten zelf zijn: de continuïteit van de zorg maakt volgens het BAO deel uit van de zorgtaken. Gemeenten dienden zorgaanbieders daar zelf op aan te spreken onder andere door contractueel eisen te stellen over de continuïteit van de zorg. In ieder geval werd geconstateerd dat VWS geen wettelijke bevoegdheid heeft om ten aanzien hiervan eisen te stellen aan gemeenten.<sup>269</sup>

Op 26 juni werd in het IBT op aangeven van VWS de noodzaak besproken om het bedrijfsleven te informeren over mogelijkheden om zich voor te bereiden op de situatie bij een grote uitval van het personeel ten gevolge van de griep. In het bedrijfsleven was daar volgens VWS grote behoefte aan. Afgesproken werd dat VWS en BZK via een brief de werkgeversorganisaties en het bedrijfsleven daarover zouden informeren (zie hieronder). Ook werd afgesproken dat zij een informerende bijeenkomst voor deze doelgroep zouden organiseren.<sup>270</sup>

Op 2 juli vond er een informatiebijeenkomst 'Nieuwe Influenza A (H1N1)' plaats, georganiseerd door het LOCC. De doelgroep bestond voornamelijk uit regionale operationele diensten. Bij het LOCC ervoer men dat ondanks de bestuurlijke brieven van de minister, er 'in het veld' nog onvoldoende urgentie aanwezig was om zich voor te bereiden op een griepdemonie. Uit een enquête die door het LOCC was uitgevoerd, bleek ook dat verschillende regio's nog niet over een continuïteitsplan beschikten, terwijl de minister van BZK daartoe in haar brieven om had verzocht. Tijdens de bijeenkomst bleek dat de deelnemers aan de bijeenkomst niet op de hoogte waren van de (inhoud van de) bestuurlijke brieven.<sup>271</sup>

Op 10 juli werd de beloofde brief aan de werkgeversorganisaties en het bedrijfsleven opgesteld en verstuurd. In de brief wees de minister van BZK, mede namens de minister van VWS, de werkgeversorganisaties en het bedrijfsleven op het grote belang van het treffen van voorbereidingen om de continuïteit van hun productie of dienstverlening te kunnen blijven garanderen in het geval van een griepdemonie. *"Graag roep ik u in herinnering de door de minister van VWS en mijzelf medio april jl. aangeboden toolbox Griepdemonie. Informatie voor werkgevers in het kader van continuïteitsmanagement en overige belangrijke informatie staat gebundeld op de website van de ministeries van VWS en van BZK, zie [www.minvws.nl/dossiers/griepdemonie/voor-bedrijven-en-organisaties](http://www.minvws.nl/dossiers/griepdemonie/voor-bedrijven-en-organisaties) en [www.minbzk.nl/griepdemonie](http://www.minbzk.nl/griepdemonie)."*<sup>272</sup> De minister kondigde tevens aan dat ten behoeve van werkgeversorganisaties en het bedrijfsleven een bijeenkomst georganiseerd

---

<sup>269</sup> Verslag BAO, 23 juni 2009.

<sup>270</sup> Verslag IBT, 26 juni 2009.

<sup>271</sup> Geclusterde inventarisatie bijeenkomsten en vragen over de nieuwe influenza A (H1N1) versie 15/7/2009 18.30.

<sup>272</sup> Brief van de minister van BZK aan de werkgeversorganisaties en het bedrijfsleven, d.d. 10 juli 2009.

zou worden om eventuele vragen te beantwoorden en waar nodig ondersteuning te bieden bij het vervolmaken van de continuïteitsplannen. Verder stelde de minister dat blootstelling aan het virus alleen zou kunnen plaatsvinden wanneer er sprake zou zijn van nauw contact met zieke personen (bijv. verpleging of schoonmaak). *“Het is de verantwoordelijkheid van de werkgever om maatregelen te nemen om blootstelling van werknemers aan het virus te voorkomen. Als dit niet mogelijk is, moeten zo min mogelijk mensen worden blootgesteld en de blootstelling zo laag en zo kort mogelijk zijn. Dit begint bij het toepassen van bronmaatregelen (bronafscherming, ventilatie) en vervolgens bij collectieve beschermingsmaatregelen en algemene en persoonlijke hygiëne. Is dit niet voldoende dan worden effectieve persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals mond-neusmaskers, gebruikt. Dit alles in combinatie met voorlichting en instructie over het juiste gebruik van deze persoonlijke beschermingsmiddelen.”*<sup>273</sup> In dezelfde brief werd gesteld dat de Nederlandse overheid geen mond-neusmaskers heeft aangeschaft voor de inwoners van Nederland en dat ook niet zal doen. De minister benadrukte dat het belangrijk is om de gewone preventieve hygiënemaatregelen te nemen en verwees naar de website van het RIVM.<sup>274</sup>

In een brief van 16 juli aan de zorginstellingen/-aanbieders, die zeer veel overeenkomsten vertoonde met de bestuurlijk brief van de minister van BZK een maand eerder, vroeg de minister van VWS bijzondere aandacht voor de continuïteit van de zorg. De minister stelde dat door personele uitval de continuïteit van de zorg ernstig in gevaar kan komen en dat het daarom van essentieel belang was dat alle gezondheidsdiensten nagingen wat de gevolgen konden zijn van een griep пандemie voor hun bedrijfsvoering en vervolgens zouden besluiten welke maatregelen zij moesten treffen om de continuïteit van hun kritieke primaire en ondersteunende processen zeker te stellen.<sup>275</sup>

In deze brief van 16 juli werd (wederom) gewezen op het feit dat de inzet van het Kabinet in 2008 was dat in 2009 80% van de vitale organisaties in Nederland zouden beschikken over een continuïteitsplan dat rekening houdt met een griep пандemie. Omdat volgens de minister de zorg, van grote institutionele instellingen tot individuele huisartsen en verloskundigenpraktijken, van groot tot klein, tot één van de vitale sectoren behoort, vroeg hij de zorginstellingen, mede namens de minister van BZK, wanneer de organisatie dat nog niet gedaan had, nu met spoed *“een continuïteitsplan voor de organisatie op te stellen en in te voeren. Dit najaar verwacht ik een toename van het aantal zieken met een mogelijke piek in oktober. Dit betekent dat u uw continuïteitsvoorbereiding voor september gereed dient te hebben.”*<sup>276</sup>

---

<sup>273</sup> Brief van de minister van BZK aan de werkgeversorganisaties en het bedrijfsleven, d.d. 10 juli 2009.

<sup>274</sup> Brief van de minister van BZK aan de werkgeversorganisaties en het bedrijfsleven, d.d. 10 juli 2009.

<sup>275</sup> Brief van de minister van VWS aan de zorginstellingen over Continuïteitsvoorbereiding griep пандemie, d.d. 16 juli 2009. De brief werd in afschrift verstuurd naar de VNG.

<sup>276</sup> Brief van de minister van VWS aan de zorginstellingen over Continuïteitsvoorbereiding griep пандemie, d.d. 16 juli 2009.

Om de organisaties te ondersteunen bij het opstellen van een continuïteitsplan Griep pandemie, bood de minister van VWS, mede namens de minister van BZK ook deze doelgroep de inmiddels bekende toolbox aan. Omdat de minister van VWS, net als de minister van BZK eerder, de resultaten van de inspanningen wilde monitoren, kondigde hij aan dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het najaar van 2009 zou bekijken hoe de continuïteitsvoorbereiding in de zorgsector ter hand was genomen en welke lacunes er nog zouden zijn. Vanaf 2010 wilde de minister de continuïteitsvoorbereiding onderdeel laten uitmaken van het reguliere toezicht.<sup>277</sup>

In het IBT van 22 juli werd onderstreept dat de gezondheidstechnische prioritering van vaccinatie geheel losstaat van de prioritering van vitale sectoren.<sup>278</sup>

Vanaf 24 juli reageerden verschillende zorginstellingen/-aanbieders middels een brief op de brief van 16 juli die door de minister van VWS aan de zorginstellingen/-aanbieders was verstuurd.<sup>279</sup> Deze instellingen wezen de minister van VWS op de financiële risico's die de griep pandemie voor hen met zich mee zouden brengen. De minister wees hen volgens de brieven schrijvers terecht op de continuïteitsvoorbereiding, maar repte vervolgens niet over mogelijke oplossingen om onvoorzienbare en buitenproportionele financiële uitgaven te compenseren. De instellingen wilden hierover graag met de minister van VWS in overleg treden.<sup>280</sup>

In het BTCTB van 24 juli 2009 vroeg de IGZ naar de situatie die ten aanzien van de continuïteit in bepaalde sectoren kon ontstaan omdat de Rijksoverheid adviseerde antivirale middelen niet als profylaxe te gebruiken. Het ministerie van VWS vulde aan dat in relatie tot vaccinatie van vitale sectoren hier ook over gesproken werd en dat de conclusie luidde dat *"we dit niet doen omdat het dan niet meer te beperken is"*. Het BTCTB besloot dat dit standpunt gehandhaafd bleef: *"iets anders is niet te communiceren"*.<sup>281</sup>

Op 28 juli informeerden de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie Jeugdzorg (IJZ) de zorginstellingen/-aanbieders, in lijn met de aankondiging van de minister van VWS in zijn eerdere brief van 16 juli, over het op handen zijnde onderzoek naar de continuïteitsplannen in de zorgsector. In de brief werd uitgelegd dat dit onderzoek aan de hand van een door de zorginstellingen/-aanbieders zelf in te vullen vragenlijst zou plaatsvinden en wat de IGZ en IJZ van de zorginstellingen/-aanbieders verwachtten.

---

<sup>277</sup> Brief van de minister van VWS aan de zorginstellingen over Continuïteitsvoorbereiding griep pandemie, d.d. 16 juli 2009.

<sup>278</sup> Verslag IBT, 22 juli 2009.

<sup>279</sup> Achtereenvolgens reageerden op 24 juli 2009 GGZ Nederland, op 27 juli 2009 Actiz, op 31 juli 2009 de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en op 6 augustus 2009 de Brancheorganisaties Zorg.

<sup>280</sup> Verschillende brieven van zorginstellingen/-aanbieders.

<sup>281</sup> Verslag BTCTB, 24 juli 2009.

De inspecties gaven aan dat zij op basis van alle ingevulde vragenlijsten een eindrapportage opstelden. Deze eindrapportage is uiterlijk 15 september gereed en wordt openbaar als de minister die aan de Tweede Kamer heeft verzonden.<sup>282</sup>

Op 29 juli werd in het ACO aangegeven dat bedrijven zelf voor verantwoordelijk zijn om de continuïteitsplanning op orde te hebben. Benadrukt wordt dat dit geen overheidsverantwoordelijkheid is. Wel mag van de overheid verwacht worden dat zij bedrijven informeert/adviseert over welke beschermende hygiënemaatregelen bedrijven moeten nemen.<sup>283</sup>

In het zelfde ACO werd aangegeven dat alle departementen aan de slag moeten met hun continuïteitsplanning. De Interdepartementale Commissie Bedrijfsvoering Rijksdienst (ICBR) die onder leiding van de pSG's voor departementen was ingesteld zou worden gevraagd deze coördinatie op korte termijn te intensiveren. Het ging dan met name om personeelstechnische maatregelen, maar ook bijvoorbeeld om het opzetten van een pool van bijvoorbeeld ICT-ondersteuning bij schaarste.<sup>284</sup>

Daarnaast werd in de terugkoppeling van het ACO d.d. 29 juli 2009 (31 juli 2009) meegedeeld dat vragen over de bedrijfscontinuïteit uit de verschillende sectoren door VWS beantwoord konden en zouden worden. Dit was de eigen verantwoordelijkheid van sectoren en bedrijven. Op de vraag wat de reactie van de overheid zou zijn als er een daadwerkelijke grote uitval zou plaatsvinden en vitale processen in gevaar kwamen, werd opgemerkt dat dit thans niet aan de orde was en ook als de prognoses uitkwamen niet verwacht zou worden dat dit zou leiden tot ontwrichting.<sup>285</sup>

VNO/NCW meldde dat veel bedrijven uitgaan van 50% zieken, hetgeen veel onrust geeft. Daarbij werd vermeld dat het niet te wijten is aan informatie die in woord en geschrift door het Rijk is verstrekt. In het verlengde daarvan bestond bij de vergadering het idee dat het tijd werd dat de minister van VWS naar buiten trad.<sup>286</sup>

VWS meldt in het ACO van 21 augustus dat de internetsite op de eerste dag al 10.000 bezoekers telde. Het callcenter ontving op dat moment 300 tot 400 calls per dag. De algemene boodschap van de publiekscampagne was: het ziektebeeld valt mee maar het aantal ziektegevallen kan heel groot worden waardoor de continuïteit in gevaar kan komen.

---

<sup>282</sup> Brief van de IGZ en IJZ, d.d. 28 juli 2009, met als onderwerp 'Onderzoek naar continuïteitsplannen zorgsector voor komende griepandemie'.

<sup>283</sup> Verslag ACO, 29 juli 2009.

<sup>284</sup> Verslag ACO, 29 juli 2009.

<sup>285</sup> Bijlage BTCB 31 juli 2009: terugkoppeling ACO d.d. 29 juli 2009.

<sup>286</sup> Bijlage BTCB 31 juli 2009: terugkoppeling ACO d.d. 29 juli 2009.

VWS verzoekt iedereen nadrukkelijk eventuele communicatie met betrekking tot de griep binnen de eigen sector eerst af te stemmen met VWS.<sup>287</sup>

In het ACO van 22 augustus werd een nota van het NCC besproken over de continuïteit van het NCC. In deze nota werd gesteld dat om de continuïteit en professionaliteit van de interdepartementale crisisbeheersing te garanderen, bij een verzuim van meer dan 30% op het NCC, zou worden overgegaan op een intensieve interdepartementale samenwerking. Concreet betekende dit volgens de nota dat de DCC's van alle departementen vanaf dat moment vanuit hun DCC personele ondersteuning ter beschikking zouden stellen ten behoeve van interdepartementale crisisbeheersing op de locatie van het NCC. Er werd voorgesteld dat het IBT mandaat gaf aan het NCC om te komen tot een nadere uitwerking van dit besluit.<sup>288</sup>

Op 2 september beantwoordde VWS de brief van GGZ Nederland over de financiële consequenties. De minister stelde dat productieverlies hoort bij het ondernemersrisico dat zorgaanbieders lopen. VWS zou daarom niet overgaan tot het garanderen van de productieafspraken, noch een toeslag geven op de productietarieven.<sup>289</sup>

Op 14 september verscheen het onderzoek van IGZ en IJZ naar de stand van zaken met betrekking tot de continuïteitsplannen in de zorgsector: Uit de door de zorginstellingen/-aanbieders zelf ingevulde vragenlijst bleek dat 82% het continuïteitsplan gereed had. Afsproken werd dat de achterblijvers door IGZ en IJZ actief benaderd zouden worden.<sup>290</sup>

Op 21 september verstuurde de VHN een brief aan de NZa over de kosten van de uitvoering van de continuïteitsplanning waarin werd gewezen op de noodzaak om naast de plannen ook vooraf te investeren in fysieke maatregelen (extra capaciteit posten).<sup>291</sup>

Op 23 september stelde het IBT vast geen continuïteitsproblemen meer te verwachten. Gesteld werd dat als de medische risicogroepen gevaccineerd worden, de boodschap van internationale solidariteit wat betreft de vaccins die over waren wel te verkopen is aan landen die geen vaccins hebben.<sup>292</sup>

---

<sup>287</sup> Verslag ACO, 21 augustus 2009.

<sup>288</sup> Nota DG Veiligheid/NCC aan ACO, *Continuïteit NCC*, 20 augustus 2009.

<sup>289</sup> Brief van het ministerie van VWS aan GGZ Nederland, d.d. 2 september 2009, met als onderwerp 'Financiële gevolgen griepandemie'.

<sup>290</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg /Inspectie Jeugdzorg, *Zorginstellingen tijdig voorbereid op de griepandemie: Stand van zaken in kaart gebracht*, september 2009.

<sup>291</sup> Brief van de Vereniging Huisartsenposten Nederland aan het ministerie van VWS, d.d. 21 september 2009, met als onderwerp 'Kosten uitvoering continuïteitsplannen griepandemie'.

<sup>292</sup> Verslag IBT, 23 september 2009.

De NZa gaf in het antwoord op 19 oktober aan de VHN aan dat de extra kosten die door de huisartsenposten worden gemaakt aangemerkt konden worden als aanvaardbare kosten die bij nacalculatie kunnen worden verrekend.<sup>293</sup>

In de bijlage onderbouwing vaccinatiestrategie van 10 november van het NCC werd de verwachting aangegeven dat geen continuïteitsproblemen zouden optreden.<sup>294</sup>

In het IBT van 12 november werd ingebracht dat het aantal grieppatiënten niet zodanig hoog is dat dit tot een ontwrichting van de samenleving zou leiden. Er was volgens het IBT nog steeds sprake van een milde epidemie. Men constateerde dat er op dat moment ook geen signalen waren van discontinuïteit in de samenleving.<sup>295</sup>

### 9.3 Analyse

In de analyse van de inspanningen gericht op het waarborgen van de continuïteit van de samenleving wordt de voor dit rapport gebruikelijke onderverdeling in FABCM gebruikt.

#### **Factfinding**

Voordat de griepuitbraak in april 2009 aan de orde was, stond continuïteit op de agenda, volgend uit onderzoek naar risico's voor de nationale veiligheid in 2007. De doelstelling uit 2008 voor eind 2009 was dat 80% van de alle belangrijke organisaties, zoals ziekenhuizen, energiebedrijven en overheidsinstanties een continuïteitsplan bezat dat rekening hield met een grieppandemie. In 2009 bleek bij het begin van de grieppandemie dat tenminste de rijksoverheid, de zorgsector en de hulpdiensten hun voorbereidingen nog niet hadden afgerond.

Uitgangspunt in de planvorming was dat bij een grieppandemie maximaal 30% van de eigen werknemers ziek zou worden, maar er zouden ook nog effecten van een onbenoemde omvang kunnen optreden omdat mensen openbare gelegenheden (zoals transport) zouden gaan mijden. Tijdens de H1N1-griep bleek het aantal zieken minder te zijn dan tijdens een reguliere seizoensgriep zodat er op geen moment meer dan 1% van de werknemers ziek was door H1N1.

#### **Advisering**

Al tijdens de eerste dreigende week bleek dat de lead over het continuïteitsdenken bij het BZK lag en niet zozeer bij VWS dat overall de leiding had.

Conform het gebruik voor crises werden brieven verstuurd naar bestuurders, branches en organisaties met het verzoek dan wel advies om de continuïteitsplannen van de betreffende instantie of organisatie op orde te brengen.

---

<sup>293</sup> Brief van de Nederlandse Zorgautoriteit aan de Vereniging Huisartsenposten Nederland, d.d. 19 oktober 2009, met als onderwerp 'Kosten uitvoering continuïteitsplannen grieppandemie'.

<sup>294</sup> Ministerie van BZK, Bijlage Onderbouwing vaccinatiestrategie, 10 november 2009

<sup>295</sup> Verslag IBT, 12 november 2009

Alhoewel continuïteit al langer een onderwerp was, werd het verzoek/advies relatief laat verstuurd, namelijk toen de WHO fase 6 reeds een feit was terwijl tegelijkertijd duidelijk was dat het een milde griep betrof.

Uit de vragen die door verschillende partijen werden gesteld, leek het erop dat er ondanks het milde karakter van H1N1 toch een zekere urgentie werd gevoeld in de samenleving (of dit tot handelen heeft geleid is niet bekend).

## ***Besluitvorming***

De besluitvormers hebben geen gebruik gemaakt van hun bevoegdheden die beschikbaar zijn om de voorbereidingen op een crisis te verplichten. Zo had BZK met behulp van de bevoegdheden uit hoofdstuk 5 van de Wet rampen en zware ongevallen gemeenten zich met spoed kunnen laten voorbereiden. VWS had richting de zorgsector ook tot verplichte voorbereiding kunnen besluiten. Dit betekent dat, hoewel wij nergens sporen van discussie daarover hebben aangetroffen, de afweging gemaakt is dat het risico voor de samenleving door uitval niet groot genoeg werd geacht om als rijksoverheid werkelijk richting vitale sectoren een verplichting op te leggen. Een dergelijke verplichting zou mogelijk ook financiële consequenties hebben.

Door het rijk, in casu het IBT, werd de afweging gemaakt geen vaccins aan de vitale sectoren ter beschikking te stellen (mede uit angst voor maatschappelijke onrust vanwege ongelijke behandeling). De vitale organisaties werden opgeroepen hun eigen verantwoordelijkheid te nemen en de rijksoverheid vond het niet nodig om daar actief aan bij te dragen door beschikbaarstelling van vaccin. Bij een pandemie met een gevaarlijker virus zou deze afweging wellicht anders gemaakt moeten worden om de maatschappij door te laten draaien.

## ***Communicatie***

De beeldvorming over de eventuele gevolgen van de griep пандemie benadrukten de urgentie van continuïteitsbeleid (denk aan verwachting over 50% uitval door ziekte). In de communicatie over continuïteitsplannen lag de nadruk op de beeldvorming, met als doel de verantwoordelijkheid voor continuïteitsplanning zichtbaar te maken en een urgentiegevoel voor een goede voorbereiding te benadrukken. Communicatie naar de 'risico'-sectoren of -organisaties werd gezien als het te gebruiken instrument.

## ***Monitoring***

De aandacht bij andere organisaties ten aanzien van continuïteit werd gemonitord door de vraag goed in de gaten te houden. Gedurende de zomer was er veel behoefte aan informatie over het opstellen van continuïteitsplannen bij het bedrijfsleven. De departementen waren erop gespitst om op dergelijke signalen te reageren in de vorm van informatie, brieven en bijeenkomsten. Met behulp van deze activiteiten en de reactie daarop kon goed worden gemonitord wat er leefde, maar er bestond geen werkelijk beeld over de voorbereiding en het effect ervan, mocht de nood aan de man komen.



# Berenschot

Binnen de rijksoverheid is in het najaar door de inspecties IOOV (hulpdiensten) en IGZ en de IJZ (gezondheidszorg) onderzocht in hoeverre de betreffende instellingen een continuïteitsplan gereed hadden. Deze evaluaties waren er niet op gericht op de kwaliteit van de uitvoering te bepalen. De monitoring gaf daarmee een beperkt beeld.

# Berenschot

## 10. Communicatie

### 10.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe er op nationaal niveau is besloten over de communicatie in het kader van de beheersing van H1N1. Allereerst wordt hiertoe een beknopt feitenrelaas gepresenteerd. In dit feitenrelaas wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende vier tijdsperiodes, die chronologisch op elkaar volgen:

- De eerste dreigende week.
- Vanaf de eerste week tot de bestelling van vaccins aan het begin van de zomer.
- Een 'rustige' zomer.
- Het hectische najaar.

Vervolgens wordt aan de hand van dit feitenrelaas een analyse gegeven van de gebeurtenissen die in het feitenrelaas zijn beschreven. De focus van dit hoofdstuk ligt op de publiekscommunicatie. In de huidige wereld kan intern bedoelde communicatie richting professionals (in de zorg) niet los worden gezien van publiekscommunicatie, omdat alle interne communicatie ook ter beschikking van de media, en daarmee van het publiek, zal komen. In dit hoofdstuk worden daarom ook relevante aspecten van wat we de 'professionele communicatie' zullen noemen meegenomen.

### 10.2 Eerste week

Nadat de WHO op vrijdagmiddag 24 april de dreiging van een nieuw griepvirus dat in Mexico dodelijke slachtoffers had geëist, naar buiten had gebracht, ontstond hiervoor onmiddellijk aandacht in de Nederlandse media. Het nieuws was op dat moment echter nog niet dominant aanwezig: zakelijk werden in korte berichten de bekende feiten uit Mexico gemeld, evenals de alertering van de Nederlandse huisartsen door het CIB. Ook plaatste het RIVM een bericht op zijn website over mogelijke overdracht van oorspronkelijke varkensgriepvirussen op de mens (24/04/2009 20.00 uur). De rijksoverheid (VWS) was afwezig in de media.

Op zaterdag 25 april nam de media-aandacht verder toe. De WHO spreekt op deze dag uit dat er reden is tot 'wereldwijde zorg'. Op zaterdagmorgen (einde dag in Noord- en Zuid-Amerika) is een (achteraf geconstateerde) correcte en neutrale weergave van de feiten zichtbaar. In de loop van de zaterdag ontstaat er meer kleuring van het nieuws door toevoegingen als 'dodelijk' voor de combinatie van virussen die A (H1N1) vormen. Ook op zaterdag 25 april was de Nederlandse overheid absent in de media. Wel wordt de professionele communicatie (diagnose en behandelaanbevelingen) van het CIB verspreid via inf@ct.

Op zondag 26 april was er meer media-aandacht. Te zien is dat deze media-intensiteit de twee dagen daarop toenam, aanhield en daarna snel afnam. In de Nederlandse berichtgeving van de media buitelden tegenstrijdige informatie-elementen, verstrekt door verschillende overheidsorganisaties, over elkaar heen:

de president van Mexico meldt dat het hoogtepunt van de griep alweer over lijkt, wat contrasteert met de maatregelen die in Mexico genomen worden om verdere verspreiding te voorkomen: mond- en neusmaskers (mondkapjes), sluiten van scholen en horeca, etc. Er werd melding gemaakt van nieuwe griepgevallen in verschillende landen, met de toevoeging dat het om een milde vorm van de griep lijkt te gaan. De zorgen van de WHO en de Europese Commissie contrasteerden weer met de bekendmaking van de WHO en de EU dat er nog geen gevallen in de EU waren geconstateerd.

Er was veel aandacht voor een vergelijking met de Spaanse griep uit 1918. Zo had bijvoorbeeld het achtuurjournaal daar een item over. In de media werden de adviezen van het CIB voor terugkerende reizigers letterlijk geciteerd.

Op zondag 26 april figureerden voor het eerst Coutinho, directeur Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) van het RIVM, en Osterhaus, hoogleraar virologie, in de verschillende media. Zij kwamen vanaf dat moment als de twee 'superdeskundigen' regelmatig terug. De boodschap van Coutinho (consequent geciteerd als medewerker RIVM, dus niet van de rijksoverheid) was er één van feiten over het virus en virusbestrijding zoals de verwachte productietijd van vaccins. Ook Osterhaus sprak over feitelijkheden over het virus, maar benadrukte ook sterk de goede Nederlandse voorbereiding door opslag van antivirale middelen en het 'plan' dat klaarlag om verspreiding in Nederland te voorkomen.<sup>296</sup>

Op maandag 27 april kwamen voor het eerst Nederlandse en buitenlandse autoriteiten in beeld. De Nederlandse minister van Buitenlandse Zaken en de president van de Verenigde Staten werden geciteerd dat de ontwikkelingen reden tot zorg zijn maar niet tot paniek(voetbal). De EU-commissaris voor Volksgezondheid stelde dat zij 'persoonlijk' niet zou reizen naar de 'landen waar clusters' voorkomen. Dezelfde dag stelde Coutinho dat het sluiten van grenzen zinloos was, en dat de goede methode voor beheersing van H1N1 de drietrap opsporing, contactonderzoek en -behandeling was.

Osterhaus kwam op deze dag uitgebreid in de media met stellingnames die de ernst van de situatie benadrukten: hij deelde naar eigen zeggen de zorgen van de directeur-generaal van de WHO. Hij vond 'het belangrijk om te zeggen dat er nog geen pandemie is en het dus nog met een sisser kan aflopen'. De griep zelf 'lijkt ernstige griep, maar is meestal mild, maar ook soms dodelijk hebben we gezien'. Slachtoffers zijn ook gezonde mensen tussen 20 en 40. Het is echter 'nog mogelijk een pandemie te voorkomen door maatregelen door de VS en de EU'. Gelukkig zijn er 'plannen die precies beschrijven wat je moet doen'. De 'uiteindelijke oplossing is aanschaf van vaccin, andere maatregelen zijn gericht op tijd te kopen totdat vaccin is bereid'. Op de vraag van een interviewer 'kijkers maken zich zorgen als ze u zien, wat moeten zij doen?', antwoordde Osterhaus 'niets zelf, maar de overheid zal gaan adviseren om geen vergaderingen, geen bijeenkomsten te houden. Dat zal allemaal verboden gaan worden'.

---

<sup>296</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 28 april 2009.

De focus van de mediaberichtgeving op 27 april lag op de dreiging en de snelle verspreiding van de griep.<sup>297</sup> De koppen van de kranten waren bijvoorbeeld: 'Kans op pandemie groeit' (AD), 'Griep komt dichterbij' (Telegraaf), 'Griep steekt de oceaan over' (ND/Metro) en 'Risico pandemie neemt toe' (FD).

Vanaf die maandag 27 april kwamen voor de bevolking diverse overheidsinformatiebronnen ter beschikking. Zo werd alle actuele informatie op [www.rivm.nl/cib/varkensgriep](http://www.rivm.nl/cib/varkensgriep) gepubliceerd. De bevolking kon vragen stellen bij het crisispublieksinformatienummer van VWS (0800-1351, dit nummer en het bijbehorende callcenter worden meestal geactiveerd als verwanteninformatienummer bij rampen), Postbus 51, het Clb en het ministerie van BuZa. De gestelde vragen betroffen hoofdzakelijk het reisadvies naar Mexico.

#### **Postbus 51**

Postbus 51 informatiedienst geeft informatie over de wet- en regelgeving van de rijksoverheid. Het bestaat uit een website en de mogelijkheid telefonisch of per e-mail een vraag te stellen aan Postbus 51. Telefonisch kan de vraag gesteld worden via (in 2011) het gratis telefoonnummer 0800-8051 op werkdagen van 8.00 tot 20.00 uur. Per e-mail kan de vraag gesteld worden via een contactformulier.

Er was sprake van een vanzelfsprekende taakverdeling in de communicatie: het Clb verzorgde de nationale en internationale professionele communicatie. De perscommunicatie van de overheid op nationaal niveau werd in samenspraak tussen VWS en het Clb verzorgd. Ministeries als dat van Buitenlandse Zaken en van Landbouw, Natuur en Visserij maar ook het Nationaal Crisis Centrum (NCC) waren op deze perscommunicatielijn aangesloten met behoud van eigen communicatiebevoegdheden.

De afkondiging door de WHO van fase 4 op dinsdag 28 april<sup>298</sup> kreeg al minder aandacht dan dat er de dagen ervoor aan de Mexicaanse griep was besteed. De eerste bekende besmetting in Spanje leverde geen extra aandacht op.

Coutinho werd die dag in de media geciteerd: 'Fase 4 heeft geen betekenis voor Nederland want Nederland werkt al zo.' Waarschuwend en relativerend voegde hij daaraan toe dat 'als verdere verspreiding plaatsvindt, dan hebben de Nederlandse maatregelen tot nu toe (patiënten melden, etc.) geen zin meer. In Nederland kan ook elk moment besmetting plaatsvinden, dat heeft geen bijzondere betekenis. Als er werkelijk overdracht van het virus in de VS plaatsvindt, dan wordt het gemakkelijk een pandemie'. Op de vraag of Coutinho 'in zijn hoofd al in fase 5 is', antwoordde hij dat 'we kijken al naar de voorbereiding daarop, onder andere naar de verspreiding van antivirale middelen over het land'.

---

<sup>297</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 27 april 2009.

<sup>298</sup> In Nederland feitelijk ongeveer een uur voor middernacht op 27 april 2009.

Het persbericht van het ministerie van Buitenlandse Zaken waarin het zijn ontradend reisadvies voor niet-essentiële reizen bekendmaakte, werd vrijwel letterlijk geciteerd:

**BuZa raadt reizen naar Mexico af<sup>299</sup>**

Het ministerie van Buitenlandse Zaken raadt Nederlanders in verband met de Mexicaanse griep aan om alleen naar Mexico te gaan als dat nodig is. Reden is dat de Wereldgezondheidsorganisatie heeft vastgesteld dat de ziekte door mensen op elkaar wordt overgedragen. In Nederland zijn nog geen gevallen van de Mexicaanse griep ontdekt. Het virus lijkt goed te behandelen en Nederland heeft voldoende klaarliggen van het medicijn oseltamivir, stelt Buitenlandse Zaken.

Het is de verantwoordelijkheid van de reizigers zelf en hun touroperators om reizen naar Mexico al dan niet te laten doorgaan, zegt het ministerie. De meeste annuleringsverzekeringen vergoeden de kosten die zijn gemaakt voor reizen naar Mexico niet. Wel kan bij de reisorganisaties TUI, OAD en Thomas Cook een reis naar Mexico gratis worden omgeboekt. KLM versoepelt het omboeken van reeds geboekte vliegreizen naar Mexico.

Ook de WHO werd geciteerd met haar stelling dat de controle aan de grenzen niet werkte: eventuele koorts kan andere redenen hebben en met H1N1 besmette personen hoeven nog geen koorts te hebben.

Op diezelfde 28 april vond een IBT plaats waarin de communicatiefasering van de crisis werd besproken. Bij WHO fase 4 hoorden (volgens de planvorming uit 2008) communicatie-instrumenten als advertenties in de landelijke dagbladen en informatievoorziening via Teletekst, maar fase 4 betekende volgens de planvorming vooral de overgang van de professionele communicatie naar de brede publieksinformatie en communicatie. Hiertoe werd niet besloten. Er werd in het BTCB wel afgesproken dat alleen Coutinho het inhoudelijke gezicht van VWS naar buiten zou zijn.<sup>300</sup>

In de media was ook op woensdag 29 april nog aanzienlijke aandacht voor de griep, maar de berichtgeving was 'rustig van toon', zo werd in het BTCB van die dag opgemerkt.<sup>301</sup> De focus lag op wat te doen bij een uitbraak in Nederland, op reisbeperkingen en op nieuwe besmettingen. Er was wederom veel aandacht voor de duiding door deskundigen. In NOVA zei Osterhaus bijvoorbeeld dat er 'geen reden tot paniek is; alertheid is wel noodzakelijk'.<sup>302</sup>

---

<sup>299</sup> NOS.nl, dinsdag 28 april 2009, 18.40.

<sup>300</sup> Notulen IBT, 28 april 2009.

<sup>301</sup> Verslag BTCB, 29 april 2009.

<sup>302</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 29 april 2009.

Op 29 april vond 's middags de eerste VWS-persconferentie over de H1N1-aanpak plaats in Nieuwspoord. Minister Klink gaf hierin aan dat er geen reden voor bezorgdheid was en dat de juiste maatregelen in Nederland waren getroffen: 'Er is geen reden voor paniek, wel is alertheid en waakzaamheid nodig'. In RTL Nieuws kwam de minister in beeld met de stellingname dat 'we er rekening mee moeten houden' dat het griepvirus ook in Nederland zal komen, gezien het feit dat het virus zich verspreidt in andere EU-landen'.<sup>303</sup>

Tijdens het BAO op 29 april werd het advies van het OMT overgenomen over een nieuwe naam voor van de griep. De 'varkensgriep' werd vanaf dat moment 'Mexicaanse griep' genoemd. Tijdens hetzelfde overleg kwam ter sprake dat het ministerie van Verkeer en Waterstaat, onafhankelijk van VWS of het Clb, informatie verspreidde naar de Schiphol-Groep. Medical Services Schiphol kreeg daardoor van verschillende afzenders verschillende informatie.<sup>304</sup>

In het BTCB werd besproken om een publieksfolder ten behoeve van de GGD-en na het weekend fysiek te verspreiden en nu reeds beschikbaar te stellen op de website van het RIVM. Over de beschikbare telefoonnummers voor publieksinformatie werd besloten tot 0800-1351. Dit nummer was immers al bekendgemaakt en in tegenstelling tot dat van Postbus 51 wel open tijdens de feestdagen. Vanaf 29 april komt ook op Teletekst algemene informatie beschikbaar.<sup>305</sup>

Uit de eerste Risico- en Crisisbarometer bleek dat op 29 april 2009 67% van de bevolking vertrouwen heeft in de overheid. 71% van de Nederlandse bevolking heeft vertrouwen in de maatregelen die tot dan toe door de overheid zijn genomen tegen de griep en 69% van de Nederlandse bevolking heeft vertrouwen in de informatievoorziening over de griep door de overheid.<sup>306</sup>

Op internetfora waren de reacties op de berichtgeving tot dan toe vooral laconiek. Schrijvers van berichten noemden de berichtgeving 'angstzaaijerij', 'een mediahype' en 'een reclame stunt voor het bedrijf dat de mondkapjes verkoopt'. Op Telegraaf.nl werden tijdens een chatsessie op 29 april ruim 800 vragen gesteld aan viroloog Osterhaus. Hij stelde daarin onder andere dat de griep epidemie vanuit Mexico door zet en zal uitgroeien tot een wereldomspannende uitbraak.<sup>307</sup>

Op donderdag 30 april, Koninginnedag, werd het eerste geval van Nieuwe Influenza A (H1N1) in Nederland bevestigd. Minister Klink gaf daarover een persconferentie op vliegveld Zestienhoven. De boodschap tijdens de persconferentie diende volgens de communicatieadviseurs te zijn: 'Minister straalt rust uit, ondanks eerste bevestigde geval.

---

<sup>303</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 29 april 2009.

<sup>304</sup> Verslag BAO, woensdag 29 april 2009.

<sup>305</sup> Verslag BTCB, 29 april 2009.

<sup>306</sup> Risico- en Crisisbarometer, speedmeting Mexicaanse griep, 1 mei 2009.

<sup>307</sup> GeenStijl.nl; fok.nl; elsevier.nl; telegraaf.nl; nieuwsnieuws.nl.

We informeren de bevolking opnieuw bij grote veranderingen'. Mede door de aanslag op de koninklijke familie in Apeldoorn was er echter weinig media-aandacht voor de persconferentie en werd deze ook niet live uitgezonden.

Vanwege deze onverwacht beperkte media-aandacht lag in interdepartementaal ACO-verband de vraag voor of men, zoals in het draaiboek publiekscommunicatie stond, mensen risico bewuster moest gaan maken nu zij vooral gericht waren op het Apeldoorn-incident. De gedeelde vrees was dat een dergelijke inspanning kon leiden tot onnodige maatschappelijke onrust. De algemene opvatting in het ACO was daarmee dat het risico bewuster maken van het publiek op dat moment niet wenselijk was. Dit betekende eveneens dat de website crisis.nl op dat moment niet werd ingezet. Daarom stelde de voorzitter van het ACO voor om de afweging aan het IBT voor te leggen. Het ACO adviseerde het IBT wel om het NVC formeel te activeren in verband met de borging van een eenduidige communicatieboodschap en een capaciteitsgebrek op sommige departementen.<sup>308</sup>

In het BTCB werd besproken dat VWS de regie hield over de inhoudelijke lijn. Afgesproken werd dat het NCC de coördinatie op zich nam voor communicatie en fysieke afhandeling. Er zal een liaison van VWS naar NCC worden ingesteld.<sup>309</sup>

In de media was de griep nadrukkelijk minder aanwezig dan de dagen ervoor. Was de Mexicaanse griep op 29 april nog de opening van de journaals, op 30 april was dit niet meer het geval in verband met de gebeurtenissen op Koninginnedag. De berichtgeving die er was, besteedde kort aandacht aan de verhoging van alarmfase 4 naar 5 door de WHO en aan de te nemen maatregelen.<sup>310</sup>

### 10.3 Voorjaar

Op 1 mei 2009 werd de verspreiding van 2 miljoen grieppandemiefolders onder GGD'en, apothekers, huisartsen en ziekenhuizen ingezet. In het draaiboek was voorzien om ook advertenties in de landelijke dagbladen te plaatsen. In het BTCB werd besloten dat voorlopig niet te doen. Wel werd gesteld dat bij een mogelijke tweede besmetting het wel nodig kon zijn advertenties te plaatsen.<sup>311</sup>

Dit BTCB-besluit kantelde al de dag erna, met als resultaat dat in diverse landelijke dagbladen op 4 mei advertenties verschenen over de griep. Deze verwezen naar het publieksinformatienummer van VWS en de website van Postbus 51 informatielijn (en daarmee niet naar de Q&A's van het Clb op [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)) en bevatten nog geen handelingsperspectief voor de burger.

Deze eerste week van mei was het mediabeeld met betrekking tot de griep feitelijk, rustig en vooral minder prominent door de gebeurtenissen in Apeldoorn.

---

<sup>308</sup> Notulen ACO, 30 april 2009.

<sup>309</sup> Verslag BTCB, 30 april 2009.

<sup>310</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 30 april 2009.

<sup>311</sup> Verslag BTCB, 1 mei 2009.



Vrijwel alle media berichtten vooral feitelijk en meestal op de binnenpagina's over de ontwikkeling van de griep in het buitenland, de getroffen maatregelen, nieuwe besmettingsgevallen en over de quarantaine van een aantal Nederlanders in Hong Kong.

In de Telegraaf van 5 mei stond wel een uitgebreid artikel met vragen en antwoorden over de griep. Hierin stelde Coutinho dat het moment van een wereldwijde uitbraak nu snel leek te naderen. 'De kans dat het virus uitdooft, wordt met de dag kleiner', aldus Coutinho.<sup>312</sup>

Ook op internetfora was weinig berichtgeving over de Mexicaanse griep. Een aantal domeinnamen met onduidelijke afzender ([www.mexicaansegriep.eu](http://www.mexicaansegriep.eu), [www.mexicaansegriep.nl](http://www.mexicaansegriep.nl) en [www.varkensgriep.nl](http://www.varkensgriep.nl)) publiceerden vragen en antwoorden over de Mexicaanse griep, met daarbij de mogelijkheid het antivirale middel Tamiflu te bestellen via [www.dokteronline.nl](http://www.dokteronline.nl).

Persbureau Novum meldde dinsdagavond 5 mei dat de Nederlandse overheid vanaf maandag extra aandacht vraagt voor de informatie die er te vinden is over de Mexicaanse griep op de websites van Postbus 51, VWS, het RIVM, en via het telefoonnummer 0800-1351. Dit bericht werd door enkele nieuwssites overgenomen.

Op 6 mei kwam het IBT bijeen. In de vergadering werd gesproken over de mogelijke opschaling naar verspreidingsfase 6 door de WHO. Een opschaling naar fase 6 leek de aanwezigen tegenstrijdig, gezien de feitelijke situatie in Nederland (maar één persoon besmet, geen mortaliteit) en het rustige mediabeeld. Het hoefde volgens het IBT dus niet te betekenen dat in Nederland de (communicatie)draaiboeken uitgerold moesten worden die hoorden bij een opschaling naar fase 6. In het IBT werd daarom afgesproken dat als de WHO fase 6 mocht aankondigen, er dan een communicatieplan moest worden opgesteld met uitleg over de vraag: waarom volgt de overheid de maatregelen die genoemd zijn bij fase 6 WHO wel/niet.<sup>313</sup>

Ook werd in het IBT van 6 mei vastgesteld dat de diverse onderdelen en diensten goed aansluiten op het nationale niveau van communicatie. Aandacht werd gevraagd voor decentrale diensten die berichtgeving wilden verzorgen in aanvulling op wat op nationaal niveau werd gecommuniceerd. Strecking was dat alleen die informatie diende te worden gezonden die ook op de Clb website stond vermeld. De algemene lijn voor de communicatie, zoals besproken in het BTCB van 4 mei, was dat er alertheid nodig blijft maar dat er op dit moment in Nederland geen aanleiding is voor grootschalige acties; het is mogelijk dat de epidemie zich nog langere tijd voortzet. De afspraak was om in de regionale communicatie te verwijzen naar de landelijke communicatie.<sup>314</sup>

Ook in het BTCB van 8 mei stond de publieksvoorlichting op de agenda. De vraag lag voor hoe snel VWS een voorlichtingscampagne kon starten nadat het besluit daartoe was genomen.

---

<sup>312</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 5 mei 2009.

<sup>313</sup> Notulen IBT, 6 mei 2009.

<sup>314</sup> Notulen IBT, 6 mei 2009.

Dit moest worden uitgezocht. In ditzelfde overleg werd gesproken over een eventuele hernieuwde naamswijziging van de griep. Er waren voor- en tegenstanders.<sup>315</sup>

Op 12 mei vond een 'bijpraatsessie' met de pers plaats vanuit het Clb.<sup>316</sup> Aangezien iedereen kennelijk wist dat de minister opties had genomen op vaccins, werd in het BTCB van 12 mei besloten te communiceren dat het advies van de Gezondheidsraad input vormde voor de beraadslagingen/meningsvorming, voorafgaand aan de besluitvorming.<sup>317</sup>

Op 14 mei werd de naamgeving van het virus gewijzigd door VWS van 'Mexicaanse griep' in 'Nieuwe Influenza A (H1N1)'; dit in lijn met andere Europese landen. Reden voor de naamswijziging is het verzoek van de Europese Commissie naar aanleiding van een brief van de Mexicaanse ambassadeur. In de media zal deze formele technische naamswijziging voorspelbaar geen effect hebben.<sup>318</sup>

In de BTCB van 25 mei werd besproken hoe het handelen van de overheid werd gepercipieerd door het publiek en de media. De teneur dreigde namelijk te worden dat de overheid te veel doet. Er moest daarom een goed verhaal op papier komen over nut en noodzaak van de getroffen maatregelen. Er werd afgesproken dat de voorlichters van het Clb en van VWS in overleg met elkaar zullen komen tot een toelichting op het optreden van de overheid tot dan toe.<sup>319</sup>

Op 26 mei werd nog in het IBT bevestigd dat de voorlichters van Clb en VWS zullen overleggen en een toelichting op het overheidsoptreden tot dan toe voorbereiden. De notie werd besproken dat er negatieve beeldvorming *kon* ontstaan over het overheidsoptreden. In de media ontstond volgens de deelnemers een beeld dat de overheid had overgereageerd, daarbij gesteund door het uitblijven van een uitbraak.<sup>320</sup>

Postbus 51 schaalde per 2 juni af naar de normale situatie. Daarnaast stopte het speciale nummer van Postbus 51 op 4 juni 2009.

In het BTCB van 8 juni 2009 werden wederom de eventuele gevolgen van de overgang naar fase 6 WHO besproken. Voor Nederland zou de opschaling volgens de aanwezigen niet veel veranderingen in de feitelijke handelswijze met zich meebrengen.

---

<sup>315</sup> Verslag BTCB, 8 mei 2009.

<sup>316</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>317</sup> Verslag BTCB, 12 mei 2009.

<sup>318</sup> Verslag BTCB, 14 mei 2009.

<sup>319</sup> Verslag BTCB, 25 mei 2009.

<sup>320</sup> Notulen IBT, 26 mei 2009.

Wel noodzaakte het tot specifieke communicatie. Zo diende er een nieuwsbericht geplaatst te worden op [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl) met een overzicht van de maatregelen. Hierin diende te worden uitgelegd dat de maatregelen vanwege de milde aard van de ziekte af konden wijken van de vooraf opgestelde draaiboeken en protocollen. Deze gingen namelijk uit van een veel ernstiger variant. Belangrijk was dat daarbij goed werd uitgelegd waarom niet alle maatregelen uit de draaiboeken genomen waren.<sup>321</sup>

Vanaf 10 juni gaf het Clb elke dag om 12.00 uur een overzicht van nieuwe griepgevallen op de website.<sup>322</sup>

De WHO riep op donderdag 11 juni 2009 de hoogste alarmfase (fase 6) voor de Nieuwe Influenza A (H1N1) uit. Het Clb maakte dit in een persbericht bekend. Hierin werd uitgelegd waarom niet alle maatregelen, die in de draaiboeken staan, genomen werden: de bestaande draaiboeken zijn geschreven voor een ernstigere situatie en zijn daarom niet in werking gesteld. Er wordt wel uit de draaiboeken geput op basis van de inschatting van VWS, het Clb en het NCC.<sup>323</sup>

Op 12 juni gaf de communicatieadviseur in het BTCTB aan dat zij volgende week met een voorstel wilde komen over welke communicatieboodschap gecommuniceerd zou worden in geval van rust en in geval van onrust. Dit in verband met een ernstig zieke patiënt in Nederland met een grote overlijdenskans.<sup>324</sup> De Risico- en Crisisbarometer wordt afhankelijk van de situatie in het weekend extra uitgevoerd.<sup>325</sup>

In het ACO van 12 juni werd gesproken over mogelijke opschaling van de publiekscommunicatie. Het IBT zou kunnen besluiten het NVC op te starten. Op dat moment was er echter nog geen behoefte aan andere sturing, alleen aan extra capaciteit.<sup>326</sup> VWS schatte in dat op dat moment het medisch principe in de maatregelen die genomen werden, nog steeds het leidend principe was en dat daarom de coördinatie bij VWS zou moeten liggen.<sup>327</sup>

Op vrijdag 15 juni meldden diverse media dat een Nederlander met griep is opgenomen op de IC van een ziekenhuis. De patiënt is een jongeman die geïsoleerd is opgenomen in een academisch ziekenhuis, meldde het Clb. Zijn toestand is stabiel. De locatie van de patiënt werd niet bekendgemaakt, hetgeen een kortdurende uitdaging voor de media betekende.

---

<sup>321</sup> Verslag BTCTB, 8 juni 2009.

<sup>322</sup> Verslag BTCTB, 10 juni 2009.

<sup>323</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

<sup>324</sup> Deze patiënt met onderliggend lijden zou uiteindelijk niet overlijden.

<sup>325</sup> Verslag BTCTB, 12 juni 2009.

<sup>326</sup> Notulen ACO, 12 juni 2009.

<sup>327</sup> Verslag BTCTB, 15 juni 2009.

Een arts uit het betrokken ziekenhuis stelde de volgende (zater)dag in het AD dat het 'helemaal niet zo goed' ging met de patiënt.<sup>328</sup>

Hoogleraar Schellekens figureerde die vrijdag in verschillende media met zijn stellingname dat het verstandig van minister Klink zou zijn om een apart vaccin te bestellen. Schellekens adviseerde de minister verder zo snel mogelijk met alle moderne communicatiemiddelen in overleg te gaan met de maatschappij en open kaart te spelen over de risico's en onzekerheden rond vaccinatieprogramma's. Ook Osterhaus stelde (wederom) dat het vaccin snel besteld moest worden, 'anders grijpen we eraan'.<sup>329</sup>

Het NOS Journaal en de Volkskrant openden op 16 juni met de verwachting van een expert van het Clb dat het griepvirus in het najaar om zich heen zou grijpen en dat mogelijk één derde van de Nederlanders de griep krijgt. In dezelfde special van de Volkskrant werd het RIVM geciteerd: 'Het RIVM houdt rekening met een vijf à tien keer hogere sterfte dan bij een normale griepgolf. Dat zou voor Nederland neerkomen op vier- tot achtduizend sterfgevallen. Er is echter geen reden voor paniek en het aantal dodelijke slachtoffers kan meevallen'.<sup>330</sup>

#### **Uit de Volkskrant van 16 juni 2009**

'De overweging om klassen naar huis te sturen of de kinderen pillen te geven, hoort bij de huidige 'tussenfase' van de epidemie, zegt Van Steenberghe. 'Maar het is zeker dat we dat gevecht verliezen. Als de griep eenmaal heerst, is het zinloos om individuele gevallen te gaan isoleren van hun omgeving.' 'We hopen dat we de huidige fase kunnen rekken tot alle scholen met zomervakantie gaan. Daarna komt iedereen terug uit alle windstreken, en moeten we er rekening mee houden dat de griep heerst. De grote golf wordt verwacht in het najaar. Er zullen zeker mensen overlijden van wie je dat niet had verwacht.' Net als bij de gewone griep, die in Nederland jaarlijks 500 tot 800 mensen velt, lopen kwetsbare ouderen grotere risico's. Maar bij deze nieuwe griep zijn dat ook kinderen. 'We dubben nu ernstig over de vraag welke groepen de grootste kans lopen op overlijden en als eerste in aanmerking komen voor medicijnen. Zijn het kinderen tot en met 6, 12 of 18 jaar?'

De vraag of één school moet worden gesloten, is tegen die tijd niet relevant meer, zegt de RIVM-expert. Misschien wel de vraag of alle scholen in Nederland voor enkele weken gesloten moeten worden.

#### *Uitval*

Bedrijven en instellingen doen er verstandig aan rekening te houden met tijdelijke uitval van personeel. '30% zieken over het hele seizoen, zoals we hebben uitgerekend voor het *worst-case* scenario, is nog steeds mogelijk. Maar dat zijn zieken; we denken dat het aantal dodelijke slachtoffers

<sup>328</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 25 juni 2009.

<sup>329</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 25 juni 2009.

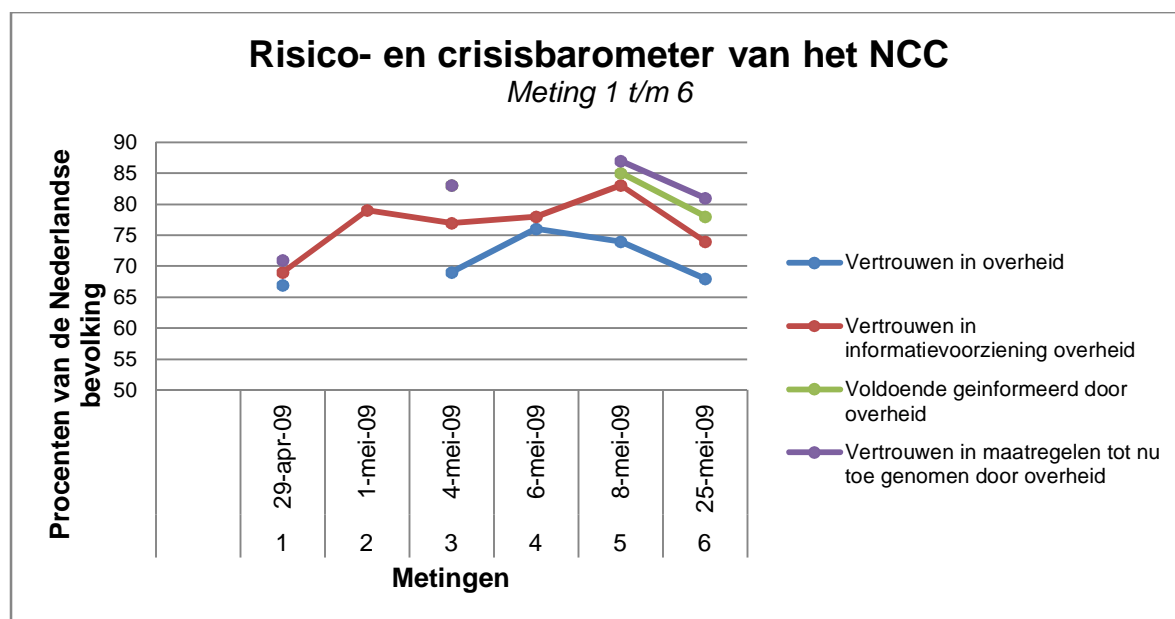
<sup>330</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 25 juni 2009.

van de pandemie zal meevallen.' Door hoog verzuim kan post misschien niet meer bezorgd worden. Cafés kunnen sluiten en lessen op scholen kunnen uitvallen. Wie ziek is, moet meteen naar huis gestuurd. Thuiswerk en gescheiden werkplekken worden aangemoedigd. Van Steenberghe: 'De Volkskrant heeft toch een speciale bezetting voor in de weekeinden en vakanties? Misschien moet u zoiets overwegen voor het geval de Mexicaanse griep echt toeslaat.'

VWS constateerde op 16 juni dat zij overspoeld werden met vragen van de pers. Een voorspelbare, veelgestelde vraag was: 'Wanneer raken we dan wel in paniek?'<sup>331</sup>

Het AD meldde op 18 juni dat minister Klink overweegt om uit kostenoverwegingen alleen voor mensen uit risicogroepen een vaccin te kopen. Wie daaronder vallen, is nog niet bekend. Viroloog Osterhaus meldde hierop dat het niet uit te leggen is aan de bevolking om alleen voor mensen in risicogroepen vaccins tegen de griep te kopen. Hij wees op de voorspellingen van het Clb dat er deze herfst 'vier- tot tienduizend griepdoden kunnen vallen', vooral onder de mensen van onder de 60 jaar. 'Als er op zo'n grote schaal mensen sterven, kun je geen bevolkingsgroep uitsluiten van inenting', aldus Osterhaus.<sup>332</sup>

De Risico- en Crisisbarometer van het NCC onder de Nederlandse bevolking gaf in deze periode een beeld van dalend vertrouwen in de overheid:



<sup>331</sup> Notulen IBT, 16 juni 2009.

<sup>332</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 25 juni 2009.

Op 18 juni stuurde minister Klink een brief aan de Tweede Kamer over de aankoop van vaccins. Dit is een dag eerder dan gepland, anticiperend op de publiciteit die hier inmiddels over was.<sup>333</sup> In de media kwam de aanschaf van de vaccins terug. De Volkskrant meldde al meteen dat de geplaatste order van het griepvaccin enkele tientallen miljoenen euro's duurder uitviel dan het eerder door minister Klink geschatte bedrag.

## 10.4 Zomer

Op 24 juni werd in het ACO nader over de communicatiestrategie gesproken. Men stelde dat de communicatiestrategie gedictieerd werd door de ontvangstbereidheid van de ontvanger. De claim was dat de communicatiestrategie dagelijks werd afgestemd op de te nemen maatregelen. VWS gaf aan te overwegen actiever te communiceren over Postbus 51 en de Clb-website als informatiebronnen. Overigens is het duidelijk voor VWS dat mensen informatie willen ontvangen via de televisie en door tussenkomst van een arts. Ook kwam in het ACO ter sprake dat VWS samen met het NCC beziet of de profilering van de overheid in de communicatie vergroot moet en kan worden: er gebeurt immers heel veel, maar dat is niet zo zichtbaar voor de burger. Er moest derhalve goed nagedacht worden over wanneer er wel/ niet een persbriefing gehouden moest worden.<sup>334</sup>

VWS kondigde in het IBT van 26 juni aan dat het in de zomer gaat werken aan een vaccinatieplan met bijbehorend communicatieplan. Beoogd werd dit op te stellen in samenwerking met alle betrokkenen (onder meer BZK (NCC/LOCC)). Er wordt een stuurgroep samengesteld die ervoor gaat zorgen dat dit plan half augustus gereed is.<sup>335</sup>

In het BTCB van 29 juni werd besproken dat bij het eventueel overlijden van een patiënt in Nederland de voorlichting van het Clb en van VWS gezamenlijk naar buiten zouden treden, mogelijk met de minister in beeld.<sup>336</sup>

In het BTCB van 10 juli werd verder gesproken over de wijze van communiceren met de pers. Een 'opgeklopt' AD-interview<sup>337</sup> met experts van het Clb over doelgroepen in de vaccinatieaanpak heeft tot veel vragen bij VWS en BZK geleid. Besproken werd dat er goed nagedacht moet blijven worden over de wijze van communiceren met de pers. Afgesproken werd dat het RIVM en VWS vooraf over interviews en persmomenten blijven afstemmen. Mogelijk moet ook nagedacht worden over het inzetten van persbriefings als communicatiemiddel.<sup>338</sup>

---

<sup>333</sup> Verslag BTCB, 19 juni 2009.

<sup>334</sup> Notulen ACO, 24 juni 2009.

<sup>335</sup> Notulen IBT, 26 juni 2009.

<sup>336</sup> Verslag BTCB, 29 juni 2009.

<sup>337</sup> Algemeen Dagblad, 9 juli 2009.

<sup>338</sup> Verslag BTCB, 10 juli 2009.

Op 17 juli werd in het BTBC de opbrengst van een gehouden 'webmonitor' besproken, namelijk dat het publiek de website van het Clb, [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl), niet kent. Als lastig werd onderkend dat de website van Postbus 51 ([www.postbus51.nl](http://www.postbus51.nl)) binnenkort op zou gaan in [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) en daardoor slecht vindbaar wordt.<sup>339</sup>

Vanuit de behoefte beter zicht te hebben op alle maatregelen die door de overheid worden genomen, was een achtergronddocument opgesteld over alles wat VWS 'deed aan de griep'. Dit kwam op 21 juli beschikbaar. Beoogd werd dit overzicht wekelijks te actualiseren, zodat het gebruikt kon worden ten behoeve van persvragen en voor de interviews met minister Klink.<sup>340</sup>

Op 22 juli kwam in het IBT ter sprake dat de website Postbus 51 en het hierbij behorende en bekende telefoonnummer in de komende periode zou worden gewijzigd. Het IBT gaf opdracht om na te gaan of dit betreffende besluit ongedaan kon worden gemaakt.<sup>341</sup> Vastgesteld werd dat ook de geplande 'denk vooruit campagne' in september heroverwogen moest worden, gezien de ontwikkeling van H1N1.<sup>342</sup>

In het BTCB van 28 juli kwam ter sprake dat een één-loket ontwikkeld werd voor alle griepvragen en dat voor bedrijven bij Postbus 51 al een 0800-nummer was opengesteld. Twee weken later zou ook het reguliere Postbus 51-nummer overgaan naar een 0800-nummer. Verder werd besproken dat de publiekscampagne van start zou gaan met aandacht voor algemene hygiënemaatregelen. Daarna zou de campagne overgaan in een vaccinatiecampagne. Een bijzonder aspect betrof de boegbeeldfunctie: tot dan toe was Coutinho het gezicht van de griep. Besproken werd dat het goed zou zijn als de minister ook meer in beeld kwam. In de tweede helft van augustus zou hij de boodschapper moeten zijn van de mededeling dat de overheid een samenhangend pakket maatregelen voorbereidt.<sup>343</sup>

In het ACO van 29 juli meldde BZK dat er naar de veiligheidsregio's actiever zou worden gecommuniceerd. Er werden vijf bovenregionale bijeenkomsten aangekondigd voor bestuurders en leidinggevendenden van de operationele hulpdiensten van de veiligheidsregio's. In de vergadering gaven OCW en VNO-NCW aan dat (ook) zij vonden dat de minister van VWS vaker in beeld moest komen. Er werd gepleit voor een statement van de minister van VWS om heel helder uit te leggen aan iedereen welke stappen de overheid neemt. VWS gaf aan dat dit ging gebeuren.<sup>344</sup>

---

<sup>339</sup> Verslag BTCB, 17 juli 2009.

<sup>340</sup> Verslag BTCB, 21 juli 2009.

<sup>341</sup> Dit heeft niet geleid tot wijziging van de verandering van Postbus 51.

<sup>342</sup> Notulen IBT, 22 juli 2009.

<sup>343</sup> Verslag BTCB, 28 juli 2009.

<sup>344</sup> Notulen ACO, 29 juli 2009.

Vanaf 30 juli was er een nieuw speciaal telefoonnummer (0800-1100) voor alle publieksvragen rondom de Nieuwe Influenza A (H1N1)-pandemie. Dit nummer was onderdeel van Postbus 51. Het nieuwe algemene nummer (0800-8051) bleef ook beschikbaar voor dergelijke vragen. Het nieuwe nummer werd gecommuniceerd door het RIVM en VWS via inf@ct, de website van het Clb en de website van het ministerie van VWS.

In het BTCB van 4 augustus merkte het Clb op dat er een separate website voor professionals in de zorg moet komen. Afgesproken werd dat het Clb een (RIVM) website gericht op professionals zal openen.<sup>345</sup>

In dezelfde vergadering werd verder geconstateerd dat er dringend behoefte is aan publieksinformatie. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de brief die de brancheverenigingen LHV, KNMP, VHN, NHG en GHOR NL op 5 augustus sturen aan VWS. In deze brief geven zij aan dat zij tijdens een overleg op 4 augustus over de continuïteit van de eerstelijnszorg gezamenlijk hebben geconstateerd dat de publiekscommunicatie vanuit de rijksoverheid op dat moment onvoldoende was. Er kwamen daarom onnodig veel vragen af op huisartsen, huisartsenposten en apotheken. De organisaties verzochten VWS de publiekscommunicatie direct te intensiveren en niet te wachten tot half augustus.

Begin augustus verschenen dagelijks meerdere berichten in de media, soms prominent, maar meestal rustig en feitelijk. De media-aandacht was in de zomer verschoven van de gebeurtenissen in het buitenland naar de gebeurtenissen in het binnenland. Daarbij werd steeds meer kritiek geuit op het uitblijven van overheidsvoorlichting. Ook op het internet was veel vraag naar informatie en voorlichting.<sup>346</sup>

Het nieuws van de eerste griepdode in Nederland op 3 augustus 2009 werd op 4 augustus door vrijwel alle media prominent gebracht. Minister Klink betuigde zijn medeleven met de familie van de overleden 17-jarige jongen. Coutinho sprak in dit verband desgevraagd nogmaals de eerdere Clb-inschatting uit, namelijk dat in het najaar vier maal zo veel griepdoden in vergelijking met de normale griep verwacht werden en dat 30% van de mensen ziek zou worden. Viroloog Osterhaus stelde dat 'het overlijden past in het beeld van het verloop van het griepvirus wereldwijd'. Jonge mensen (15-35 jaar), zeker met onderliggend lijden, lopen een verhoogd risico, aldus Osterhaus. Voor de goede orde: de media-aandacht voor de griep was veel minder dan die voor bijvoorbeeld de grote demonstraties voor democratie in Iran.<sup>347</sup>

Het algemene beeld in de media was realistisch. We geven hiervan een uitgebreider kenmerkend voorbeeld.

---

<sup>345</sup> Verslag BTCB, 4 augustus 2009.

<sup>346</sup> Directie C&I, Media-analyses varkensgriep, augustus 2009.

<sup>347</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 5 augustus 2009.



## Zin en onzin over de Mexicaanse griep<sup>348</sup>

### *Hoe gevaarlijk is de griep?*

Sommige mensen denken dat de Mexicaanse griep veel gevaarlijker is dan een gewone griep. Tot nu toe is dat niet zo. Ieder jaar heerst er griep, ieder jaar krijgen sommige mensen daar complicaties bij, zoals een longontsteking. Ieder jaar gaan er ook mensen met griep dood. Het gaat dan bijna altijd om mensen die al iets anders onder de leden hadden. De Nederlandse gezondheidszorg kan dat normaal gesproken prima aan.

### *Wat is er dan eigenlijk zo bijzonder aan deze Mexicaanse griep?*

De omvang. De Nederlandse overheid, het ministerie van Volksgezondheid, het RIVM en het ministerie van Binnenlandse Zaken bereiden Nederland voor op een grote uitval van personeel en een groot beroep op de gezondheidszorg in een hele korte periode. Normaal gesproken krijgt één op de honderd mensen griep. De verwachting is dat de Mexicaanse griep één op de drie mensen treft. Bij de normale wintergriep worden in een bedrijf Jantje en Truus in oktober ziek, Pietje en Marietje in november en Kees en Mien in december. Nu gaat het om een heel nieuw griepvirus waar niemand afweerstoffen tegen heeft en daarom kan de besmetting razendsnel om zich heen grijpen. Het bedrijf loopt het risico dat alle zes genoemde personeelsleden tegelijkertijd ziek worden en toch moeten cruciale werkzaamheden doorgaan. Het hoeft niet, maar de uitval zou kunnen oplopen tot 30%, in de gezondheidszorg zelfs tot 50%.

### *Kan de griep gestopt worden?*

De Mexicaanse griep zal geen land overslaan en dus krijgt ook Nederland ermee te maken. De griep kan alleen een beetje worden afgeremd. Het griepremmende middel Tamiflu bijvoorbeeld helpt maar een klein beetje voor de patiënt. De symptomen worden iets minder heftig en de griep duurt zes dagen in plaats van een week. Maar Tamiflu zorgt er ook voor dat de patiënt anderen minder snel besmet. Nederland heeft daarom miljoenen doses in voorraad. Verder kan door betere hygiëne de snelheid van besmetting binnen een bedrijf of huishouden worden geremd. Bijvoorbeeld een zakdoek voor de mond bij hoesten en niezen en die direct weggooien. Het beter en regelmatig schoonmaken van toetsenborden en deurkrukken, goed ventileren, enzovoort.

### *Moeten de grenzen niet dicht?*

Rigoureuze maatregelen om de griep tegen te gaan, zijn grenzen en scholen dichtdoen. Het is zeer de vraag of het zover komt. Pas als 99 procent van al het verkeer met andere landen wordt stilgelegd, heeft zo'n maatregel enig effect en dat is in onze moderne tijd zo goed als onmogelijk. De sluiting van scholen is een goede methode om de griepgolf af te remmen, maar creëert onmiddellijk een heel

---

<sup>348</sup> NOS.nl, dinsdag 4 augustus 2009, 22.17.

nieuw probleem. Ouders worden gedwongen om hun werk te verlaten. Toch is het tijdelijk sluiten van scholen wel een optie voor de overheid, mocht de griep plotseling snel om zich heen grijpen. Kinderen knuffelen met elkaar en met ouders en vormen hierdoor de ideale virusverspreider.

### *Waar blijft het vaccin?*

Naar verwachting komen in oktober de eerste vaccins in Nederland beschikbaar. Minister Ab Klink van Volksgezondheid heeft voor iedereen twee doses gekocht voor honderden miljoenen euro's. Iedereen kan dus een 'nieuwe' griepvaccin halen. Tamiflu is een griepremmend medicijn, met het vaccin word je ingeënt tegen de griep en kun je de Mexicaanse griep niet meer krijgen. Het RIVM en de Gezondheidsraad maken half augustus bekend wie er waar en in welke volgorde ingeënt moet worden. De eerste waarschuwingen tegen het vaccin zijn er ook al, maar er is geen enkele reden om te denken dat dit vaccin gevaarlijker is dan de gewone griepvaccin. Heel veel mensen krijgen in Nederland jaarlijks een griepvaccin, omdat ze bijvoorbeeld suikerpatiënt zijn en de griep er daarom beter niet bij kunnen hebben. In Australië is men inmiddels begonnen met het testen van het vaccin tegen Mexicaanse griep. Na grootschalige vaccinatie is het probleem van de griepandemie naar verwachting voorbij.

### *Wordt de Mexicaanse griep niet een beetje overdreven?*

Niet vergeten moet worden dat de overheid uitgaat van veronderstellingen op basis van de nu beschikbare informatie. Scenario's zijn dat. Hoeveel mensen er tegelijkertijd ziek worden, weet niemand. Hoeveel mensen er in het ziekenhuis belanden, is ook onbekend, net als het aantal doden. Het is dus eigenlijk wetenschappelijk verantwoord koffiedik kijken. Het kan ook zijn dat het allemaal meevalt. Maar zeker in dit geval is het 'better safe than sorry'. Sorry betekent namelijk doden die voorkomen hadden kunnen worden en dat wil niemand - zeker het kabinet niet - op zijn of haar geweten hebben. Het is van het grootste belang dat mensen die als gevolg van de griep een zware longontsteking krijgen, goed geholpen kunnen worden in het ziekenhuis. Ondertussen is deze pandemie van een tot nu toe redelijk milde griepvariant een prachtige manier om de samenleving te testen op een echte griepandemie. Want een pandemie met een veel dodelijker vogelgriepvirus of een andere enge ziekte ligt volgens de deskundigen nog altijd op de loer. Deze griep is (nog) niet eng, maar een logistieke uitdaging voor bedrijven en instellingen.

Op 5 augustus meldde de Telegraaf dat VWS binnen twee weken start met een publiekscampagne om burgers te voorzien van tips om besmetting te voorkomen: 'burgers snakken naar informatie'.<sup>349</sup>

Het besluit om medio augustus met een publieksbrede campagne te starten, was achteraf gezien onjuist, zo werd op 5 augustus geconstateerd door VWS. Dezelfde week werd daarom gestart met een vervroegde maar beperkte start van de voorziene brede publiekscampagne. Op 8 augustus 2009 werd een advertentie van 10x10 cm in de gele griepandemiekleur in de landelijke dagbladen geplaatst, met verwijzingen naar website en telefoonnummer van Postbus 51.

---

<sup>349</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 5 augustus 2009.

Een speciale website 'griepandemie.nl' ging vervolgens op 17 augustus de lucht in. Een huis-aan-huis folder werd eveneens vanaf 24 augustus verspreid. Radio- en tv-spots volgden een week later.<sup>350</sup>

Alle in te zetten middelen van de campagne werden voorgelegd aan een ingestelde communicatieklankbordgroep. Deze bestaat uit vertegenwoordigers van veldpartijen en dient om de publieksinformatie (per mail/zonder vergaderingen) te verifiëren.<sup>351</sup>

Ondertussen was besloten tot een nieuw beleid van diagnostiek, melding en behandeling van (potentiële) Mexicaanse grieppatiënten: in verband met de steeds toenemende aantallen werden nog slechts grieppatiënten die in het ziekenhuis moesten worden opgenomen onderzocht. Contacten van die patiënten werden niet meer preventief behandeld. Deze beleidsverandering werd toegelicht in een bijpraatsessie met de pers op 7 augustus. De sessie werd voorgezeten door Coutinho en vond plaats bij het Clb. Vooraf bestond zorg dat deze beleidsverandering tot onrust zou leiden. Dat was ook een reden waarom deze beleidsverandering lang op zich liet wachten (zie het hoofdstuk over voorkomen van verspreiding), maar van onrust was niets te merken.

Het interview met minister Klink op 12 augustus 2009 bij de Tros en de NOS over de aanschaf van vaccin voor alle Nederlanders, werd maar mondjesmaat opgepikt. In de media-analyse van het NCC werd geconcludeerd dat Coutinho/Clb en Osterhaus het meest in beeld zijn in de media.<sup>352</sup>

In de media verscheen op dat moment een uiteenlopend oordeel van de burger over de informatievoorziening door de overheid. RTL meldde dat 82% zich goed tot zeer goed geïnformeerd voelt, Synovate stelde dat bijna de helft zich matig tot slecht vindt geïnformeerd.

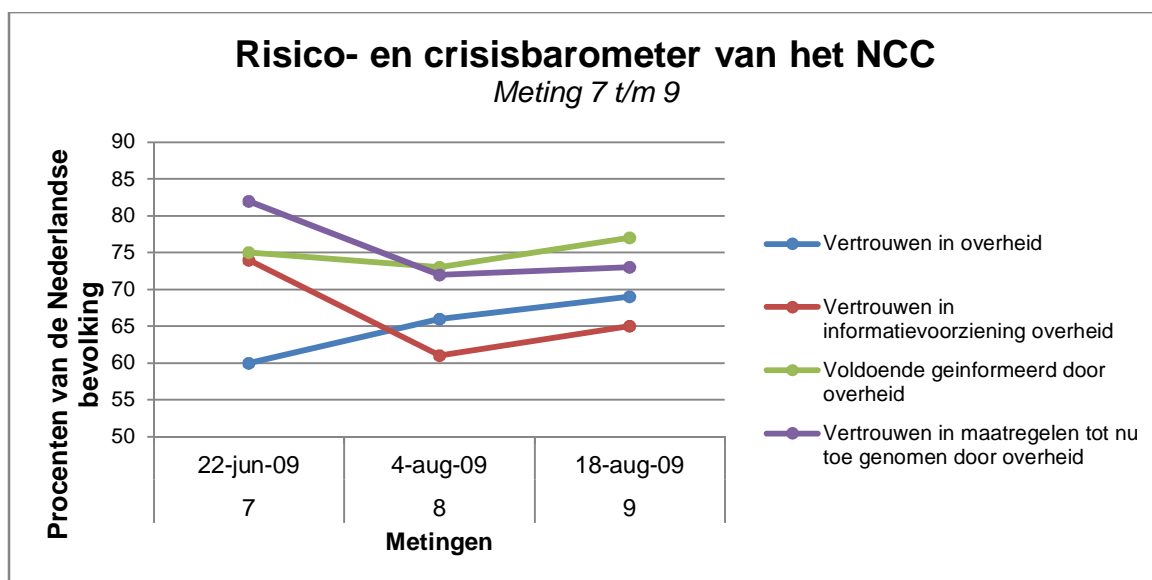
De Risico- en Crisisbarometer van het NCC onder de Nederlandse bevolking gaf in deze periode het volgende beeld:

---

<sup>350</sup> Verslag BAO, 6 augustus 2009.

<sup>351</sup> Verslag BAO, 6 augustus 2009.

<sup>352</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 12 augustus 2009.



## 10.5 Najaar

In een persconferentie werd op 17 augustus het gezamenlijke vaccinatieadvies van het Clb en de Gezondheidsraad toegelicht aan pers en publiek. In dit advies werd geen algehele vaccinatie van de Nederlandse bevolking aanbevolen, maar 'slechts' van de 'klassieke' risicogroepen met een aantal uitbreidingen zoals zwangere vrouwen en alle gezonde 60-plussers. Het advies week daarmee af van het beeld van algemene vaccinatie zoals dat een week van tevoren door minister Klink was geschetst. Niet verrassend verscheen er in de loop van de dagen erna in de media kritiek op het feit dat er alleen vaccinaties komen voor de risicogroepen terwijl voor alle Nederlandse vaccins zijn aangeschaft.<sup>353</sup>

Op 19 augustus startte het hectische communicatienajaar met de landelijke publiekscampagne 'Grip op griep' voor het publiek. De campagne bestond uit:

- de website [www.griepandemie.nl](http://www.griepandemie.nl) en het één-loket callcenter 0800-1100 voor publiek en bedrijven met Q&A's (vanaf 17-8)
- advertenties in verschillende vormen: posters, toiletreclame, freecards en online bannering (vanaf 19-8)
- radio- en tv-spotjes (19-8 t/m 27-9)
- een huis-aan-huis brochure (vanaf 24-8).

<sup>353</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

Ook startte op 19 augustus de landelijke publiekscampagne 'Grip op griep' voor professionals met een speciale themawebsite via het Clb.

In het ACO van 21 augustus gaf VWS een overzicht van de organisatie en uitvoering van de communicatie bij de griep pandemie. Er werd (wederom) gesteld dat de basisuitgangspunten van de communicatiestrategie zijn: 1) het tijdig, open en eenduidig communiceren over situatie en 2) het bieden van handelingsperspectief en daardoor vergroten van zelfredzaamheid. In de uitwerking van de communicatiestrategie werden vervolgens drie elementen onderscheiden: duiden, informeren en schade beperken/ handelingsperspectief bieden. De doelstellingen van de strategie waren het beperken van schade voor mens en maatschappij en vertrouwen in de overheid borgen. De kernboodschap was: 'we zijn rustig maar alert'. Bij de publiekscampagne was de algemene boodschap: 'het ziektebeeld valt mee maar het aantal ziektegevallen kan heel groot worden waardoor de continuïteit in gevaar kan komen'. De slogan werd: 'voorkomen, herkennen, genezen'.<sup>354</sup>

Onderkend werd dat het 'Landelijk draaiboek publiekscommunicatie griep pandemie' uit 2008 was gebaseerd op de variabelen WHO-fase, nabijheid bij Nederland en onrust bij bevolking. Er is daarbij steeds uitgegaan van een ernstige ziekte. Nu de griep (tot dan toe) meeviel, kon het draaiboek niet gevolgd worden, aldus VWS. Wel was het deels te gebruiken voor de uitgangspunten, rolverdeling, kernboodschappen en middelen.<sup>355</sup>

Verder werd bij de ACO-presentatie van de communicatiestrategie aandacht besteed aan de organisatie van de communicatie: VWS is eindverantwoordelijk voor de communicatie en wordt daarin geadviseerd door het Clb van het RIVM, Rijksvoorlichtingsdienst en het NCC. De uitvoering van de publiekscommunicatie gebeurt door VWS, RIVM, GGD-NL, regionale GGD'en en GHOR-NL. De communicatie richting medische professionals verloopt via het Clb, de communicatie richting bestuurders gebeurt in samenwerking met het NCC.<sup>356</sup>

VWS meldde in het ACO dat de internetsite op de eerste dag al 10.000 bezoekers telde. Het callcenter ontvangt op dat moment 300 tot 400 telefoontjes per dag.<sup>357</sup>

Op 26 augustus verschenen de eerste tv-spotjes. De boodschap van de spotjes is consistent met de inhoudelijke lijn: 'Hoesten/niezen in papieren zakdoekje en je handen wassen. Grieperig en koorts: blijf thuis'.<sup>358</sup>

---

<sup>354</sup> Notulen ACO, 21 augustus 2009.

<sup>355</sup> Bijlage bij agendapunt 9, ACO, 21 augustus 2009.

<sup>356</sup> Bijlage bij agendapunt 9, ACO, 21 augustus 2009.

<sup>357</sup> Notulen ACO, 21 augustus 2009.

<sup>358</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

Het aanvullende gezamenlijke GR/Cib-vaccinatieadvies met betrekking tot doelgroepen en prioritering bij de vaccinatie werd op 17 september tijdens een persconferentie toegelicht. Bij deze persconferentie waren onder meer de minister van VWS en het hoofd van het Cib aanwezig (Coutinho). De media-aandacht voor dit advies, dat in vergelijking met het vorige advies zwangere vrouwen toevoegde aan de te vaccineren risicogroepen, was beperkt.

**RIVM: aantal griepgevallen niet uitzonderlijk<sup>359</sup>**

Het aantal grieppatiënten neemt licht toe, maar dat hoort bij deze tijd en is niet uitzonderlijk. Dat zegt het RIVM. De normale griepsoorten steken nu de kop op. De Mexicaanse griep neemt nog niet sterk toe. Op dit moment hebben 45 op de 100.000 mensen griep, dat is nog geen teken voor de komst van een epidemie.

Als twee weken lang 50 op de 100.000 mensen griep hebben, is dat een teken van een opkomende epidemie. Van alle griepzieken in Nederland heeft nu 8 procent de Mexicaanse griep.

De media-aandacht was in oktober vooral gericht op de controverse rond de vermeende belangenverstremgeling tussen Osterhaus en de farmaceutische industrie. Afgezien daarvan was het mediabeeld rustig. In de kwestie-Osterhaus lag de nadruk aanvankelijk op belangenverstremgeling en kritiek, wat daarna verschoof naar het verweer van Osterhaus, minister en werkgever.<sup>360</sup> In de media (Telegraaf.nl, Volkskrant.nl, ND en ANP) was slechts op 19 oktober wat meer aandacht voor de griep naar aanleiding van de mededeling van het Cib dat de verspreiding van de griep de afgelopen week licht leek te zijn toegenomen. Eerder meldde Coutinho al op het ANP dat hij nog steeds verwachtte dat de griep heftiger zou gaan toeslaan. 'Maar het boeiende van de griep is dat niemand er voorspellingen over kan doen.'<sup>361</sup>

In de sociale media speelde een voortdurende discussie over bijwerkingen van het griepvaccin (zo blijkt bijvoorbeeld uit een door VWS gehouden webonderzoek), maar in de 'officiële' media was de aandacht in oktober vooral gericht op het DSB-debacle. Zelden verscheen er een bericht over de griep.

Begin november werd de mediaberichtgeving over de Mexicaanse griep weer intensiever; de focus lag nu nadrukkelijk op de *body count* van griepdoden gekoppeld aan het relatieve extra gevaar van de griep voor jonge kinderen (dit naar aanleiding van een oproep van de WHO en cijfers van het Cib).<sup>362</sup>

---

<sup>359</sup> NOS.nl, donderdag 17 september 2009, 14.18.

<sup>360</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 5 oktober 2009.

<sup>361</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 19 oktober 2009.

<sup>362</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 2 november 2009.

## **WHO bezorgd over vaccinweigerars<sup>363</sup>**

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) maakt zich zorgen over het grote aantal mensen wereldwijd dat zich niet tegen de Mexicaanse griep wil laten inenten. Cijfers zijn er niet, maar veel mensen zouden bang zijn voor bijwerkingen.

Volgens de WHO is die angst onterecht. Het vaccin is al honderdduizenden keren toegediend. Als er al bijwerkingen zijn, dan zijn die vergelijkbaar met die van een normale grieprik, aldus de WHO.

De Mexicaanse griep heeft tot nu toe wereldwijd 5.700 levens geëist. Kinderen verdienen volgens de WHO extra aandacht bij de vaccinaties. Nederland heeft daar nog geen besluit over genomen.

Diverse media (ANP, Volkskrant, RTL Nieuws, GPD, Telegraaf) constateerden (wederom) een groeiende onrust onder de bevolking en behoefte aan informatie. Minister Klink en Coutinho waren beiden uitgebreid in het nieuws. Minister Klink meldde in diverse interviews met het NOS Journaal, RTL nieuws, ANP, Radio 1 en de Telegraaf dat hij de Gezondheidsraad om advies had gevraagd over een mogelijke uitbreiding van de groepen die in aanmerking komen voor vaccinatie. Het advies werd, zo kondigde hij aan, aan het einde van de volgende week verwacht.<sup>364</sup>

Op 3 november werd de campagne Grip op Griep hernieuwd ingezet: wederom spotjes op tv en advertenties in kranten en dagbladen. Het speciale telefoonnummer van Postbus 51 werd geopend in het weekend. In de advertenties werd hier aandacht aan besteed.

Uit het communicatieoverzicht van het Nationaal Crisiscentrum bleek dat het publieksnummer sinds eind oktober fors meer vragen binnen had gekregen. Van gemiddeld 1.000 per week in september en de eerste helft van oktober naar 13.700 per week in de eerste week november. Het aantal telefoontjes om informatie nam nog steeds toe, in de perceptie van de aanwezigen is de media-aandacht daarbij een belangrijke trigger.<sup>365</sup>

Op advies van de Gezondheidsraad besloot minister Klink op 9 november om ook kinderen tussen 6 maanden en 4 jaar in te enten. Dit besluit haalde alle media, de persconferentie werd live uitgezonden. Na dit besluit werd nadrukkelijker ingezet op het ontkrachten van zorgen over de inmiddels gestarte vaccinatiecampagne. Er bleek immers een zeer geringe vaccinatiebereidheid te bestaan, zo bleek uit onderzoek door VWS. Minister Klink sprak hierover in diverse media en ook werd het (nieuwe) vaccinatiebeleid uitgelegd in een grote advertentie in de landelijke dagbladen op 11 november. Het gevolg was dat de media zelf ook weer veel ruimte gaven aan diverse deskundigen die toelichting gaven. In de berichtgeving was er steun ('weerleggen complottheorieën') én kritiek ('incestueus clubje') op de overheidscommunicatie.

---

<sup>363</sup> NOS.nl, dinsdag 3 november 2009, 21.05.

<sup>364</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 2 november 2009.

<sup>365</sup> NCC, overzicht communicatie, 9 november 2009.

## Zorgen Klink over vaccinatiefabels<sup>366</sup>

Minister Klink bekijkt of er een website van de overheid moet komen met informatie over de risico's en bijwerkingen van de Mexicaanse griepvaccinatie. Hij zei dat in het Radio 1 Journaal. Hij wil ook dat ambtenaren op internet gaan reageren op websites met fabels over de vaccinatie tegen de Mexicaanse griep.

Het overlijden van een kind aan de griep op 12 november leidde echter tot een acute omslag in de opinie van ouders van jonge kinderen, van 'overdreven' naar 'waar blijft het vaccin'.<sup>367</sup>

Eind november besteedden de media uitgebreid aandacht aan de (komende) massavaccinatie in reportages en vooruitblikken. De teneur is: de massale operatie verloopt soepel. Daarbij was vooral aandacht voor de schaal van de operatie ('grootschalig', 'massaal', 'militaire operatie') en de bijbehorende uitleg vanuit de organiserende GGD-en. Zo zond de NOS op 23 november stukjes uit van een vergadering van het Response Team [van het Clb]. Het ziet er ontspannen en 'in control' uit.

Op 27 november vond een persbriefing vanuit het Clb plaats. De meeste media berichtten op maandag 30 november over de cijfers die het RIVM hier presenteerde. Het NOS Journaal (opening), het AD en de Volkskrant (beide voorpagina) deden dat prominent. Het beeld in de koppen en aanhef van de berichten was dat de ziekte op zijn retour lijkt. Volgens het RIVM was het aantal griepgevallen voor het eerst sinds het begin van de epidemie vrij sterk afgenomen.<sup>368</sup>

Een persbriefing van 4 december bij het RIVM stond in het teken van het belang van het halen van de tweede prik. Op 9 december werd hiertoe nog een advertentie gezet als reminder voor de tweede prikronde. Het belang van die tweede prik werd nog extra benadrukt in alle doelgroepcampagnes (zowel jeugd, risicogroepen als gezondheidswerkers).

Op 16 december vond de laatste persconferentie van het Clb plaats. Ook het telefonisch overleg met de zorgkoepels vond toen voor de laatste keer plaats. De Risico- en Crisisbarometer en media-analyses zijn op 17 december gestopt en de Postbus 51-campagne werd afgebouwd. De website Grip op Griep bleef in de lucht, maar werd in 2010 minder frequent bijgewerkt. Op 17 december werd ook het laatste labinf@ct-bericht verstuurd.<sup>369</sup>

De Risico- en Crisisbarometer van het NCC onder de Nederlandse bevolking gaf in de periode oktober- november het volgende beeld:

---

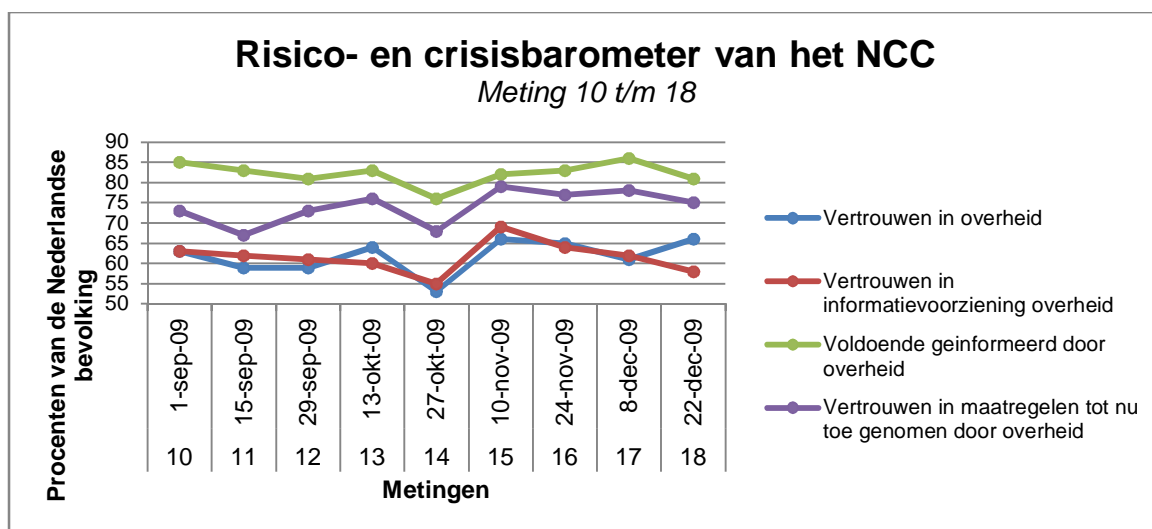
<sup>366</sup> NOS.nl, dinsdag 10 november 2009, 09.32.

<sup>367</sup> Verslag IBT, 12 november 2009.

<sup>368</sup> Directie C&I, Media-analyse varkensgriep, 30 november 2009.

<sup>369</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.





## 10.6 Analyse

In deze analyse van de nationale besluitvorming rond communicatie wordt de voor dit rapport gebruikelijke onderverdeling in FABCM gebruikt.

In dit onderzoek staat zoals gesteld de nationale besluitvorming centraal en derhalve niet de uitvoering van die besluiten. Voor communicatie betekent dit dat hoewel het meeste werk (in de uitvoering) werd verzet in de voorbereiding en uitvoering van de publiekscampagnes in de nazomer en het najaar, de focus van dit hoofdstuk juist op de periode tot de nazomer ligt.

### Factfinding

De mediaverslaglegging over H1N1 begon op vrijdag 24 april, nadat de WHO de uitbraak van een nieuw en dodelijk griepvirus in Mexico bekend had gemaakt. Op zaterdag 25 april was er nog beperkte aandacht, maar gedurende de drie dagen vanaf 26 april was de Nieuwe Influenza A (H1N1) het grootste nieuwsitem. Rapportages over de zware maatregelen die de Mexicaanse overheid nam, werden afgewisseld met observaties van Nederlandse reizigers uit het gebied en voorzien van commentaar van dé, in de perceptie van de media, twee Nederlandse deskundigen op dit terrein: Coutinho, directeur van het Clb (Centrum voor Infectieziektenbestrijding) van het RIVM en Osterhaus, hoogleraar virologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Nadat de eerste cijfers uit de VS al in het eerste weekend een mild karakter lieten zien, verminderde de media-aandacht in de loop van de eerste week sterk. De mededeling van de WHO op 28 april van de faseverhoging naar fase 4 werd bijvoorbeeld door het NOS-achtuurjournaal al nadrukkelijk in de context van 'dodelijke slachtoffers slechts in Mexico, daarbuiten lijkt het mild' gezet.

De eerste twee dagen was de mediaverslaglegging vooral feitelijk en neutraal van toon. De uitspraak van de WHO dat er reden is tot 'wereldwijde zorg' vanwege een mogelijke pandemie, is mogelijk een reden dat in de loop van de zaterdag 25 april meer kleuring van het nieuws ontstond door toevoegingen als 'dodelijk' (voor de combinatie van virussen die A (H1N1) vormen).

Er is vanaf de eerste dag relatief veel aandacht voor mededelingen door de WHO geweest. De focus op de WHO past bij de tijdens de gehele crisis voortdurende misverstanden over de bevoegdheden van de WHO: feitelijk heeft zij die niet maar in de media (en overigens ook bij verschillende respondenten van dit onderzoek) worden haar bevoegdheden als transport- en importverboden en besluiten over vaccinproductie en -verkoop toegedicht.

De eerste twee dagen was de rijksoverheid absent in de media, met uitzondering van de adviezen van het RIVM voor reizigers vanuit Mexico. Daarna heeft het ministerie van VWS er bewust voor gekozen om Coutinho, de directeur van het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM (CIb) de woordvoering te laten doen. 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 onze analyse was het optreden van Coutinho daarnaast ook effectief in de zin dat hij vertegenwoordigers van de media (en daarmee de Nederlandse bevolking) al de mogelijke ontwikkeling van H1N1 meedeelde. Hierdoor was bijvoorbeeld de afkondiging van fase 4 op 28 april door de WHO (en later fase 5) al geen verrassing meer en had daarmee ook geen eigenstandige nieuwswaarde meer.

Ook de andere Nederlandse griepdeskundige Osterhaus was regelmatig in het nieuws. 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. Hij voorspelde wel Mexicaanse maatregelen als het sluiten van scholen en openbare gelegenheden in Nederland indien H1N1 zich tot een pandemie zou ontwikkelen. Dit contrasteerde met de flegmatiekere (en achteraf realistischer) houding van Coutinho dat zodra fase 5 bereikt zou zijn, er onvermijdelijk een pandemie zou plaatsvinden en dat dan de op dat moment genomen maatregelen (zoals contactonderzoek) nutteloos zouden worden.

De eerste Nederlandse patiënt die op 30 april werd geconstateerd, kreeg mede vanwege de aanslag op Koninginnedag, slechts beperkte aandacht in het nieuws.

De reacties op de sociale media in die eerste week zijn onder te verdelen in vier typen: kritiek op de houding van minister Klink ('Ga maar rustig slapen'), vergelijkingen met andere risico's ('Verkeer en de gewone griep eisen veel meer slachtoffers'), de belangen van de farmaceutische industrie ('Dit is kassa voor de farmaceuten') en hypevorming door de media ('Media spelen hier handig op in en zaaien paniek').

Ook in de periode na de eerste meest dreigende week, zo tot de zomer van 2009, kan de mediaberichtgeving als evenwichtig worden beschouwd. Zo berichtten de media uitgebreid over het normale aantal van 700 tot 2.000 griepdoden, werden de Mexicaanse cijfers geplaatst als moeilijk verifieerbaar, werden buitenlandse maatregelen als warmtescreening van inkomende reizigers gerelativeerd met de mededeling dat hierdoor nooit alle patiënten konden worden opgespoord en werd al snel onderkend dat de wereldwijde verspreiding van H1N1 onvermijdelijk leek te worden.

Na de zomer ontstond er een geheel ander mediabeeld. De *body count* van dodelijke slachtoffers in Nederland, de discussie over de mogelijke bijwerkingen van vaccins en de mogelijke belangenverstremgeling van griepdeskundigen ademden in zekere zin een grotere crisissfeer uit dan de werkelijke dreiging rond 24 april. Met name de (verslaglegging van de) dood van enkele kinderen had een direct meetbare invloed op de risicoperceptie van de bevolking en daarmee op onder andere de vaccinatiebereidheid.

Er is zodoende een verschil aan te duiden in de mediaberichtgeving van voor en na de zomer. Voor de zomer evenwichtig en feitelijk. Na de zomer van 2009 was er een geheel andere dynamiek door discussies en tragische gebeurtenissen, zoals het overlijden van kinderen en de discussie rondom de mogelijke belangenverstremgeling. Daarmee werd ook het succes van de inzet van (in de perceptie van de nationale crisisadviseurs en besluitvormers) cruciale crisismaatregelen zoals vaccinatie en het in acht nemen van persoonlijke hygiëne afhankelijk van deze 'toevallige' gebeurtenissen.

## **Advisering**

Als vanzelfsprekend was (het advies inzake) de formele communicatiestrategie van VWS om publiek, media en stakeholders zo goed mogelijk feitelijk te informeren over de H1N1 en om burgers een handelingsperspectief te bieden. De communicatiestrategie diende daarmee volgens de communicatieadviseurs telkens uit te gaan van drie elementen in communicatie-uitingen:

- Duiden: wat betekent deze griep voor onze samenleving?
- Informeren: wat is de situatie, wat doet de overheid?
- Schade beperken: wat kunt u zelf doen om besmetting te voorkomen, te herkennen en wat moet u doen om te genezen (handelingsperspectief bieden)?

De (inter)departementale communicatieadviseurs dachten dat het daartoe noodzakelijk was om door middel van communicatie vertrouwen in de overheid te bewerkstelligen. Dat vertrouwen in de overheid werd nauwkeurig in de gaten gehouden door middel van de Risico- en Crisisbarometer onder het Nederlandse publiek. 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. Voorspelbaar leidde dit juist tot extra aandacht voor dit soort risico's in de (sociale) media. Daardoor moest door middel van reactieve communicatie weer geprobeerd worden dit beeld recht te zetten. 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 grieppandemie. Met andere woorden, dat de Nederlandse burger niet zou kunnen omgaan met onzekerheden in de bestrijdingskeuzes door de overheid.

Dit is een zeer onterechte aanname, die al regelmatig (internationaal) is bekritiseerd maar desondanks leidend lijkt te blijven in de crisiscommunicatiestrategie bij infectieziekten.<sup>370</sup>

## **Crisiscommunicatie is (nog) geen wetenschap maar zeker geen voorlichting**

Een bekende belemmering voor onderzoek naar een wetenschappelijke basis voor crisiscommunicatie is het onvermijdelijke gegeven dat crises onverwacht komen en daarmee lastig observeerbaar zijn. Zoals verschillende auteurs al hebben opgemerkt, lijkt de beperkte wetenschappelijke basis geen enkel beletsel voor het opstellen van crisiscommunicatiehandleidingen. Er bestaat wel een aantal breed gedragen bevindingen.

De eerste is dat crisiscommunicatie essentieel verschilt van voorlichting (risicocommunicatie). Zo dient bij crisiscommunicatie snelheid boven zekerheid te gaan, maar moet de onzekerheid dan wel gecommuniceerd worden. Een senior voorlichter is daarmee niet per se een goede crisiscommunicatieadviseur.

Een tweede is dat de crisiscommunicatie door overheden vaak uitgaat van a) het ontstaan van maatschappelijke onrust tijdens crises (paniek en plundering). Daarom is deze vooral geruststellend en afremmend van aard en draagt daarmee juist niet bij aan een actieve betrokkenheid van de maatschappij. En b) een informatiemonopolie van de overheid, terwijl de meeste informatie juist via sociale contacten (de moderne sociale media zijn daar slechts een klein onderdeel van) en media wordt verkregen.<sup>371</sup>

De kritiek van respondenten dat er te weinig proactief gebruik werd gemaakt van sociale media, hangt met het voorgaande samen. Dit ondanks de inspanningen op dat terrein die onder andere dankzij ondersteuning door het NCC werden gepleegd.<sup>372</sup> Deze respondenten hopen door een meer proactieve omgang met sociale media maatschappelijke twijfels in de kiem te kunnen smoren. Wij delen die opvatting niet: wat op sociale media zichtbaar is, is een weergave van wat leeft binnen delen van de maatschappij. Door de boodschapper te overtuigen, is niet een geheel deel van de maatschappij overtuigd.

---

<sup>370</sup> Specifiek voor infectieziektebestrijding hebben de hoogleraren Peter Sandman en Sandra Quinn hier veel over gepubliceerd. Zie bijvoorbeeld de website van Peter Sandman [psandman.com](http://psandman.com) voor veel vrij toegankelijke informatie hierover, waaronder de communicatietips in P. Sandman, *Anthrax, Bioterrorism, and Risk Communication: Guidelines for Action*, 2001.

<sup>371</sup> Een recent artikel over de invloed van eigen overtuiging van communicatieadviseurs op de inhoud van crisiscommunicatie met literatuurverwijzingen is M. Wester, *Cause and consequences of crisis: how perception can influence communication*, *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 17(2), 2009.

<sup>372</sup> Denk aan monitoring van online en social media, het leveren van input op fora en websites, het wekelijks uitvoeren van een blogmonitor, het plaatsen van deskundigen tegenover critici die zich online stevig positioneerden, enzovoorts.

De adviseurs kozen ervoor om niet de 'overheid' als woordvoerder op te voeren, maar vooral de directeur van het Clb als 'dokter-expert' en boegbeeld te gebruiken. Het voordeel hiervan was in hun ogen dat er met *onafhankelijke* deskundigheid zou worden gecommuniceerd. Overigens hebben de beslissers dit niet zo begrepen. Voor hen was het Clb een deel van de rijksoverheid en de directeur daarmee een vertegenwoordiger van de rijksoverheid die simpelweg ook het rijksbeleid moest communiceren. Het gevolg was dat de rijksoverheid als actor zeer beperkt herkenbaar was in de eerste maanden.<sup>373</sup>

Het feit dat voor de zomer van 2009 geen maatschappelijke onrust ontstond over H1N1, is in onze analyse daarmee niet het gevolg van de gehanteerde communicatiestrategie, maar van het adequate optreden van de directeur Clb in de media, de afgewogen berichtgeving door de media zelf en het milde karakter van H1N1.

#### **White paper**

Ook internationaal speelt de discussie over de communicatie met de samenleving. In een concept white paper van het CDC uit 2008 wordt het standpunt ingenomen dat de complexiteit van infectieziektebestrijding noodzaakt tot een open discussie met de samenleving, zodat vervolgens op basis van de uitkomsten van die discussie (politieke) besluiten kunnen worden genomen. Dit standpunt houdt in 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. 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. Binnen het CDC is men nog niet tot een definitieve stellingname gekomen.

Over de organisatie van het communicatieadvies nog het volgende: de communicatie was intern gepositioneerd bij de beleidsafdeling van VWS verantwoordelijk voor infectieziektebestrijding. Deze had voor deze opgave evident geen capaciteit. Voor woordvoering en communicatieadvies huurde VWS daarom externen in. Deze communicatieadviseurs zaten op dezelfde etage naast de beleidsmedewerkers en daarmee 'in het hart van het beleid'. Dit was een weloverwogen keuze die volgens de respondenten ook in de praktijk zorgde voor snelle interne communicatie en totstandkoming van communicatieadvies.

#### **Besluitvorming**

In het begin van de crisis was het zoeken: wie zit waar en wie besluit wat?

---

<sup>373</sup> Er is geen onderzoek verricht in 2009 of de directeur Clb door het brede publiek al dan niet als onderdeel van de rijksoverheid werd gepercipieerd. In de media werd de directeur van het Clb echter telkens als inhoudelijk expert neergezet, niet als vertegenwoordiger van de rijksoverheid.

De taakverdeling en (besluitvorming over) woordvoeringslijnen zijn in de loop van de dagen ontstaan, maar in de eerste periode niet bevestigd en gecommuniceerd<sup>374</sup>. Dit zorgde voor onduidelijkheid bij de betrokken organisaties, die verantwoordelijk waren voor uitvoering van het rijks(communicatie)beleid en om duidelijkheid vroegen.

Er ontstond een dubbele besluitvormingslijn over de communicatie. Het Clb besloot over het infectieziekte-inhoudelijke deel van de communicatie en het ministerie van VWS over de 'toon' van de communicatie. Tot slot gaf de DG Volksgezondheid of minister goedkeuring aan de communicatie-uiting.

#### **Het 'Landelijk draaiboek publiekscommunicatie griepandemie'**

Het 'Landelijk draaiboek publiekscommunicatie griepandemie' uit 2008 kent een eigen communicatiefasering (groen, geel, oranje, rood en blauw) die was gebaseerd op de variabelen WHO-fase, nabijheid bij Nederland en onrust bij de bevolking. Er is daarbij steeds uitgegaan van een ernstige vorm van griep. Over de overgang tussen de communicatiefasen zou moeten worden besloten door, 'afhankelijk van de crisis, VWS of IBT/MBT'. Toen de griep in 2009 meeviel qua ernst, bleek de fasering uit het draaiboek niet bruikbaar. Wel kon deels gebruik gemaakt worden van de in het draaiboek opgenomen uitgangspunten, rolverdeling, kernboodschappen en middelen. In mei 2009 zou conform het draaiboek (vanwege de afkondiging van WHO fase 4 en het optreden van slachtoffers in Nederland) het NVC operationeel moeten worden en de verantwoordelijkheid voor de communicatie overnemen van VWS. Daarvan is bewust afgezien, met als inhoudelijk argument dat de in het draaiboek verwachte grote maatschappelijke onrust niet optrad, maar ook omdat het voor VWS vanzelfsprekend was dat zij de verantwoordelijkheid over de communicatie het beste kon dragen. Voor het draaiboek publiekscommunicatie gold daarmee hetzelfde als voor de andere draaiboeken: gebaseerd op het uitbreken van een ernstige griep, uitgaande van grote maatschappelijke onrust en uitgaande van de meerwaarde van een sterke interdepartementale coördinatie, bleek het van beperkte betekenis in de situatie van H1N1 in 2009.

Gedurende de griep is meerdere malen besloten tot aanpassingen in cruciale onderdelen van de boodschap, zoals het nummer van de informatielijn, de website en de naamgeving van de griep. De wijzigingen van dit soort elementen zijn cruciaal voor de herkenbaarheid van de acties en daarmee voor het vertrouwen van het publiek in de overheid. Bij de beslissingen hierover hebben adviezen van de communicatie-experts echter geen rol gespeeld.

#### **Communicatie-uitvoering**

Bij VWS en alle bij de infectieziektebestrijding betrokken (regionale) organisaties bestond een gezamenlijk gevoel van 'wij gaan ervoor'.

---

<sup>374</sup> De documentatie waarin op onderdelen afspraken over (regionale) woordvoering staan dateren van medio juni.

Deze krachtige informele cultuur is een succesfactor geweest bij het slagen van de afstemming over en uitvoering van de communicatie, zeker na de eerste maand. De valkuil is dat verantwoordelijkheden niet voldoende geëxpliciteerd werden en dat degenen die niet aan het informele netwerk deelnamen, een sluier van onduidelijkheden ervoeren. In de beginperiode was de taakverdeling tussen VWS, RIVM en andere rijksonderdelen voor betrokken (regionale) organisaties in de gezondheidszorg onhelder. De taakverdeling en woordvoeringslijnen op rijksniveau (tussen VWS, RIVM, NCC) zijn in de loop van de eerste dagen ontstaan, maar niet als zodanig gecommuniceerd richting de keten, die daardoor onduidelijkheid heeft ervaren. Het zoeken naar 'wie gaat waarover' liep parallel aan een zoektocht bij de betrokken organisaties hoe om te gaan met deze 'milde griep'. Aangezien de draaiboeken geschreven waren op een *worst-case* scenario, ontstond al snel het begrip dat de draaiboeken niet gevolgd moesten worden.

In de beginfase is weinig bewust omgegaan met de inzet van de betrokken (regionale) organisaties in de gezondheidszorg in de communicatie. Het effect hiervan is hier en daar onderschat. Denk aan huisartsen en ziekenhuizen: zij zijn dominante zenders in de publiekscommunicatie, maar kregen vaak te laat en te weinig informatie of werden op lastige momenten (de weekenddiensten) overvallen door een enorme hoeveelheid vragen omdat de persbriefing op vrijdag had plaatsgevonden en zaterdag in alle media verscheen.

De betrokken (regionale) organisaties in de gezondheidszorg werden later wel goed betrokken. Vanaf oktober verliep, met name rondom de massavaccinatie, de samenwerking heel soepel. Toen waren enerzijds de interne communicatiekanalen van de gezondheidszorg op orde, maar ook de overheidsinterne vormgeving van de massavaccinatie als een bijna militaire operatie heeft ertoe bijgedragen dat iedereen de schouders eronder zette. In de beeldvorming heeft deze opzet naar de buitenwereld bijgedragen aan ten minste twee van de benoemde doelstellingen van de strategie: het creëren van vertrouwen in de overheid en het bieden van een handelingsperspectief (kwetsbare groepen konden zich laten vaccineren).

Hoewel er een verschil is tussen publieksinformatie en medische informatie, is het toch goed dezelfde ingang en organisatie voor beide te gebruiken. Dit omdat divergentie tussen beide altijd tot veel commotie zal leiden. Inf@ct is een goede, snelle manier om informatie bij professionals in de zorg te krijgen, maar deze informatie zou ook direct breed inzichtelijk moeten zijn op een standaardlocatie als de website van het Clb.

## **Monitoring**

Vanaf maandag 27 april zorgde de betrokkenheid van het NCC bij de communicatie voor de inzet van instrumenten zoals media-analyses en het regelmatig meten van de risicoperceptie van de Nederlandse bevolking (de zogenaamde Risico- en Crisisbarometer). Hiermee is de perceptie van de burger over het risico van H1N1, de ingezette bestrijdingsinstrumenten en het vertrouwen in de overheid gedurende de periode van 27 april tot medio december inzichtelijk gemaakt.

Dieptepunten in de Risico- en Crisisbarometer met betrekking tot het oordeel van het publiek of het voldoende geïnformeerd werd, zitten begin augustus en eind oktober. Het gebrek aan adequate informatie was in die periodes een op zichzelf staand nieuwsfeit geworden.

# Berenschot

Met name de situatie in augustus leidde tot pogingen om de publiekscampagne te vervroegen, hetgeen slechts gelukt is met een week.



## 11. Omgaan met beperkte IC-capaciteit

### 11.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe er op nationaal niveau is omgegaan met de mogelijk beperkte IC (Intensive Care) capaciteit tijdens de pandemie. Allereerst wordt hiertoe een beknopt feitenrelaas gepresenteerd. In dit feitenrelaas wordt onderscheid gemaakt tussen drie aspecten die chronologisch op elkaar volgen:

- Inventarisatie van de (benodigde) IC-capaciteit (bij een piek van de pandemie)
- Opstellen triagerichtlijn tijdens de griepandemie
- Geen overeenstemming over triagerichtlijn

Vervolgens wordt aan de hand van dit feitenrelaas een analyse gegeven van de gebeurtenissen die in het feitenrelaas staan beschreven.

### 11.2 Inventarisatie van de (benodigde) IC-capaciteit

Op 26 juni 2009 werd in het BTCB naar aanleiding van vragen van diverse ziekenhuizen geconstateerd dat er geen inzicht was in de benodigde IC-capaciteit op het hoogtepunt van de pandemie. In het BTCB werd afgesproken dat modellers van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) op basis van klinische gegevens die reeds beschikbaar waren een inschatting zouden maken van het aantal benodigde IC-bedden bij een piek van de pandemie. Het CIb schatte in dat de bevindingen in de week van 6 juli opgeleverd konden worden.<sup>375</sup>

Een week later, op 3 juli 2009, ontstond er in het BTCB opnieuw een discussie over het benodigde aantal IC-bedden op het hoogtepunt van de pandemie. Het CIb heeft dan op basis van modellen uit de Verenigde Staten een eerste inschatting kunnen maken van het aantal benodigde IC-bedden, maar wil haar bevindingen nog niet openbaar maken en zekerheidshalve laten toetsen door een aantal intensivisten (artsen werkzaam in een Intensive Care) van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC). Deze toetsing zou volgens het CIb plaatsvinden op 17 juli 2009. In het overleg werd verder opgemerkt dat de triage (selectie van patiënten) in ziekenhuizen bij een tekort aan IC-bedden als een regionale aangelegenheid beschouwd werd.<sup>376</sup>

In het BTCB overleg van 17 juli 2009 kwam aan de orde dat er dezelfde dag nog een vertrouwelijk overleg zou plaatsvinden tussen de modellers van het CIb en een aantal intensivisten. De modellers gaven aan dat zij een tekort aan IC-capaciteit verwachtten maar vonden het noodzakelijk dat de aannames achter de modellen eerst getoetst zouden worden door de NVIC.

---

<sup>375</sup> Verslag BTCB, 26 juni 2009.

<sup>376</sup> Verslag BTCB, 3 juli 2009.

Tevens werd in het overleg aangegeven dat de NVIC gevraagd zou worden om een voorstel voor een triagerichtlijn te maken, in het geval van een tekort aan IC-capaciteit.<sup>377</sup>

In het BTCB van 21 juli 2009 werd aangegeven dat de notitie van het Clb over de IC-capaciteit eind van de week zou worden toegestuurd aan het ministerie van VWS. Ook werd in dit overleg aangegeven dat op basis van de huidige gegevens moeilijk is *“om een goede uitspraak te doen over het verwachte aantal IC-bedden dat nodig zal zijn bij een hoogtepunt van de epidemie en ook het mogelijke tekort.”* Tevens werd in het overleg gemeld dat met de Nederlandse Vereniging (NVZ) van Ziekenhuizen gesproken is over het maken van een plan voor de triage en verdeling van patiënten over ziekenhuizen in het geval van schaarste. Tijdens het gesprek tussen het Clb en NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) is aan de orde gekomen dat de NVIC een beroepsvereniging is die bestaat uit weinig mensen en organisationele ondersteuning nodig heeft voor het opstellen van de triagerichtlijn.<sup>378</sup>

De bevindingen van het Clb werden halverwege juli 2009 in een notitie aangeboden aan het ministerie van VWS, de betrokken beroepsgroepen, de NVZ en de NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra). Door modellers werden in de notitie op basis van verschillende aannamen over het verloop van de pandemie berekeningen gepresenteerd over het te verwachten aantal IC-opnamen. In de notitie gaven de modellers aan dat er een kans bestond dat er zonder controlemaatregelen (o.a. 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 gaan manifesteren bij kinder-IC's.<sup>379</sup>

De modellers gaven verder aan dat het wel of niet ontstaan van een capaciteitsprobleem op IC's in hoge mate afhankelijk was van onzekere factoren zoals het deel van de populatie dat geïnfecteerd wordt tijdens de piek.<sup>380</sup>

---

<sup>377</sup> Verslag BTCB, 17 juli 2009.

<sup>378</sup> Verslag BTCB, 21 juli 2009.

<sup>379</sup> Notitie *“Vraag naar ziekenhuisbedden en bedden op de intensive care tijdens de piek van een influenzapandemie”* van 23 juli 2009.

<sup>380</sup> Notitie *“Vraag naar ziekenhuisbedden en bedden op de intensive care tijdens de piek van een influenzapandemie”* van 23 juli 2009.

## De problematiek van het inschatten van benodigde kinder-IC-capaciteit

Uit onderzoek na de pandemie komt naar voren dat de assumptie dat kinder-IC's het eerste te maken zouden krijgen met een capaciteitstekort onjuist is. Zo wordt in onderzoek van het CIB in 2010 gesteld: *“Infection attack rates of pandemic influenza A H1N1 were high in children, and very low in persons at least 40 years of age. The severity of infection was low in children but substantial in persons 40 years and older.”*<sup>381</sup> Hiermee wordt de door modellers onderkende beperkte betrouwbaarheid van hun gehanteerde model bevestigd.

Nog geen week later op 27 juli 2009 vond een afstemmingsoverleg plaats over de triagerichtlijn in het geval van een tekort aan IC-capaciteit.<sup>382</sup> Hierbij waren onder andere betrokken het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ), Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen-Nederland (GHOR-NL), NVZ, NVIC, Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de NFU.

Alhoewel er geen aanwijzingen waren dat de bestaande triagerichtlijn op korte termijn niet meer zou voldoen, werd toch besloten dat er een nieuwe richtlijn moest komen met specifieke afspraken over het uitstellen van 'electieve zorg' (ingeplande operaties) die capaciteit vergt van IC's en het optimaliseren van de triagerichtlijn *toegang tot beademingsbed voor volwassenen en kinderen* bij een tekort aan IC bedden. Door het treffen van 'algemene continuïteitsvoorbereidingen' verwachtte het ministerie van VWS dat er afdoende geanticipeerd kon worden op de zorgvraag. Indien er desondanks een tekort aan ziekenhuis- en/of IC-bedden dreigde te ontstaan, zou de minister van VWS dit moment moeten vaststellen. Pas hierna kon volgens de DG VWS de triagerichtlijn in werking treden en kon de electieve zorg waar mogelijk en nodig uitgesteld worden.<sup>383</sup>

Ruim anderhalve week later, op 5 augustus 2009, werd de IC-capaciteit besproken in het Outbreak Management Team (OMT). Centraal in het OMT stond de vraag welke aanvullende maatregelen er nodig zijn gelet op het milde karakter en de epidemiologische ontwikkelingen van het H1N1-virus.<sup>384</sup> Volgens het OMT was er bij ziekenhuizen en bij de betrokken beroepsgroepen (waaronder de intensivisten) veel aandacht voor de voorbereiding op de mogelijke tekorten aan IC-bedden. Het was volgens het OMT onduidelijk wie er op nationaal niveau verantwoordelijk was voor de coördinatie en de gevolgen van een eventuele schaarste aan IC-bedden.<sup>385</sup>

---

<sup>381</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2010). Research network swine-origin influenza A/ (H1N1) Mexico. Final Report, November 2010. CIB & ErasmusMC.

<sup>382</sup> Zie brief *“Afspraken overleg triagerichtlijnen”* DG Volksgezondheid 31 juli 2009.

<sup>383</sup> Brief *“Afspraken overleg triagerichtlijnen”* DG Volksgezondheid 31 juli 2009.

<sup>384</sup> Verslag BAO, 6 augustus 2009.

<sup>385</sup> RIVM (2010). Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM.

Het OMT adviseerde het BAO derhalve er bij de NVZ op aan te dringen zich te blijven voorbereiden op schaarste aan IC-bedden en zich te beraden op de vraag hoe er bij eventuele schaarste moest worden gehandeld. Daarnaast adviseerde het OMT aan het BAO om het punt van de coördinatie van de nationale schaarste van IC-capaciteit met de ziekenhuizen te bespreken en zorg te dragen voor dagelijks inzicht op nationaal niveau in het aantal landelijk beschikbare IC-bedden.<sup>386</sup>

Het advies van het OMT van 5 augustus 2009 werd de volgende dag in het BAO besproken. VWS gaf in dit overleg aan dat ze al in gesprek waren met de NVZ, NFU, GHOR-NL, IGZ, huisartsen en beroepsverenigingen van intensivisten. Tevens melde VWS dat IC's, ziekenhuizen en eerste lijn zich voorbereidden op een mogelijke schaarste. VWS had tevens al een brief naar alle genoemde partijen gestuurd met het verzoek zich voor te bereiden op schaarste van zorgaanbod door het maken van afspraken (bijvoorbeeld het uitstellen van electieve zorg) en landelijke richtlijnen. De voorzitter van het BAO besloot dat de voorbereidingen die getroffen waren, verder reikten dan het OMT deed vermoeden.<sup>387</sup>

### 11.3 Opstellen triagerichtlijn tijdens de grieppandemie

Twaalf dagen later op 17 augustus 2009 vond er een overleg plaats over de capaciteit van IC's en ziekenhuizen in relatie tot de grieppandemie. De betrokken deelnemers waren GHOR-NL, NVZ, NFU, NVK, NVIC, IGZ en VWS. Het overleg ging over het verkrijgen van inzicht in de capaciteit van IC's en ziekenhuizen en het bespreken van de gevolgen van de onlangs opgeleverde "*Leidraad voor infectieziektepreventie in ziekenhuizen bij een pandemie met H1N1*" van de commissie-Kluytmans.<sup>388</sup> Gevolg van deze leidraad was dat ziekenhuizen, na invoering, op basis van door hen zelf te verzamelen managementinformatie gaan besluiten op welk moment zij van fase groen naar fase oranje en vervolgens naar fase rood zullen gaan. Een belangrijke maatregel in de fase oranje is de afbouw van delen van de electieve zorg. VWS vroeg in aanvulling op de leidraad aan de beroepsverenigingen om eventueel samen met de Orde van Medisch Specialisten aan te geven welke delen van de electieve zorg het eerste afgebouwd kunnen worden. Het doel van deze lijst was om de beslissingen over het afbouwen van de electieve zorg te kunnen onderbouwen en daarmee acceptabeler te maken voor de patiënten. Verder achtten de aanwezigen het van belang dat het besluit van een of meerdere ziekenhuizen om over te gaan naar fase oranje of rood wordt afgestemd met de GHOR, andere ziekenhuizen en huisartsen in de regio. In het overleg werd VWS verzocht om duidelijkheid te scheppen over de financiële consequenties van het eventueel afbouwen van electieve zorg.<sup>389</sup>

---

<sup>386</sup> Verslag BAO, 6 augustus 2009.

<sup>387</sup> Verslag BAO, 6 augustus 2009.

<sup>388</sup> Kluytmans et al. *Leidraad voor infectiepreventie in ziekenhuizen tijdens de pandemie met nieuw influenza A (H1N1)*, 5 augustus 2009; [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl).

<sup>389</sup> Notitie "Overleg triage en bedden capaciteit Nieuwe Influenza", 17 augustus 2009.

Op 14 september zond de NVIC een brief aan VWS met de door NVIC opgestelde Richtlijn voor volwassenen Intensive Care afdelingen Influenza pandemie.<sup>390</sup> In de brief gaf de NVIC aan dat zij er groot belang aan hechtte dat dit protocol bekrachtigd werd door VWS en/of IGZ om twee redenen. In de *eerste* plaats vanwege een uniforme landelijke uitvoering van de Richtlijn. In de *tweede* plaats omdat de NVIC vond dat de eindverantwoordelijkheid voor het vaststellen van een dergelijke richtlijn naar mening van de NVIC bij de overheid diende te liggen.<sup>391</sup>

In het BTCB van 6 oktober 2009 kwam het zojuist vermelde rapport, Richtlijn voor volwassen Intensive Care afdelingen Influenzapandemie van de NVIC, aan de orde. Een aantal uitspraken in het rapport werd als fors aangeduid, met name over het moment wanneer er schaarste optreedt. De bal wordt door de NVIC bij VWS gelegd. In het BTCB wordt de vraag behandeld hoe hiermee om te gaan. Er wordt besloten een nota ter informatie richting de minister (vanuit Curatieve Zorg) te laten gaan. Wanneer schaarste optreedt, komt het rapport-Kluytmans in werking. Daarnaast werd in het overleg aan GHOR Nederland gevraagd om de landelijke IC-capaciteit in kaart te brengen. Geconstateerd werd namelijk dat niet ieder ziekenhuis kan bepalen of, en zo ja wanneer, er sprake van schaarste is.<sup>392</sup>

#### 11.4 Geen overeenstemming over triagerichtlijn

Op 3 november 2009 meldde VWS per brief aan de NVIC dat de IGZ kennis heeft genomen van de inhoud van de richtlijn van de NVIC en deze als de *professionele* standaard beschouwd. Alhoewel VWS de zienswijze deelde dat uniformiteit van triage van groot belang is bij een griepandemie, achtte VWS het onhaalbaar om de inwerkingtreding van de richtlijn landelijk af te kondigen. Er konden immers grote regionale verschillen optreden in het beloop en de consequentie van de afkondiging. Daarnaast gaf VWS aan dat wanneer intensivisten geen mogelijkheden meer zouden zien om jonge patiënten over te plaatsen naar andere ziekenhuizen, de triagerichtlijn voor volwassenen van toepassing zou zijn. VWS gaf hierbij aan dat zij vertrouwen op de professionele inschatting en afweging van de intensivisten. VWS vroeg de NVIC verder om de richtlijn onder haar leden te verspreiden en te implementeren.<sup>393</sup>

In het Ambtelijk Coördinerend Overleg (ACO) van 10 november 2009 werd de actuele stand van het aantal getroffen door H1N1 kort besproken. Hierbij werd opgemerkt dat de verspreidingsgraad die dag stevig was, alhoewel het aantal getroffen per 10.000 inwoners lager lag dan bij de laatste reguliere griep van 2009. Het werd in het ACO als complicatie gezien dat de Mexicaanse griep samenviel met enkele andere normale seizoensvirussen, die normaliter ook IC-opnames

---

<sup>390</sup> Brief VWS en IGZ, betreffende Richtlijn IC volwassenen Influenza fase 6. Zie ook [www.nvic.nl/influenza.php](http://www.nvic.nl/influenza.php).

<sup>391</sup> Brief 14 september 2009 door NVIC aan VWS.

<sup>392</sup> Nota "Afstemming bij schaarste IC-bedden tijdens griepandemie", 20 oktober 2009 VWS.

<sup>393</sup> Brief "Richtlijn IC-afdelingen voor volwassenen bij griepandemie", 3 november 2009 VWS.

veroorzaken. De IC-capaciteit werd daardoor op 10 november ruim benut. Door het ontbreken van voldoende gespecialiseerd verpleegkundig personeel was de capaciteit op 10 november niet uit te breiden.<sup>394</sup>

Op 11 november 2009 stuurde de NVIC een reactie op de brief van VWS van 3 november 2009. Hierin gaf de NVIC aan dat zij van mening is dat triage van IC-patiënten pas dient te worden toegepast wanneer er een landelijk capaciteitstekort van IC's is ontstaan. Derhalve stelde de NVIC dat het landelijk afkondigen van een IC-tekort onder ministeriële verantwoordelijkheid valt en niet overgelaten kan worden aan een beroepsvereniging.<sup>395</sup>

In het Platform Nieuwe Influenza A (H1N1) met daarin vertegenwoordigers van de GGD Nederland, GHOR Nederland en het Landelijk Operationeel Coördinatie Centrum (LOCC) van 30 november 2009 werd overlegd over het ontbreken van een landelijk inzicht in de bezetting van de IC-bedden. Tijdens de bijeenkomst werd vastgesteld dat de website [www.zorg-capaciteit.nl](http://www.zorg-capaciteit.nl) inzicht zou moeten bieden in de IC-capaciteit, maar dat tot dan toe onvoldoende deed. Afgesproken werd dat tijdens het overleg *beddencoördinatie en triage* van 15 december 2009 verder gesproken zou worden over de te nemen acties.

#### **De problematiek van een inschatting van de beschikbare IC-capaciteit**

In een van de interviews met een respondent van een GHOR werd naar voren gebracht dat zij gedurende de pandemie op geen enkele wijze een actueel overzicht hadden van het aantal beschikbare IC-bedden in hun regio. Volgens de GHOR medewerker werd dit probleem hoofdzakelijk veroorzaakt door tegenwerking vanuit de ziekenhuizen: *“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.”*<sup>396</sup>

---

<sup>394</sup> Notulen ACO, 10 november 2009.

<sup>395</sup> Brief “Richtlijn IC-afdelingen voor volwassenen”, 11 november 2009 NVIC.

<sup>396</sup> GHOR Nederland geeft in haar reactie op het conceptrapport aan dat ‘de concurrentie tussen ziekenhuizen (...) een beperkte verklaring is voor deze problematiek. De beschikbaarheid van IC-plaatsen is geen statisch gegeven. Ziekenhuizen kunnen bedden, middelen en personeel op meerdere manieren indelen waardoor er meer of minder IC-plaatsen beschikbaar zijn. Dat doen zij op basis van een afweging tussen de vraag naar zorg en de beschikbaarheid van plaatsen in andere ziekenhuizen. Het ziekenhuis kan dus geen vast aantal

Op 15 december vond het overleg *beddencoördinatie en triage* plaats. Deelnemers waren de GHOR-NL, NFU, NVIC, NVZ, VRU en LOCC. In het overleg werd door de afvaardiging van de ziekenhuizen aangegeven dat er een reden moet zijn om hun gegevens over IC-capaciteit te delen met anderen. Met alle partijen werd afgesproken dat er gekeken werd naar de mogelijkheden om de website [www.zorg-capaciteit.nl](http://www.zorg-capaciteit.nl) zo in te richten dat het aan de wens van het verkrijgen van landelijk inzicht in de IC-capaciteit voldeed. Een ander agendapunt was de triagerichtlijn van de NVIC. In het overleg werd gemeld dat er een conceptrichtlijn was opgesteld door de NVIC die niet formeel door VWS was vastgesteld. De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaf aan dat zij de richtlijn als professionele standaard beschouwden. Tijdens het overleg werd door VWS tevens duidelijk gemaakt dat het activeren van de richtlijn niet door de minister zal geschieden.<sup>397</sup>

## 11.5 Analyse

In de analyse van de inspanningen rond de IC-capaciteit wordt de voor dit rapport gebruikelijke onderverdeling in FABCM gebruikt.

### **Factfinding**

De omgang met de beperkte IC-capaciteit moet beschouwd worden vanuit a) de epidemiologische ontwikkeling van H1N1 en b) de regulier beschikbare IC-capaciteit:

- H1N1 was een milde griep die relatief veel kinderen trof. In de zomer van 2009 werd rekening gehouden met mutatie waardoor H1N1 gevaarlijker zou kunnen worden en het was onduidelijk in welke mate het virus zich zou verspreiden. In het najaar bleek dat de kans op complicaties bij jeugdigen veel kleiner was dan bij ouderen. Desalniettemin was het aantal opnames van kinderen in ziekenhuizen naar de mening van kinderartsen verontrustend hoog.
- De IC-capaciteit is onvermijdbaar beperkt omdat het een dure voorziening is waar patiënten met een zeer kleine of zonder overlevingskans (langdurig) in leven gehouden kunnen worden. Dit geldt in het bijzonder voor de capaciteit van gespecialiseerde IC's voor (kleine) kinderen. Gedurende een regulier griepseizoen kan de grens van de beschikbare capaciteit dan ook bereikt worden. Dit noodzaakt in de eerste plaats tot het uitstellen van de electieve zorg maar uiteindelijk ook tot selectie (triage) van te behandelen patiënten.

### **Advisering**

De problematiek van een tekort aan IC-capaciteit kwam op 26 juni 2009 voor het eerst aan de orde in het kader van de nationale besluitvorming over de bestrijding van H1N1.

---

noemen en zal een goede balans willen zoeken in het beschikbaar maken en houden van IC-bedden en het uitstellen van niet-acute operaties. Ook concurrentieoverwegingen kunnen daarbij een rol spelen. Er waren ook regio's waar wel werkbare afspraken zijn gemaakt tussen ziekenhuizen over de bedden capaciteit.'

<sup>397</sup> Notitie "Overleg beddencoördinatie en triage", 15 december 2009.

Op dat moment was het de adviseurs al duidelijk dat de Nieuwe Influenza A (H1N1) buiten Mexico een veel milder karakter had dan binnen Mexico zelf. Wel speelde op dat moment de zorg dat H1N1 ging muteren tot een gevaarlijker vorm en nam het aantal patiënten langzamerhand toe. De vraag naar hoe met een tekort aan IC-capaciteit moest worden omgegaan was daarmee relevant voor het Rijk: dat had immers de eindverantwoordelijkheid voor de bestrijding van H1N1 naar zich toe getrokken.

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 griepandemie, zeker wanneer bij voorbaat al min of meer onderkend wordt dat de foutmarges van de gehanteerde modellen groot zijn.

Ondertussen was door VWS aan de branchevereniging van intensivisten gevraagd om tot een triagerichtlijn te komen. Deze stelde een dergelijke richtlijn vervolgens op maar vroeg aan het eindverantwoordelijke ministerie wel om goedkeuring: zij wil graag dat de minister aangeeft wanneer tot een dergelijke selectie van patiënten moet worden gekomen.

De betrokken adviseurs bij VWS beschouwen dit als een zodanig politiek 'onaantrekkelijke' beslissing dat zij geen besluit willen nemen over een advies daarover.

## ***Besluitvorming***

De besluitvormers bij VWS hebben het niet aangedurfd hun eindverantwoordelijkheid voor de bestrijding van H1N1 (waartoe zij zelf besloten ondanks een contrair advies van het de experts van het OMT, zie het hoofdstuk over 'voorkomen verspreiding') 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.

## ***Communicatie***

Het ministerie van VWS wilde geen verantwoordelijkheid dragen voor de triagerichtlijn van de NVIC maar communiceerde dit niet consistent richting de betrokken partijen in de zorg. In eerste overleggen werd bijvoorbeeld opgemerkt dat de triage een 'regionale verantwoordelijkheid' is. Anderzijds werd in een brief van de DG Volksgezondheid van 31 juli 2009 aangegeven dat "indien er een tekort aan ziekenhuis en/of IC-bedden dreigt te ontstaan, de Minister van VWS dit moment zal vaststellen." Maar bij het verschijnen van de triagerichtlijn gaf het ministerie van VWS weer aan dat zij de triagerichtlijn beschouwt als een professionele aangelegenheid. In het *overleg beddencoördinatie en triage* van 15 december 2010 werd ten slotte expliciet aangegeven dat het activeren van de triagerichtlijn *niet* door de minister zal geschieden.



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.

## ***Monitoring***

Uit het feitenrelaas kan worden opgemaakt dat er gedurende de grieppandemie onduidelijkheid heeft bestaan over de beschikbaarheid van het aantal IC-bedden. Door het OMT wordt op 5 augustus aangegeven dat er inzicht moet komen in de landelijke beschikbaarheid van IC-bedden. Respondenten van verschillende GHOR-bureaus hebben aangegeven dat zij gedurende de pandemie geen enkel actueel inzicht hadden in de beschikbaarheid van IC-bedden in hun regio. Desondanks wordt er op 10 november in het ACO gesproken over het tekort aan IC-capaciteit. Op 30 november wordt in het Platform Nieuwe Influenza A (H1N1) opgemerkt dat de website die inzicht moet geven in de IC-capaciteit niet het gewenste totaaloverzicht te bieden. Het lijkt er daarmee op dat er gedurende de grieppandemie nauwelijks een actueel en betrouwbaar inzicht geweest is in de beschikbaarheid van IC-bedden.

# Berenschot

## 12. Het geheel overziend

### 12.1 Gebeurtenissen en maatregelen

Op 24 april 2009 en de dagen erna leek het of het lang gevreesde doemscenario van een nieuwe 'Spaanse griep' – geboren op Mexicaans grondgebied – werkelijkheid was geworden. De 'Mexicaanse griep', formeel nieuwe Influenza A (H1N1), maar wij zullen simpelweg spreken van H1N1, leek op grond van de eerste Mexicaanse cijfers die door de WHO werden gehanteerd (62 doden op 800-1.000 besmettingen), de mortaliteit van een ziekte als SARS te koppelen aan de besmettelijkheid van een gewone griep.

#### Griepvirussen

Er bestaan verschillende 'griepsoorten', namelijk A, B en C. De A- en B-soorten vormen soms alleen, soms in combinatie de jaarlijkse griep. Binnen het type A veroorzaken de subtypen A (H3N2) en A (H1N1) de afgelopen decennia de jaarlijkse A-griep. Griepsoorten veranderen elk jaar weer een beetje (antigene *drift*). Soms veranderen ze echter op een meer fundamentele wijze (antigene *shift*), zodat ze voor het menselijk afweersysteem 'nieuw' zijn en daarmee een groter risico vormen. Het virus dat in 2009 opdook, is derhalve een griep van de soort H1N1 en daarmee een variant op de Spaanse griep uit 1918, die ook tot dat type behoorde. De 2009-variant was een *shift* ten opzichte van het meest recent circulerende H1N1-virus.

In Nederland werd meteen op 24 april tot de eerste maatregelen besloten, namelijk een *advies richting reizigers vanuit Mexico* die binnen enkele dagen na terugkomst koortsverschijnselen vertoonden en een daarmee corresponderend *advies richting medische professionals* hoe met dergelijke patiënten om te gaan: na monsternamen en diagnostiek of er sprake was van H1N1 werden patiënten en hun mogelijke contacten met antivirale middelen behandeld.

Op 28 april werd een *ontrabend reisadvies* voor Mexico afgegeven door het ministerie van Buitenlandse Zaken voor 'niet-essentiële reizen'. Op 29 april nam de minister van VWS het principebesluit tot *aanschaf van vaccins* voor de gehele Nederlandse bevolking.

Na enige dagen bleek de uitbraak op vele plekken voet aan de grond gekregen te hebben of te krijgen. Met name in buurland de VS nam het aantal signaleringen sterk toe. Met deze toename ontstond er ook een beter inzicht in de ernst van H1N1. Deze bleek buiten Mexico vooralsnog niet tot dodelijke slachtoffers te leiden. Binnen een week werden de eerste patiënten in Europa gesignaleerd. Op dat moment allen reizigers vanuit Mexico of de VS. In Nederland werd de eerste besmetting op 30 april 2009 gemeld.

Op 1 mei werd de H1N1 opgenomen als *A-ziekte in de Wet publieke gezondheidszorg*. Hierdoor werd de ziekte *formeel meldingsplichtig* en kreeg de minister van VWS de eindverantwoordelijkheid over de bestrijding ervan plus bijzondere bevoegdheden met betrekking tot quarantaine en het verkeer van personen in Nederland. Afgezien van de meldingsplicht is van deze bevoegdheden overigens geen gebruik gemaakt.

## A-ziekte

Wanneer een ziekte wordt aangemerkt als 'behorende tot groep A', wordt een acute meldingsplicht geactiveerd (in tegenstelling tot een meldingsplicht binnen 24 uur voor een B1-ziekte). Bovendien zijn in de wet omschreven maatregelen mogelijk, zoals het sluiten van gebouwen en het opleggen van thuisisolatie. Daarnaast wordt de minister van VWS eindverantwoordelijk voor de leiding van de bestrijding van de ziekte. Dit betekent dat de minister de in te zetten maatregelen vaststelt die decentraal moeten worden uitgevoerd.

Verder benaderde de GGD Kennemerland vanaf 1 mei de *medepassagiers van grieppatiënten* die hun naam en adres op vrijwillige basis hadden opgegeven.

Na de eerste meest dreigende week werd duidelijk dat H1N1 een 'mild' karakter had, dat wil zeggen dat H1N1 minder slachtoffers leek te vergen dan een gewone seizoensgriep. Vanaf die week werd de dominante zorg van adviseurs en beslissers het gevaar dat het virus zou muteren tot een gevaarlijker variant. De oorspronkelijk ingezette maatregelen werden, in een poging de verspreiding naar en in Nederland te remmen, volgehouden totdat het aantal patiënten zo hoog werd dat de belasting voor GGD-en en andere betrokken organisaties te hoog werd. Op 19 juni besloot de minister van VWS tot de *definitieve aanschaf* van vaccins voor alle Nederlanders.

Die verspreiding in Nederland nam in eerste instantie maar heel langzaam toe tot ongeveer 120 geconstateerde besmettingen eind juni. Gedurende de zomer nam het aantal patiënten verder toe. Voor alle duidelijkheid: het aantal patiënten bleef ver verwijderd van de norm die gehanteerd wordt om van een epidemie te spreken. In het najaar van 2009 bleek de Nieuwe Influenza A (H1N1) de seizoensgriep te zijn geworden die overall minder zieken en dodelijke slachtoffers maakte dan de 'gemiddelde' seizoensgriep. Statistisch werd vastgesteld dat er een relatief groter aantal jonge patiënten was in vergelijking met een normale griep.

In verschillende etappes werd gekomen tot *bepaling van de groepen die uiteindelijk vaccinatie kregen aangeboden*. Afgezien van de reguliere risicogroepen ging het hier met name om zwangere vrouwen en kinderen van 6 maanden tot 4 jaar. Vanaf begin november zijn de *vaccinatiecampagnes* uitgevoerd. Een *brede publieksinformatiecampagne* is ingezet vanaf half augustus.

Uiteindelijk is er van ongeveer 60 patiënten vastgesteld dat zij aan H1N1 zijn overleden, in vergelijking met schattingen van 250 tot 1.000<sup>398</sup> voor een regulier griepseizoen.<sup>399</sup>

---

<sup>398</sup> Operationeel deeldraaiboek griepandemie, LCI.

<sup>399</sup> Deze vergelijking wordt dikwijls gemaakt, maar is niet geheel terecht. Het probleem met het vergelijken van de aantallen is dat harde data ontbreken en dat de gegevens niet goed vergelijkbaar zijn. Zo sterven normaliter veel mensen met een onderliggend lijden (mede) als gevolg van griep zonder dat dit geregistreerd wordt. Tijdens de uitbraak in 2009 werden alle patiënten in ziekenhuizen met griepverschijnselen gediagnosticeerd en geregistreerd en daarmee geteld. Dat het aantal slachtoffers van H1N1 in 2009 lager was dan gebruikelijk, staat in de wetenschappelijke literatuur niet ter discussie.

## 12.2 De evaluatie

Het ministerie van VWS heeft aan Berenschot de opdracht gegeven de nationale crisisbesluitvorming met betrekking tot de beheersing van de H1N1 in Nederland te onderzoeken. Deze evaluatie is daarmee *niet* gericht op de daadwerkelijke uitvoering van de maatregelen waartoe besloten is. Ook is deze evaluatie geen infectieziektewetenschappelijke second opinion op inschattingen door deskundigen, hoewel de vertaling van deze inschattingen naar adviezen ten behoeve van de nationale besluitvorming vanzelfsprekend wel onderwerp van onderzoek zijn.

In de evaluatie staat, afgezien van de preparatie en de besluitvorming rondom de opschaling, de besluitvorming rond de volgende onderwerpen centraal:

- Voorkomen verspreiden *in* Nederland.
- Voorkomen verspreiden *naar* Nederland.
- Verspreiden en verstrekken van antivirale middelen.
- Het vaccinatiebeleid.
- Continuïteitsplannen.
- Communicatie.
- Intensive care capaciteit.

Dit geheel overziend, vatten we de hoofdlijn van de evaluatie naar de aanpak rond de Nieuwe Influenza A (H1N1) samen. Na aandacht voor de (inter)nationale voorbereiding op nationale crises en in het bijzonder op een grieppandemie, analyseren wij de nationale besluitvorming tijdens de pandemie. Hierbij maken we gebruik van het cyclische model voor crisisbesluitvorming (FABCM) dat ook in de voorgaande hoofdstukken per besluit is gebruikt:

- Factfinding.
- Advisering.
- Besluitvorming.
- Communicatie.
- Monitoring.

Net als in de gehele rapportage, maken we hier gebruik van kaderteksten die ofwel ter illustratie dienen (en zodoende stellingnames in de tekst met voorbeelden illustreren) ofwel aspecten verdiepen (en zodoende een korte blik bieden op aspecten van de H1N1-bestrijding die een diepere studie vergen en buiten de scope van deze evaluatie vallen).

## 12.3 Voorbereiding

De uitbraak van H1N1 kwam niet als een donderslag bij heldere hemel: het risico op een uitbraak van een nieuw gevaarlijk pandemisch influenzavirus was al lang bekend.

Belangrijke triggers in Nederland waren de uitbraken van aviaire griepen (bekend als de vogelgriep of vogelpest) in 1997, 2003 en 2004. Zowel in Nederland als in de rest van de wereld hebben er daarom al langer voorbereidingen plaatsgevonden op een dergelijke uitbraak.

Deze voorbereidingen lagen in het verlengde van enerzijds de generieke voorbereiding op uitbraken van infectieziekten en anderzijds de generieke voorbereiding op nationale crisisbeheersing. Wij beschrijven daarom hieronder eerst de daartoe ingerichte structuren en lichten vervolgens de specifieke voorbereiding op een griepandemie toe.

### **Structuur infectieziektebestrijding**

De structuur van de (generieke) infectieziektebestrijding in Nederland bestaat uit regionale GGD-en die het eerste aanspreek- en meldpunt zijn voor uitbraken van infectieziekten. Het landelijke Centrum voor Infectieziektebestrijding (Cib), onderdeel van het RIVM, biedt nationale expertise. De landelijke coördinatie infectieziektebestrijding (LCI) is een onderdeel van het Cib dat bij een uitbraak direct operationeel advies kan bieden. Het ministerie van VWS draagt de systeemverantwoordelijkheid.

Bij een ernstiger uitbraak waarbij nationale besluitvorming noodzakelijk is, treedt de zogenaamde OMT/BAO-adviesstructuur in werking om de minister van VWS te adviseren:

- Het Cib roept dan een Outbreak Management Team (OMT) bijeen en zit dit voor. In het OMT komen experts op het terrein van infectieziektebestrijding bijeen. De adviezen van het OMT worden uitgebracht aan het ministerie van VWS.
- Het ministerie heeft een Bestuurlijk Afstemmings Overleg (BAO) ingericht dat ten minste bestaat uit de directeur-generaal Volksgezondheid (vz), de directeur van het Cib en vertegenwoordigers van GGD Nederland, de GHOR-burgemeesters<sup>400</sup>, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Vereniging Nederlandse Gemeenten en betrokken burgemeesters. De taak van het BAO is de adviezen van het OMT te 'beoordelen op bestuurlijke haalbaarheid en wenselijkheid'.<sup>401</sup>

Wat de OMT/BAO-structuur betreft, hebben wij enige onduidelijkheid aangetroffen in documentatie en bij deelnemers over de precieze samenstelling en het mandaat van het BAO. Sommige respondenten veronderstelden dat het BAO formeel werd voorgezeten door de minister van VWS en dat het BAO daarom ook kan besluiten. Feitelijk wordt het BAO voorgezeten door de ambtelijke top van VWS. Hiermee is het BAO in de praktijk een adviesorgaan voor de minister met betrekking tot besluiten met een politieke lading en een beslisorgaan voor meer technische besluiten zonder een bijzondere politieke lading.

---

<sup>400</sup> In de praktijk een vertegenwoordiger van GHOR Nederland.

<sup>401</sup> Instellingsbesluit Bestuurlijk afstemmingsoverleg infectieziektebestrijding, 29 november 2004.

## ***Reguliere crisisstructuur VWS***

Bij crises die niet in het bijzonder infectieziektebestrijding betreffen (daar is immers een aparte structuur voor), wordt binnen het ministerie van VWS een Beleidsteam Crisisbeheersing (BTCB) samengesteld onder voorzitterschap van een betrokken directeur-generaal die of zelf beslist of de minister adviseert.

## ***Generieke structuur nationale crisisbeheersing***

De generieke structuur voor nationale crisisbeheersing ziet er op hoofdlijnen als volgt uit: alle departementen zijn verantwoordelijk voor de beheersing van nationale crises binnen hun beleidssector. Afstemming tussen de departementen wordt verkregen door op ambtelijk niveau (Ambtelijk CrisisOverleg, ACO) tot een integraal advies te komen, geadresseerd aan de ambtelijke top. In het zogenaamde Interdepartementaal Beleidsteam (IBT) neemt de ambtelijke top of zelf een besluit op basis van het advies of wordt een advies uitgebracht aan de betrokken ministers. De betrokken ministers kunnen in dat geval bijeenkomen in een Ministerieel Beleidsteam (MBT).<sup>402</sup>

## ***Internationale voorbereiding op griep пандemie door de WHO***

De specifieke voorbereiding op een пандemie van een nieuw griepvirus is gebaseerd op richtlijnen die in WHO-verband door medische experts zijn opgesteld. Deze richtlijnen zijn, net als alle aanbevelingen van de WHO, niet bindend. De WHO-richtlijnen kenmerken zich in onze analyse - afgezien van de aspecten van individuele hygiëne ter voorkoming van verspreiding en medische bescherming van professionals - door een hoge mate van abstractie en uitgaande van alleen een ideaaltypisch volksgezondheidsbelang. Kenmerkend hiervoor is dat in de laatste revisie uit 2009 (voor de H1N1-uitbraak) de mate van ernst verdwenen is uit het 5-fasenmodel dat de verspreiding van een nieuw virus beschrijft en waaraan als dominante nieuwe bestrijdingsmaatregelen het gebruik van antivirale middelen (beschikbaar sinds 2005) en vaccinatie zijn gekoppeld.

## ***Vorbereiding door VWS***

De specifieke sectorale voorbereiding op een griep пандemie binnen de sector van VWS kreeg duidelijk vorm vanaf 1995 bij de oprichting van het LCI. Het LCI werd verantwoordelijk voor het opstellen van de plannen voor infectieziektebestrijding.

Onze analyse is dat binnen de sector van VWS, buiten de GGD-en en het Clb, de voorbereiding beperkt concreet was. Dit bleek bijvoorbeeld uit de afwezigheid van concrete voorbereiding op de problematiek van beperkte IC-capaciteit en continuïteit van de zorg.

Niet in de voorbereiding, maar tijdens de griep пандemie is het draaiboek voor (massa)vaccinatie uitgewerkt, onder verantwoordelijkheid van VWS.

---

<sup>402</sup> Inmiddels zijn de termen ACO, IBT en MBT gewijzigd. In deze rapportage wordt de terminologie uit april 2009 gebruikt.

## **Te laat, te dik, te algemeen?**

Volgens sommige respondenten lag het draaiboek voor massavaccinatie, waaraan sinds 2008 was gewerkt, op hoofdlijnen klaar. Daadwerkelijke concretisering van het draaiboek had, naar de beleving van respondenten bij VWS, voordat de griep pandemie zich inzette geen prioriteit, zodat in de zomer van 2009 in allerijl een concreet draaiboek moest worden uitgewerkt. Tegelijkertijd geven andere respondenten mee dat het resulterende draaiboek onnodig gedetailleerd was uitgewerkt en dat de hoofdlijnen daarvan voldoende waren geweest. Men geeft aan dat het draaiboek nagenoeg niet gebruikt is bij de uitvoering van de massavaccinatiecampagne door GGD'en, maar dat de toegevoegde waarde in het opstellen ervan lag. Partijen leerden elkaar bij het opstellen van het draaiboek kennen door de intensieve samenwerking in dit proces, zodat de lijnen kort waren toen de uitvoering daadwerkelijk van start ging. Tot slot geven enkele respondenten aan dat het draaiboek belangrijke onderdelen onbenoemd liet, namelijk 'wie moet wat precies doen?', 'wie heeft de operationele leiding bij een massavaccinatiecampagne?', 'wie levert de vaccins en hoe?', 'wie registreert en ondersteunt?'. In onze analyse geeft ook dit voorbeeld weer aan dat het niet eenvoudig is om een gedetailleerd plan 'op afstand' van de uitvoerders te schrijven. Centrale plannen kunnen wellicht beter op hoofdlijnen blijven en vertrouwen op decentrale finetuning en uitvoering onder druk van een naderende crisis. Ook dan zullen overigens de uitvoerders in een evaluatie aangeven dat zij zich niet voldoende ondersteund voelen door de centrale plannen.

Vanuit VWS en Clb zijn inspanningen verricht om te komen tot met name Europese afstemming van de voorbereiding op een griep pandemie. In dit verband noemen wij het programma voor 'influenza preparedness planning' van de EU maar ook bijvoorbeeld de 'afstemmingsworkshop' die met België heeft plaatsgevonden. Een inhoudelijke analyse van de opbrengsten hiervan viel niet onder onze opdracht, maar de gebeurtenissen tijdens de griep pandemie uit 2009 lieten een beperkte opbrengst van deze inspanningen zien (zie hierna).

## ***De planvorming van het LCI***

De draaiboeken van het LCI zijn grotendeels zeer concreet en medisch-praktisch ingestoken en onderdelen ervan worden regelmatig in praktijk gebracht. Daarmee wijkt de Nederlandse voorbereiding in gunstige zin af van de WHO-richtlijnen. Dit betekent meteen ook dat er geen internationale consensus is over de operationele maatregelen die bij een griep pandemie moeten worden getroffen. Gezien de internationale verhoudingen is het een illusie om internationale consensus na te streven.

Het detailniveau van de draaiboeken verschilt. Met name op operationeel niveau zijn draaiboeken zeer uitgebreid en dienen welhaast als naslagwerk met informatie over infectieziektebestrijding. Tegelijkertijd is er op beleidsmatig niveau weinig concreet vastgelegd. Er wordt daartoe wel enkele malen verwezen naar het 'beleidsdraaiboek pandemie' dat echter niet bestaat.



Ten aanzien van de besluiten die in deze evaluatie centraal staan, bieden de draaiboeken weinig concreet houvast. Er is bijvoorbeeld geen informatie over de ((ir)rationaliteit van de) maatregelen zoals een negatief<sup>403</sup> of ontradend reisadvies, het sluiten van vliegvelden en scholen. De draaiboeken voorzien niet in een (beleidsmatig) afwegingskader voor het al dan niet inzetten van antivirale middelen of vaccinatie. Voorts staan er voornemens in, afkomstig uit de WHO-richtlijnen, waarvan de waarde in de praktijk beperkt lijkt. Zo heeft één van de draaiboeken<sup>404</sup> het volgende actiepunt opgenomen: bij afkondiging van verspreidingsfase 1 door de WHO dienen ziekenhuizen, zorginstellingen, arbodiensten en eerstelijnsorganisaties de aantallen van de prioritaire groep hulpverleners te inventariseren die bij het beschikbaar komen van het vaccin, gevaccineerd moeten worden. De definitie van een hulpverlener die voor prioritaire vaccinatie in aanmerking komt, ontbreekt echter. Tijdens de griep pandemie in 2009 bleek uit de discussie tussen VWS en de zorgpartijen dat er ook geen gemakkelijke definitie te formuleren valt.

In onze analyse is de verbinding met andere betrokken sectoren - buiten de sector VWS - een zwak element van de huidige planvorming door het LCI. Als enkel voorbeeld op deze plaats kan de problematiek van schoolsluiting dienen: in de draaiboeken wordt schoolsluiting als epidemiologische maatregel benoemd om de verspreiding van een epidemie te voorkomen/vertragen. Er wordt echter niet concreet ingegaan op de afweging tussen volksgezondheidsbelang en de enorme economische schade die dat zou opleveren. Ook noties over de omgang met de Nederlandse samenleving (in het bijzondere geval van een (dreiging van) een gevaarlijke griep pandemie) zijn nog niet uitgekristalliseerd in de huidige planvorming. Overigens zijn wij juist van mening dat ervoor gewaakt moet worden dat de (intersectorale) voorbereiding op een te groot detailniveau wordt uitgewerkt. Het is noodzakelijk en nuttig ruimte voor improvisatie te laten. Als voorbeeld hiervoor kan dienen dat het onzes inziens niet noodzakelijk is om vooraf een detailplanning te maken voor het organiseren van grootschalige mortuaria.<sup>405</sup>

---

<sup>403</sup> De term 'negatief' reisadvies werd in dit verband niet door het ministerie van Buitenlandse Zaken gehanteerd maar wel dikwijls in de media dikwijls gebruikt.

<sup>404</sup> *Operationeel deeldraaiboek 3, Bestrijding influenzapandemie*, november 2006, Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding en Raad van RGF'en.

<sup>405</sup> Voor dit specifieke voorbeeld geldt dat de casus van de extreme hitte in Frankrijk in 2003 laat zien dat grootschalige mortuaria simpel geïmproviseerd kunnen worden.

## ***Vorbereiding van en door andere departementen***

Tot 2008 was de voorbereiding voornamelijk concreet in de kolom van VWS. De voorbereiding door andere ministeries dan VWS is met name op gang gekomen in het kader van de nationale risicoanalyse van 2008 waarin het risico op een 'dodelijke'<sup>406</sup> griep-pandemie als het grootste risico werd benoemd. Het ministerie van BZK is leidend in het maken van de nationale risicoanalyse en de totstandkoming van interdepartementale afspraken over concrete maatregelen die als gevolg daarvan genomen moeten worden.

De inspanningen binnen de verschillende departementen en de beleidssectoren waarvoor de departementen een verantwoordelijkheid dragen, waren vooral gericht op het maken van continuïteitsplannen voor de eigen sector. Evaluatie van die inspanningen was voorzien voor eind 2009, hetgeen verklaart waarom gegevens over de opbrengst van die sectorinterne voorbereiding voorafgaande aan de uitbraak van H1N1 niet leken te bestaan. Tijdens de uitbraak bleek dat deze continuïteitsvoorbereiding binnen het Rijk nauwelijks tot stand was gekomen, maar onder druk van H1N1 met grote spoed werd uitgevoerd.

## **CONCLUSIES**

Met name binnen de medische sector is er al sinds ongeveer 1995 sprake van een zich steeds verder ontwikkelende voorbereiding op een uitbraak van een dodelijke griep. De Nederlandse planvorming is - zeker in vergelijking met internationale richtlijnen - in het algemeen concreet, medisch-praktisch en op praktijkervaringen gebaseerd. Drie suboptimale aspecten van de voorbereiding kunnen benoemd worden:

- De voorbereiding was met name medisch gericht (in tegenstelling tot interdepartementaal).
- De voorbereiding had met name een nationaal karakter (in tegenstelling tot internationaal afgestemd)<sup>407</sup>.
- De voorbereiding had nog beperkt aandacht voor (het managen van) de essentiële bijdrage die de Nederlandse bevolking aan de beheersing van een uitbraak moet en kan leveren.

Het is daarom voorspelbaar dat bij een werkelijke uitbraak, zoals de nieuwe influenza A (H1N1), problemen ontstaan rondom de noodzakelijke interdepartementale en internationale afstemming van maatregelen en met de omgang met de Nederlandse bevolking.

---

<sup>406</sup> Wij gebruiken het woord 'dodelijk' als aanduiding voor een griep met een significant hoger aantal dodelijke slachtoffers dan de reguliere seizoensgriep.

<sup>407</sup> Deze suboptimaliteit kan Nederland overigens niet verweten worden. Ons land had en heeft de intentie tot afstemming maar werd geconfronteerd met de internationaal veel minder uitgewerkte voorbereiding.

## LEERPUNTEN

- Een nationale crisis betekent per definitie de betrokkenheid van de gehele maatschappij en daarmee vele beleidsterreinen. Voorbereiding geeft idealiter richting aan vooraf genomen en vastgelegde bestuurlijke besluiten over voorspelbare problemen en geeft operationele draaiboeken voor standaard te verrichten handelingen, maar onderkent ook de noodzakelijke ruimte voor improvisatie in crises.
- Een nationale infectiecrisis heeft zeker internationale aspecten. Internationale afstemming is zeer lastig en consensus is een illusie, zo toonde ook de H1N1-casus weer aan. De Nederlandse voorbereiding moet derhalve expliciet rekening houden met internationale divergentie en de noodzakelijke nationale communicatie daarover.

### 12.4 Factfinding

Zoals in de inleiding gesteld, leek het op 24 april 2009 en de dagen erna of het lang gevreesde doemscenario van een nieuwe 'Spaanse griep' – geboren op Mexicaans grondgebied – werkelijkheid was geworden. De 'H1N1 nieuwe stijl' leek op grond van de eerste Mexicaanse cijfers die door de WHO werden gehanteerd (62 doden op 800-1.000 besmettingen), de mortaliteit van een ziekte als SARS te koppelen aan de besmettelijkheid van een gewone griep.

Na enige dagen bleek de uitbraak op vele plekken voet aan de grond gekregen te hebben of te krijgen. Met name in buurland de VS nam het aantal signaleringen sterk toe. Met deze toename ontstond er ook een beter inzicht in de ernst van H1N1. Deze bleek buiten Mexico vooralsnog niet tot dodelijke slachtoffers te leiden. Binnen een week werden de eerste patiënten in Europa gesignaleerd. Op dat moment alleen reizigers vanuit Mexico of de VS. In Nederland werd de eerste besmetting op 30 april 2009 gemeld.

De ontwikkelingen en discussies rond het inschatten van de ernst van de Nieuwe Influenza A (H1N1) worden weerspiegeld in de nationale media. De eerste drie dagen vanaf 24 april was H1N1 het grootste nieuwsitem. Rapportages over de zware maatregelen die de Mexicaanse overheid nam, werden afgewisseld met observaties van Nederlandse reizigers uit het gebied en voorzien van commentaar van dé (in de perceptie van de media) twee Nederlandse deskundigen op dit terrein: Coutinho van het Clb en Osterhaus van de Erasmus Universiteit. Nadat de eerste cijfers uit de VS al in het eerste weekend een mild karakter lieten zien, verminderde de media-aandacht in de loop van de eerste week sterk. De mededeling van de WHO op 27 april van de faseverhoging naar fase 4 werd bijvoorbeeld door het achtuurjournaal van de NOS al nadrukkelijk gezet in de context van 'dodelijke slachtoffers slechts in Mexico, daarbuiten lijkt het mild'.

Het (gelukkig) milde karakter van H1N1 werd in de loop van mei steeds duidelijker. In die maand bleek verder uit epidemiologische en virologische studies dat 60-plussers relatief minder kwetsbaar waren voor het H1N1-virus dan jongeren.<sup>408</sup>

In Nederland nam het aantal patiënten gedurende de zomer langzamerhand toe. Voor alle duidelijkheid: het aantal patiënten bleef ver verwijderd van de norm die gehanteerd wordt om van een epidemie te spreken. In het najaar van 2009 bleek de Nieuwe Influenza A (H1N1) de seizoensgriep te zijn geworden die overall minder zieken en dodelijke slachtoffers maakte dan de 'gemiddelde' seizoensgriep. Statistisch werd vastgesteld dat er inderdaad een relatief groter aantal jonge patiënten was in vergelijking met een normale griep.

Uiteindelijk is er van ongeveer 60 patiënten vastgesteld dat zij aan H1N1 zijn overleden, in vergelijking met schattingen van 250 tot 1.000<sup>409</sup> voor een regulier griepseizoen.<sup>410</sup>

## CONCLUSIES

De eerste inschattingen in de dagen vanaf 24 april 2009 over de gevolgen van H1N1 in Mexico leken te wijzen op een uitbraak van een nieuw griepvirus met een gevaarlijk hoge letaliteit. Binnen een week verschenen de eerste berichten over het milde karakter van de Nieuwe Influenza A (H1N1) buiten Mexico. Nieuwe Influenza A (H1N1) bleek uiteindelijk een milde griep die een ongebruikelijk laag aantal slachtoffers vergde in vergelijking met een gewone seizoensgriep.

## LEERPUNTEN

Het systeem van infectieziektesignalering in ontwikkelde landen werkt goed en is betrouwbaar. De cijfers uit minder ontwikkelde landen zijn veel minder betrouwbaar. De betekenis van dit leerpunt voor de besluitvorming in crisissituaties is helaas slechts dat er een extra onzekerheid wordt toegevoegd aan het essentieel onzekere karakter van crises. Crisisadviseurs zullen deze onzekerheid in hun advies moeten meewegen.

## 12.5 Advisering

De eerste melding vanuit de WHO op 24 april 2009 en de ogenblikkelijk daaropvolgende media-aandacht leidde tot directe opschaling binnen de Nederlandse overheid.

---

<sup>408</sup> Zie bijvoorbeeld 'Some immunity to novel H1N1 flu found in seniors', May 21 2009, CIDRAP News.

<sup>409</sup> Operationeel draaiboek griep пандemie, LCI, pg 33.

<sup>410</sup> Deze vergelijking wordt dikwijls gemaakt, maar is niet geheel terecht. Het probleem met het vergelijken van de aantallen is dat harde data ontbreken en dat de gegevens niet goed vergelijkbaar zijn. Zo sterven normaliter veel mensen met een onderliggend lijden (mede) als gevolg van griep zonder dat dit geregistreerd wordt. Tijdens de 2009 uitbraak werden alle patiënten in ziekenhuizen met griepverschijnselen gediagnosticeerd en geregistreerd en daarmee geteld. Dat het aantal slachtoffers van H1N1 in 2009 lager was dan gebruikelijk, staat in de wetenschappelijke literatuur niet ter discussie.

In de interviews die ten behoeve van deze evaluatie zijn gehouden, sprak het overgrote deel van de respondenten over een beleving die kort kan worden aangeduid als 'nu gebeurt het'; na al die jaren van voorbereiding is er een uitbraak van een nieuw gevaarlijk griepvirus. Sommige operationeel infectieziektedeskundigen uit het LCI hebben op dat moment overigens hun beroepsmatige twijfels bij alle cijfers uit relatief onderontwikkelde landen als Mexico. Deze twijfels worden echter niet breed met anderen gedeeld.

## **Opschaling**

Op vrijdag 24 april wordt bij de opschaling meteen afgeweken van de reguliere structuur voor infectieziekte-uitbraken. De praktijk was dat binnen VWS direct de reguliere crisisstructuur, dat wil zeggen voor alle vormen van departementale crises, opgestart wordt. In deze reguliere structuur adviseert een departementaal Beleidsteam Crisisbeheersing, BTCB, de besluitvormers (de directeur-generaal Volksgezondheid en de minister). Het BTCB vergadert de eerste weken grofweg elke dag één of twee keer en werd daarmee het leidend adviesorgaan. Tijdens de vergaderingen van het BTCB wordt vanuit het Clb dagelijks (telefonisch) de (medische) stand van zaken toegelicht en (medisch-epidemiologisch) advies uitgebracht.

Enkele dagen later komt parallel daaraan ook de OMT/BAO-structuur op gang. Het eerste OMT en BAO komt op 29 april bijeen.

De BTCB en de OMT/BAO-structuur kunnen naast elkaar functioneren, de BTCB-structuur is immers de organisatiestructuur voor de departementale crisisorganisatie, terwijl het OMT/BAO op advies inzake infectieziektebestrijding is gericht. Het BTCB werd echter het leidende en integrale adviesgremium waarin ook allerlei infectieziektebestrijdingsaspecten werden behandeld. Dit wijkt af van de gebruikelijke gang van zaken waarbij kleinere infectieziekte-uitbraken vanuit het Clb worden afgehandeld en waarbij het OMT/BAO door het Clb wordt ingezet voor zaken die een integrale bestuurlijke afweging vergen. In onze analyse zijn er voor deze afwijking van de voorbereide infectieziektestructuur meerdere redenen:

- Enerzijds werd op basis van de ogenblikkelijke media-aandacht de uitbraak gezien als een departementale crisis die handelen op ministerieel niveau zou vergen. Dit laatste is een criterium voor het opstarten van de reguliere crisisbeheersingsstructuur binnen VWS, waarbij, zoals gezegd, de advisering via het BTCB en de DG naar de minister verloopt.
- Anderzijds leken de ervaringsdeskundigen van het Clb de urgentie van (besluitvorming over) de uitbraak iets lager in te schatten, zodat zij (formeel de directeur Clb) niet zelf ogenblikkelijk een OMT bijeenriepen. Hierbij speelde het feit dat er nog weinig bekend was over het virus en dat er nog geen uitbraak in Nederland was.
- De combinatie van urgentiegevoel aan VWS-zijde en terughoudendheid aan Clb-zijde leidde ertoe dat het BTCB actiever was dan het OMT/BAO en daarmee een 'beslissende voorsprong' kreeg.

- Ten slotte is het een bestuurskundig bekend gegeven dat beslissers en hun adviseurs in crisissituaties teruggrijpen op de voor hen meest bekende (advies)structuur. Voor de meeste betrokkenen was dat de reguliere crisisstructuur BTCB-DG-minister.

## **Mogelijke maatregelen**

Voor alle adviseurs staat het op 24 april 2009 buiten kijf dat de maatregelen tegen de griep conform de bestaande draaiboeken moeten worden opgestart. Binnen de ingewikkelde (inter)nationale context, waarin de betrokken partijen verschillende interpretaties hebben en zelfstandig (verschillende) besluiten nemen, is geadviseerd om een aantal maatregelen te nemen met betrekking tot het voorkomen van verspreiding van H1N1 – uitgaande van het *worst-case* scenario. Dit is ook conform het advies van de WHO.

Voor een beter begrip van deze maatregelen is het, in onze analyse, noodzakelijk de begrippen 'containment', 'delaying' en 'mitigation' te definiëren. Maatregelen gericht op het voorkomen van verspreiding van een virus kunnen drie doelstellingen hebben:

- De eerste doelstelling, *containment*, werd door een respondent beeldend omschreven als de 'vliegenmeppertactiek': alle ziektegevallen worden opgespoord en door behandeling van de patiënten en preventieve behandeling van hun contacten wordt beoogd de ziekte 'de kop in te drukken'. Containment is daarmee de standaardaanpak voor uitbraken van reguliere exotische infectieziekten in Nederland. De bijzondere bevoegdheden van burgemeester en minister zijn erop gericht de daartoe noodzakelijke maatregelen mogelijk te maken, zoals het in (thuis)quarantaine plaatsen van patiënten of het sluiten van openbare gelegenheden. Op een dergelijke wijze is uiteindelijk een ziekte als SARS bestreden.
- De tweede doelstelling, *delaying*, beoogt de snelheid waarmee de ziekte zich uitbreidt te vertragen. Het motief voor delaying kan zijn om het *piekaantal* zieken in de tijd naar achteren te schuiven (naar een later moment, wanneer bijvoorbeeld een vaccin beschikbaar is), of om het *piekaantal* zieken minder hoog te laten worden (de ziekte wordt meer verspreid over de tijd zodat de maatschappelijke belasting door griepuitval lager is).
- De derde doelstelling is *mitigation*. De hierbij behorende maatregelen beogen het *totaal* aantal patiënten/slachtoffers van een eenmaal ontstane pandemie te verminderen. De WHO geeft in haar draaiboeken aan dat naast standaard hygiënemaatregelen hiervoor vooral op vaccinatie en het brede gebruik van antivirale middelen moet worden vertrouwd.

De drie doelstellingen lijken zowel tijdens het (internationale) adviseringstraject voor de beheersing van H1N1 in 2009 als tijdens discussies met respondenten gedurende de evaluatie niet altijd scherp onderscheiden te worden. Het ECDC bijvoorbeeld neemt in juni 2009 containment en delaying samen in de context van griep.<sup>411</sup>

---

<sup>411</sup> ECDC Interim Guidance, Mitigation and delaying (or 'containment') strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe, 6 June 2009, p.2.

De maatregelen waartoe werd geadviseerd in Nederland zoals het invoeren van een meldingsplicht (en de bijbehorende diagnostiek), het uitvoeren van contactonderzoek (oftewel het opsporen van contacten van patiënten met H1N1) en het preventief behandelen van die contacten, passen alle bij een containmentstrategie om een infectieziekte de kop in te drukken.

Echter, omdat in internationale context deze maatregelen niet overal werden genomen, boden ze geen garantie op succes: het was niet waarschijnlijk dat een pandemische (en daarmee nationale) verspreiding van H1N1 kon worden voorkomen. Zodra de WHO op 29 april bekendmaakte dat er sprake was van verspreidingsfase 5 en dat containment niet meer aan de orde was, was duidelijk dat maatregelen gericht op containment niet meer zinvol waren.

In Nederland werd geadviseerd om de maatregelen door te zetten als onderdeel van een delayingstrategie. Voor het concept van delaying bestaan echter geen praktijkvoorbeelden en geen wetenschappelijke basis voor het vertrouwen erin. Dit werd tenminste al in juni 2009 door het ECDC expliciet onderkend in de context van griep pandemieën: "There is no scientific evidence of the effectiveness of delaying at this stage and indeed reasons to believe it will not be effective".<sup>412</sup>

Het impliciete gevolg van de eerste (inter)nationale acties en adviezen (waarin werd afgezien van een 'harde' isolatie van Mexico) was dat voor de beheersing van de effecten van H1N1 vertrouwd moest worden op *mitigation*. Dat betekende dus inzet van antivirale middelen (voor zieken) en in tweede instantie, vanwege de verwachte productietijd van ten minste zes maanden, inzet op vaccinatie (voor (delen van) de gezonde bevolking). Wij hebben geen reden om aan te nemen dat er een andere reële keus<sup>413</sup> was – zeker niet voor Nederland als land alleen – maar merken wel op dat er geen medisch-inhoudelijke grond was voor de adviezen tot het inzetten op delaying.<sup>414</sup>

---

<sup>412</sup> ECDC Interim Guidance, Mitigation and delaying (or 'containment') strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe, 6 June 2009, p.6.

<sup>413</sup> Bedenk dat de economische gevolgen van het stilleggen van internationaal (personen)transport (als onderdeel van de containmentstrategie) onaanvaardbaar hoog zijn.

<sup>414</sup> Tijdens discussies met respondenten over de inzet (of continuering) van containmentmaatregelen als onbewezen delayinginstrument werden argumenten aangedragen zoals 'baat het niet, dan schaadt het niet' en 'alle kleine beetjes helpen'. In onze analyse kunnen dergelijke 'zachte' argumenten geen ratio vormen voor (advisering tot) het maken van substantiële 'harde' kosten die daarmee middelen vergen die niet voor andere veiligheidsmaatregelen beschikbaar zijn.

## De WHO en EU

Hoewel bedacht moet worden dat deze evaluatie nadrukkelijk niet gericht is op het functioneren van internationale coördinatiemechanismen zoals de WHO en het ECDC, kan het functioneren van de Nederlandse adviesstructuur niet los worden gezien van de context van de aanbevelingen die deze internationale gremia uitbrachten. Uit de hoofdstukken per besluit komt hierbij het volgende beeld naar voren:

- De WHO adviseert consequent uit te gaan van een *worst-case* scenario, zonder hierbij concreet te worden. Daar waar zij zelf een formele adviesbevoegdheid heeft, zoals bij het internationaal reisadvies conform de International Health Regulations, trekt zij niet de consequentie die bij een *worst-case* inschatting in de eerste dagen hoorde, zoals in het voorbeeld van het adviseren om het internationale verkeer naar Mexico stil te leggen.
- Het ECDC is de eerste dreigende dagen absent als adviseur, maar stelt zich later op als expertisecentrum dat informatie over de verschillende EU-lijnen verzamelt en voorziet in een expertadvies vanuit praktisch-epidemiologisch oogpunt. Haar adviezen liggen daarmee meestal in lijn met de gedachten van de LCI-experts. De adviezen werden dikwijls voor kennisgeving aangenomen en leidden niet (meteen) tot opvolging.

Onze conclusie is daarmee dat internationale coördinatie geen positieve rol van betekenis heeft gespeeld bij de (advisering met betrekking tot de) beheersing van H1N1.

Binnen de context van dreiging, onzekerheid, urgentie en afwezigheid van internationale consensus werd op woensdag 29 april in onze analyse terecht geadviseerd om tot de aanschaf van vaccins voor de hele Nederlandse bevolking over te gaan als enig (op termijn) beschikbaar middel voor *mitigation* van de effecten van een potentieel dodelijke griep.

## Onderhandelingen

Bij de advisering (en latere besluitvorming) over de aanschaf van vaccins speelde druk vanuit de farmaceutische industrie volgens de betrokken respondenten een belangrijke rol. 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.

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.



## **Mild maar toch gevaarlijk**

Na de eerste uiterst dreigende week bleek, gelukkig, dat het karakter van H1N1 'mild' was.<sup>415</sup> Dit werd zowel nationaal als internationaal<sup>416</sup> onderkend door de betrokken adviseurs, hoewel strikt wetenschappelijk gesproken de aantallen patiënten nog te laag waren om dat definitief vast te kunnen stellen.<sup>417</sup>

### **Een greep uit verslagen ten aanzien van de mildheid van het virus**

In het ACO van 27 april wordt gemeld: "Gevalen aangetroffen te Canada, VS en Nieuw-Zeeland (milde griepverschijnselen, geen doden en dus niet vergelijkbaar met de Mexicaanse meldingen)".

In het verslag van het IBT van 1 mei wordt de stand van zaken geschetst: "WHO fase 5 is afgekondigd. Houdt ook in dat de kans op een pandemie groot is. Zegt vooralsnog niets over mortaliteit van de griep. Verloop van het ziektebeeld lijkt vooralsnog normaal en mild".

In het verslag van het BAO op 4 mei is te lezen dat "het verloop van het ziektebeeld (vooral een mild ziekteverloop) voor het OMT op dit moment geen reden [is] om de indicatie voor het therapeutisch gebruik van Oseltamivir te veranderen".

In het BTCB van 11 mei wordt de vraag gesteld of "Oseltamivir (Tamiflu) wel voor iedereen beschikbaar moet komen omdat de huidige griep vrij mild is".

In de stukken van het ACO van 12 juni wordt gemeld dat "de WHO de afkondiging van fase 6 voorbereid. Een lastig punt is dat dit volgens de epidemiologische criteria dient te geschieden, maar dat dit gezien de ernst van de ziekte niet voor de hand ligt. (...) VWS zal een persbericht uitdoen met een overzicht van de maatregelen en uitleg [geven] dat dit vanwege de milde aard van de ziekte af kan wijken van de vooraf opgestelde draaiboeken en protocollen die uitgaan van een veel ernstiger variant.

Overigens is de definitie van 'mild' nogal onhelder. 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).

---

<sup>415</sup> Het Clb, in reactie op een concept van dit rapport, benadrukt dat er geen wetenschappelijke definitie van 'mild' bestaat. Zoals uit het kader blijkt, is over 'mild' gesproken in diverse crisisteams waar het Clb als expert aanwezig was.

<sup>416</sup> Zie bijvoorbeeld ECDC Risk Assessment, Implication for Europe of the novel influenza A (H1N1) virus, ECDC, 8 May 2009.

<sup>417</sup> De eerste wetenschappelijke artikelen die het milde karakter onderbouwden, verschenen in juni 2009.

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.

## **De spanning tussen *worst-case* draaiboek en 'milde' werkelijkheid**

De spanning tussen draaiboek en werkelijkheid werd door het BTCB in de besluitvorming gevoeld en leidde tot het voornemen de planvorming aan te passen. In het BTCB werd geconcludeerd (27 mei 2009) dat "de huidige draaiboeken uitgaan van een *worst-case* scenario. Deze griep is geen *worst case*. Daarom zal een draaiboek 'Mild' met te treffen maatregelen bij een uitbraak van een milde griepvariant moeten worden opgesteld."

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.

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. In Nederland bracht onder meer de viroloog Osterhaus dit onder de aandacht.

## **Risico op mutatie, nu en toen**

In deze evaluatie bleek dat er door de betrokken adviseurs heel verschillend werd gedacht over het *relatieve* risico op een gevaarlijke mutatie. Met andere woorden, of het risico op mutatie van H1N1 in 2009 groter was dan dat van de seizoensgriep H3N2 in 2008 of H1N1 in 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. Sommige inhoudsdeskundigen stelden dat hier geen inzicht in bestond.

Op de expliciete vraag van de onderzoekers stelt het Clb in januari 2011: "De kans op toevallige mutaties waardoor bijvoorbeeld resistentie tegen antivirale middelen of verhoogde virulentie optreedt, is niet wezenlijk veranderd sinds de introductie van het nieuwe influenza A(H1N1) 2009 virus."<sup>418</sup>

Ook internationaal werd met een mengeling van dreigende en geruststellende woorden geworsteld met het relatieve risico op mutatie van het H1N1-virus. ECDC en WHO adviseerden, impliciet of expliciet, om rekening te houden met mutatie van H1N1 tot een variant vergelijkbaar met de Spaanse griep.

---

<sup>418</sup> Aanvullende vragen Berenschot grieppandemie 2009, Clb januari 2011.

## De internationale worsteling met het mogelijke gevaar op mutatie van H1N1

Het ECDC constateerde begin mei dat de griep mild leek te zijn, maar waarschuwde tegelijkertijd voor een mutatie die H1N1 zelfs gevaarlijker zou kunnen maken dan de Spaanse griep: "The current ECDC assessment is that the novel flu virus will continue to spread. Though it seems mild in the USA and in Europe, the overall picture is still unclear as there has not been enough transmission to judge the effects, especially in those population groups more at risk. Also, pandemic viruses are unpredictable and can change their characteristics as they evolve. Even pandemics usually slow down in summer, only to pick up in autumn, and the virus may then come back, perhaps in a more aggressive form than in 1919."<sup>419</sup>

De WHO hanteerde impliciet een dergelijke redenering in haar afkondiging van verspreidingsfase 6 op 11 juni: "Globally, we have good reason to believe that this pandemic, at least in its early days, will be of moderate severity. (...) Worldwide, the number of deaths is small. (...) we do not expect to see a sudden and dramatic jump in the number of severe or fatal infections".

Tot slot citeren wij de in 2009 acterende Franse minister van volksgezondheid uit haar verklaring voor de Franse parlementaire onderzoekscommissie. Zij koos hierbij de lijn dat het risico op mutatie toen (in 2009) en nu (voor elke griepandemie) reëel is en dat daarom conform het voorzorgsbeginsel het debat over een nationale vaccinatie voor griep zou moeten worden geopend: "Et c'est ici qu'intervient, à mon sens, la dimension de précaution. Comme pour tous les virus de la grippe, on pouvait craindre pour le virus A(H1N1) des mutations qui auraient augmenté sa virulence ou entraîné une résistance aux antiviraux. Ce risque de mutation, c'est une donnée qui a été intégrée d'emblée dans la gestion de la menace pandémique et c'est une préoccupation qui est restée constante tout le long de cette gestion. Nous avons eu des alertes sur ce sujet. Le 20 novembre 2009, une mutation virale associée à des formes graves, voire létales, de la grippe était signalée en Norvège. Sept jours plus tard, nous observions en France deux cas de cette même mutation. Heureusement, nous avons eu la chance que les cas soient restés isolés. Cette mutation n'a pas été transmissible et le vaccin est resté efficace. Mais nous avons alors vu les files d'attente s'allonger devant les centres de vaccination, signe que nos concitoyens avaient été sensibles à cette modification du risque. Aujourd'hui encore, qui peut formellement exclure l'hypothèse d'une mutation lors des saisons grippales à venir ? Ainsi, face à cette imprévisibilité, j'ai fait le choix éthique et politique de la vaccination pour tous, et d'abord pour les populations les plus à risques."<sup>420</sup>

---

<sup>419</sup> ECDC Risk Assessment, Implication for Europe of the novel influenza A (H1N1) virus 8 May 2009.

<sup>420</sup> Ouverture de l'audition publique devant l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques sur la mutation des virus - Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, 14 juin 2010.

De zorg dat mutatie zou plaatsvinden, was in de perceptie van de meeste respondenten leidend in de continue advisering na de eerste week van mei om tot definitieve aanschaf van vaccins voor de gehele Nederlandse bevolking te komen. Een kosten-batenafweging maakte geen deel uit van het adviestraject.

### ***Adviseurs in soorten en maten***

Een bijzonder probleem voor de adviseurs was de veelheid aan crisis(advies)teams die ontstond in combinatie met een beperkt aantal sleutelfunctionarissen. Wij hebben vier beleidsmakers (adviseurs en beslissers) en vier inhoudelijk deskundigen geïdentificeerd (gegeven een 'pool' van ongeveer honderd deelnemers aan alleen al de OMT-, BTCB- en ACO-overleggen). Voor deze acht sleutelfiguren geldt dat bij elk H1N1-overleg ten minste één van hen betrokken was. Een aantal van deze sleutelfunctionarissen was ook intensief betrokken bij de woordvoering of zelf woordvoerder. Met andere woorden: deze acht personen waren degenen die alle relevante informatie bezaten en veelal ook communiceerden. Zij gaven daarmee het nationaal beleid vorm.

De sterkte van deze spontaan ontstane constructie is meteen ook de zwakte ervan: de kwaliteit en continue beschikbaarheid van personen is doorslaggevend. Sterk was dat een aantal ter zake deskundige en gemotiveerde functionarissen die op goede voet met elkaar stonden door hun continue aanwezigheid en onderlinge informatie-uitwisseling de crisisinformatievoorziening konden garanderen. Er kleven ook bekende risico's aan, zoals onverwachte uitval van sleutelfiguren, 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 groepssessies 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.

## **Groepsprocessen**

Een voorbeeld waaruit blijkt hoe lastig het is om groepsprocessen juist te diagnosticeren, is de problematiek van één of twee keer vaccineren. Op het niveau van de besluitvormers gold dat zij meermalen expliciet advies vroegen (bijvoorbeeld aan de Gezondheidsraad) en zij lieten daarmee doorschemeren dat wat hen betrof de oorspronkelijke beslissing om twee maal te vaccineren ter discussie stond.

Op het niveau van de adviseurs is sprake van een gemengd beeld. Enerzijds stelde een aantal respondenten (soms spontaan) dat zij na de zomer op grond van nieuwe informatie tot de conclusie kwamen dat één keer vaccineren voldoende zou zijn (om zodoende het risico op bijwerkingen te verminderen), maar dat zij deze overweging vanwege de groepsdruk niet meer durfden in te brengen in de adviestrajecten waarbij zij betrokken waren. Anderzijds waren er respondenten die in interviews en groepssessies elke vraag hierover met kracht terzijde schoven: "vanzelfsprekend was er ruimte om deze discussie aan te gaan". Deze respondenten stellen dat het overigens onvermijdelijk was om tot tweemaal vaccineren over te gaan, omdat het vaccin nu eenmaal geregistreerd was op basis van tweemaal vaccineren. De beslissing van andere landen om tot eenmaal vaccineren over te gaan, werd door hen geïdentificeerd als volgend uit een gebrek aan vaccin.

Wij merken op dat het optreden van groepsprocessen een bekend verschijnsel is met name bij langer durende crises. Tevens is wel bewust geprobeerd dit te voorkomen door bijvoorbeeld al in de zomer van 2009 een onafhankelijke quick scan te laten verrichten en door de expliciete vragen om tegenspraak in het BTCB door de voorzitter van het BTCB. Ook onderkennen wij dat er bij een crisis geen tijd is om elk besluit weer ter discussie te stellen.

## **Open adviezen versus gesloten adviezen versus voorkeursadviezen**

In de discussies over concepten van deze rapportage werd duidelijk hoe verschillend adviseurs dachten over hun rol en daarmee hoe zij verschilden in de wijze waarop zij adviezen formuleerden. Adviseurs kunnen kiezen voor adviezen die alle opties presenteren zonder een keuze te maken (open advisering), voor adviezen die slechts één optie presenteren (gesloten advisering) of voor adviezen die meerdere opties beschrijven maar wel een voorkeursadvies presenteren (voorkeursadviesing).

Het is in onze analyse wenselijk om in crisissituaties als adviseur met een advies te komen waarin a) opties en overwegingen worden beschreven (crisisbesluitvorming is immers niets anders dan beleidsvorming onder tijdsdruk), en b) ook een concrete en operationele voorkeursoptie wordt gegeven. Het geven van een dergelijke voorkeursoptie is onzes inziens noodzakelijk als er verschillende veiligheidsaspecten tegen elkaar afgewogen moeten worden. Als de ter zake deskundige adviseurs niet durven af te wijken van de 'meest risicomijdende optie', dan hebben de beslissers zeker geen grond om voor iets anders te kiezen dan 'de meest risicomijdende optie'. Bedenk daarbij dat oppervlakkig beschouwd de 'meest risicomijdende optie' wel de veiligste lijkt, maar dat aan elke keuze kosten verbonden zijn die waarschijnlijk elders tot onveiligheid leiden.

Verschillende respondenten huldigen echter een andere opvatting, namelijk dat adviseurs in een politiek gevoelige crisissituatie altijd met een open advies moeten komen. Als argument wordt aangedragen dat de beslissers zodoende 'ongestuurd' kunnen kiezen en de adviseurs niet belast worden met het maken van een voorkeurskeuze waarvoor onvoldoende wetenschappelijke zekerheid bestaat.

In onze analyse leidt deze wijze van advisering al snel tot de ogenschijnlijk meest risicomijdende besluiten.

We merken op dat dezelfde adviseurs doorgaans in dagelijkse niet-crisissituaties wel zelf keuzes maken op grond van bredere afwegingen dan alleen 'het meest risicomijdend', terwijl er ook dan vaak onvoldoende wetenschappelijke zekerheid is.

### ***Interdepartementale en internationale afstemming van adviezen***

Bij de advisering bleek het lastig te komen tot internationale en nationale departementale afstemming. Een voorbeeld daarvan is de verschillende aanpak rond de reizigers van en naar Mexico:

- Internationaal, zowel binnen de EU als daarbuiten, hebben alle landen hun eigen adviesstructuur met eigen opvattingen/adviezen. Het is voorspelbaar dat daardoor uiteindelijke besluiten tussen landen divergeren, bijvoorbeeld waar het de omgang met reizigers betreft. Sommige landen kozen bijvoorbeeld ogenblikkelijk voor een warmtescreening van binnenkomende reizigers; een aanpak die door epidemiologen in dit verband als onzinnig werd beschouwd.
- Nationaal bepaalde het ministerie van Buitenlandse Zaken zelfstandig de koers met betrekking tot het reisadvies naar Mexico. Voor BuZa was daarbij niet het epidemiologische advies leidend.

Overigens werd via het overleg van de 'health security committee' van het Europese Early Warning & Response System waaraan het Clb deelnam, wel Europese afstemming bereikt over een aantal praktische, niet-politieke zaken zoals de laboratoriumdiagnostiek.

Verder bleek in de advisering over uitvoering van een aantal in de planvorming voorziene maatregelen (zoals schoolsluiting) dat alleen rekening was gehouden met de epidemiologische aspecten ervan. De adviseurs dienden daarmee in ACO-verband onder tijdsdruk tot een integrale/interdepartementale en pragmatisch uitvoerbare adviezen te komen. Voor sommige advies-/besluitvormingstrajecten betekende dat het doordenken van alle consequenties en facetten van de uitvoering vanaf de basis doorlopen moest worden. Wij karakteriseren het interdepartementaal overleg van de adviseurs in ACO-verband dan ook vooral als gericht op afstemming (door informatie-uitwisseling) in plaats van gericht op het voorbereiden en opstellen van een advies voor het IBT. Voor bijvoorbeeld de problematiek van schoolsluiting maar ook voor de problematiek van beperkte IC-capaciteit was het advies ter besluitvorming nog niet gereed toen het probleem zich in de tijd vanzelf oploste. Bij het 'vanzelf oplossen' speelde het milde karakter van H1N1 mee.

### ***Bijzondere positie van de Gezondheidsraad***

Voor medisch-inhoudelijke advisering werd vanaf begin mei sterk geleund op spoedadviezen van de Gezondheidsraad in plaats van op adviezen via de voorziene OMT/BAO-lijn gefaciliteerd door het

Clb. Dit was een bijzondere keuze, omdat de Gezondheidsraad normaliter adviezen op basis van een langdurig wetenschappelijk consultatietraject uitbrengt waarbij nadrukkelijk ook naar kosten en baten van medisch handelen wordt gekeken. In dit geval moest echter op basis van onzekerheid geadviseerd worden. Het is daarom niet verrassend in onze analyse dat de uitgebrachte spoedadviezen geen concreet advies bevatten en niet operationeel waren omdat het gevraagde soort advies en de daartoe benodigde werkwijze sterk afweken van het voor de Gezondheidsraad gebruikelijke. De adviezen gingen uit van optimale bescherming van de Nederlandse bevolking zonder aandacht voor een kosten-batenafweging van de geadviseerde maatregelen. Impliciet werden in deze adviezen overigens wel normatieve keuzes gemaakt door het risico van mutatie van H1N1 hoger in te schatten dan het risico van vaccinatie, in beide gevallen zonder de voor de Gezondheidsraad gebruikelijke statistische onderbouwing. Het feit dat de latere adviezen van de Gezondheidsraad werden uitgebracht in samenwerking met het Clb, maakte de adviezen niet operationeler.

#### **Kosten-batenanalyses vaccinatie en antivirale middelen**

In vergelijking met de grote hoeveelheid aan wetenschappelijke literatuur over virologische en klinische aspecten van H1N1, is er nog weinig aandacht voor retrospectieve kosten-batenanalyses van de H1N1-bestrijding. De artikelen die er wel op ingaan, laten een gemengd beeld zien. We geven hieronder twee voorbeelden.

Kosten-batenanalyses gaan veelal uit van de kosten van een behandeling om een gezond levensjaar (quality adjusted life year, QALY) te winnen. De Gezondheidsraad gebruikt als grenswaarde voor opname van een vaccinatie in het rijksvaccinatieprogramma maximale kosten van € 20.000 per QALY.

Een artikel van Sanders et al.<sup>421</sup> uit 2010 geeft aan dat de opbrengst van het Canadese vaccinatieprogramma uitgaande van kosten van \$C 30 per vaccinatie en een vaccinatiegraad van 30%, zou uitkomen op \$C 1.645 per QALY. Dit ligt behoorlijk beneden de grenswaarde van de Gezondheidsraad. De baten lijken in dit artikel niet te worden onderschat. Zo wordt onder andere uitgegaan van een onderrapportage met een factor 100 van het aantal gediagnosticeerde H1N1-gevallen *in ziekenhuizen*. Ook worden alle grieppatiënten meegenomen in de batenberekeningen, dus ook diegenen die geen medische behandeling nodig hebben maar na korte tijd vanzelf genezen. Een artikel van Talbird et al. uit 2009<sup>422</sup> geeft aan dat de behandeling van kinderen tussen 1 en 4 jaar oud met het antivirale middel Oseltamivir \$ 41.542 per QALY zou kosten. Dit is ongeveer anderhalf maal de grenswaarde die de Gezondheidsraad hanteert. Hierbij zijn bijvoorbeeld als baten ook de verminderde werkabsentie van verzorgers meegenomen.

---

<sup>421</sup> Sanders et al., Is a Mass Immunization Program for Pandemic (H1N1) 2009 Good Value for Money? Early Evidence from the Canadian Experience, *Vaccine*. 2010 Aug 31, 28(38): pg 6210-6220. De auteurs hebben volgens eigen opgave allen banden met vaccinfabrikanten.

<sup>422</sup> Talbird et al., Oseltamivir for Influenza Postexposure Prophylaxis, Economic Evaluation for Children Aged 1–12 Years in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 2009, 37(5), pg 381-392.

## CONCLUSIES

Alhoewel het milde karakter van H1N1 in de loop van mei duidelijk was geworden, zorgde de angst voor een mutatie ervoor dat de medisch-inhoudelijke adviezen uit bleven gaan van de (dreigende) verspreiding van een gevaarlijk griepvirus waartegen de gehele Nederlandse bevolking (tweemaal) gevaccineerd moest worden. De advisering betrof daarbij noch uitvoeringsaspecten noch een kosten-batenanalyse. De betrokken medisch-inhoudelijk adviseurs namen (bewust) geen medisch-inhoudelijk risico in hun advisering en wogen geen maatschappelijke of praktische aspecten mee.

## LEERPUNTEN

- Ten aanzien van de kwaliteit van de adviezen: adviezen dienen altijd voorzien te zijn van een concrete voorkeursoptie waarvoor de adviseur zijn of haar verantwoordelijkheid neemt. En adviezen dienen, in de mate waarin dit in de tijd mogelijk is, voorzien te zijn van een vergelijk met de 'niet-crisis' situatie en van ten minste een rudimentaire intersectorale kosten-batenanalyse.
- Zorg voor goede adviseurs in twee opzichten: het lijkt een good practice om een vaste beperkte kern van ter zake deskundige adviseurs en beslissers te hebben die bij alle onvermijdelijk talrijke crisioverleggen betrokken zijn. Het is dan wel noodzakelijk bewust de continuïteit van (de kennis van) deze personen te garanderen door het bieden van de juiste zorg. Dit betekent het organiseren van 'schaduw', het instellen van een kernoverleg, het organiseren van tegenspraak en/of het bewust vrijstellen van de sleutelfiguren van hun dagelijkse taken.
- De huidige OMT/BAO-structuur was niet alleen in de onderzochte nationale crisis H1N1 van beperkte waarde. In elke vergelijkbare situatie waar 'slechts' medisch-inhoudelijk advies wordt uitgebracht dat geen rekening houdt met de uitvoering (skosten), zal dit de bestuurlijk beslissers onder een ontbrekend grote druk zetten. Dit contrasteert met het huidige functioneren van het Clb en de OMT/BAO-structuur in de regelmatig voorkomende kleinere casussen waarbij wel nadrukkelijk uitvoeringsaspecten worden betrokken.

## 12.6 Besluitvorming

In de eerste dreigende week van 24 april tot ongeveer 1 mei waren de maatregelen waartoe de Nederlandse overheid besloot, licht van aard: een *principe*besluit tot aanschaf van vaccins, reisadviezen en een oproep aan mogelijk zieken om het sociaal verkeer te mijden. Wanneer het *worst-case* scenario zich had gematerialiseerd, waren hier in een evaluatie achteraf ongetwijfeld kanttekeningen bij gezet. De genomen maatregelen waren echter geheel in lijn met de medisch-inhoudelijke adviezen van binnenlandse experts en de WHO. In de besluitvorming vanaf het eerste moment speelde de inschatting van de heersende onrust in de samenleving en het parlement en het effect van besluiten over maatregelen op die onrust een belangrijke rol.<sup>423</sup>

---

<sup>423</sup> De eerste Kamervragen dateren van 27 april. De eerstvolgende Kamervragen daarna worden op 13 mei en 11 juni 2009 gesteld.



## ***Besluitvorming algemeen***

Nationaal gezien, was het gedurende het eerste dreigende weekend van 25 en 26 april 2009 feitelijk het ministerie van VWS (ambtelijke top en minister) dat besloot over de maatregelen die door Nederland genomen werden. Op basis van het advies dat zij kregen, werd besloten conform de draaiboeken uit te gaan van een gevaarlijke influenza-uitbraak en overeenkomstig te opereren. Ook later bleef het ministerie van VWS leidend in de besluitvorming. Zo werden de belangrijke besluiten over aanschaf van extra antivirale middelen en vaccins door de minister van VWS genomen.<sup>424</sup> De minister maakte gebruik van de adviezen die hem (en de ambtelijke top) via de formele advieslijn werden aangeboden, maar consulteerde ook andere deskundigen, onder wie een viroloog uit de Verenigde Staten.

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

In Europees verband hechtte Nederland, i.c. de minister van VWS, sterk aan coördinatie van de te nemen maatregelen, waaronder de aanschaf van vaccins. Met die insteek is de minister op 30 april een spoedoverleg van Europese ministers van Volksgezondheid ingegaan, waar bleek dat voor dit standpunt geen meerderheid te krijgen was. Het resultaat was dat alle Europese landen een geheel eigen en veelal verschillende koers bleven varen zodat er:

- geen enkele garantie kon worden gegeven dat verspreiding voorkomen kon worden
- er een interne Europese competitie over de aanschaf van vaccins bleef bestaan.

---

<sup>424</sup> Een belangrijke uitzondering was het (ontradend) reisadvies naar Mexico dat door het ministerie van Buitenlandse Zaken werd afgegeven op basis van een eigenstandige afweging.

## Europese divergentie

Als illustratie van de Europese divergentie in de H1N1-bestrijding geven we een voorbeeld. Toen de WHO haar fase 5 afkondigde, stelde de Franse minister-president het niveau van de griepuitbraak in Frankrijk op het eigen Franse niveau 5a vast. Hij kondigde daarbij aan dat maskers en antivirale medicijnen werden ingekocht<sup>425</sup> en dat alle vliegtuigpassagiers uit Mexico aan een onderzoek konden worden onderworpen op speciaal daartoe ingerichte SAMU-posten op de Franse luchthavens.

Ter vergelijking: in Nederland werd op dat moment (in onze analyse terecht) besloten een aantal maatregelen die volgens de Nederlandse uitwerking van de WHO fase 5 in de Nederlandse plannen stonden, *niet* uit te voeren. Maskers werden niet aangeraden en niet ingekocht. In plaats daarvan werden reizigers uit Mexico op Schiphol via borden geïnformeerd. Ook werden op vrijwillige basis hun gegevens genoteerd, zodat zij geïnformeerd konden worden als een medepassagier ziek bleek te zijn.

## Besluitvorming vaccins

Met betrekking tot het meest kostbare besluit - om voor de gehele Nederlandse bevolking vaccins beschikbaar te hebben - gold dat de minister van VWS op woensdag 29 april, na overleg met de minister van Financiën en in overleg met zijn ambtelijke top het *principe*besluit nam tot aanschaf van vaccins. Hiermee week hij af van het voorliggende advies dat, gezien de informatie over de situatie in Mexico en de informatie vanuit de farmaceutische industrie dat het 'nu of nooit was', onmiddellijke aanschaf inhield. De topbeslissers zelf hebben daarmee de afweging gemaakt dat er nog tijd te nemen was in het besluit tot aanschaf van vaccins, ondanks de 'dreiging' vanuit de farmaceutische industrie om dit meest kostbare besluit nog te overwegen. Anderhalve maand later, op 18 juni, besloot de minister van VWS uiteindelijk op basis van onveranderde adviezen definitief tot aanschaf van 32 miljoen stuks vaccin.

Na het besluit tot aanschaf van de vaccins voor de gehele Nederlandse bevolking bleek dat het daadwerkelijk vaccineren van (een deel van de bevolking) in de uitvoering nog ongedacht veel operationele en tactische problemen met zich meebracht – waarover op strategisch niveau besloten moest worden.<sup>426</sup> Het ging om bijvoorbeeld de distributie en toediening (vanwege het financiële aspect) of bijvoorbeeld de prioritering (vanwege het gefaseerd beschikbaar komen van het vaccin). Ook hier gold dat de beslissers veelal zelf tot operationele uitwerking van meestal abstract geformuleerde adviezen moesten komen.

---

<sup>425</sup> Ook voor Frankrijk gold dat deze al waren ingekocht.

<sup>426</sup> Dit gold overigens ook voor de distributie van antivirale middelen waarvoor wel een concept distributieplan bestond dat nog niet bestuurlijk geaccordeerd was.

## Wie vaccineert wie?

Een bijzondere discussie speelde over de vraag wie de vaccinatie zou uitvoeren. In de verslagen is de weerslag zichtbaar van een inhoudelijke discussie. Daarbij wijzen de brancheverenigingen van huisartsen op het voordeel als huisartsen de vaccinaties verrichten (ervaring, normaliter hoge opkomst). Anderzijds wijzen GHOR- en GGD-Nederland op de dreigende overbelasting van huisartsen en het feit dat sommige risicogroepen niet als zodanig bij huisartsen geregistreerd staan.

In de interviews geven de respondenten aan dat het vaccineren in het kader van de Nieuwe Influenza A (H1N1) een winstgevende activiteit voor huisartsen is en dat dit meespeelde bij de druk die de brancheverenigingen uitoefenden om de vaccinaties door de huisartsen uit te laten voeren. Het gevolg van deze perceptie was dat op voorhand de neiging bestond om niet voor alle vaccinaties huisartsen in te zetten. Anderzijds wijzen andere respondenten op de (minder zichtbare) geldstromen die de GGD'en voor hun werkzaamheden ontvangen.

In onze analyse geven deze 'onderstromen' aanleiding om op voorhand te komen tot rationele besluitvorming over uitvoering van vaccinaties in crisisomstandigheden.

## CONCLUSIES

De formeel voor besluitvorming verantwoordelijke topambtenaren en ministers moesten opereren in een situatie waarin zij nauwelijks strategische keuzes over de te volgen koers konden maken. De advisering ging dikwijls impliciet uit van optimale zorg in *worst-case scenario's*. Daarbij dwong de werkelijkheid hen meermalen tot afwijken van het 'gemakkelijke' ideaaltypische advies. Zodoende bedachten de beslissers diverse keren zelf praktische oplossingen voor de problemen waarmee zij geconfronteerd werden. De kostbaarste keuzes (aanschaf van vaccins en extra antivirale middelen) waren onvermijdelijk, gezien de strekking van de adviezen. Het eerste uitstel, tegen het advies in, van een definitief aanschafbesluit door de minister en ambtelijke top in de eerste meest dreigende week, is in dit verband opvallend.

## LEERPUNTEN

Voor beslissers geldt dat zij moeten eisen dat er adequate adviezen liggen voordat zij tot besluitvorming overgaan. In de paragraaf over advisering is al aangegeven waar dergelijke adviezen aan moeten voldoen.

### 12.7 Communicatie

#### *Woordvoering*

Het ministerie van VWS heeft er bewust voor gekozen om in de eerste dreigende dagen de directeur van het Centrum voor Infectieziektenbestrijding (CIb), Roel Coutinho, de woordvoering te laten doen. 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 op als onafhankelijk expert – en was ook daarom effectief in de zin van onverdacht en betrouwbaar – waardoor de rijksoverheid onzichtbaar was.

Naast Coutinho domineerde hoogleraar virologie Osterhaus in de eerste dreigende week het nieuws over H1N1, beiden vanuit hun eigen deskundigheid en perspectief op de dreigende griep пандemie. Osterhaus verwees regelmatig naar de goede Nederlandse plannen en sprak over de mogelijkheid om de verspreiding van H1N1 beperkt te houden. Coutinho communiceerde in die periode de onzekerheden over de aard van het griepvirus en gaf aan dat zodra WHO fase 4 afgekondigd zou worden, alle maatregelen gericht op het voorkomen van verspreiding zinloos zijn.

Tot de zomer was het Clb de primaire zender van informatie vanuit de overheid. Voor informatie werd verwezen naar de website van het Clb als centraal punt. Een groot aantal respondenten, met name de decentrale partijen die betrokkenheid wensten of betrokken waren, hadden de indruk dat VWS weinig regie op de communicatie voerde. Dit terwijl het Rijk, in dit geval het ministerie van VWS, wel de eindverantwoordelijkheid droeg voor de bestrijding van H1N1 (waarvan al in de planvorming was onderkend dat communicatie een cruciaal onderdeel was).

Op 14 mei werd de naamgeving van het virus gewijzigd. In lijn met andere Europese landen besloot men de naam 'Mexicaanse griep' te wijzigen in 'Nieuw Influenza A (H1N1)'.

#### **Naamswijziging varkensgriep, Mexicaanse griep, Nieuwe Influenza A (H1N1)**

In april werd het nieuwe virus aangeduid onder de noemer varkensgriep ofwel Swine's flu, omdat het vermoeden bestond dat varkens de primaire besmettingsbron van het virus waren.

Op 29 april vond het eerste OMT plaats, met aansluitend het BAO. Het OMT adviseerde in het eerste overleg een eenduidige naamgeving voor het influenzavirus te hanteren, namelijk 'Mexicaanse griep'. Dit besluit werd overgenomen door het BAO.<sup>427,428</sup> Op 4 mei 2009 ontving het RIVM een brief van de Mexicaanse ambassadeur met het verzoek tot officiële naamswijziging van de term 'Mexicaanse griep':

*"[...] In this context, I respectfully request your intervention in order that the RIVM uses the term "influenza A (H1N1)" to refer to the illness instead of the term "Mexican flue". The use of the latter is not only leading to the rise of unacceptable discriminatory attitudes towards Mexican citizens, but is also harming the image of Mexico. As you very well know, it is merely circumstantial that the initial outbreak took place in my country. Furthermore, influenza A (H1N1) is the term used by the World Health Organization."*

Vervolgens stelde het ministerie van VWS een nota ter beslissing op (13 mei 2009). Aanleiding voor deze nota vormt de naamswijziging van de in Nederland ook officieel gebruikte term 'Mexicaanse griep' in het internationaal gebruikte 'influenza A (H1N1)' na de brief van Mexicaanse ambassadeur (brief tevens

---

<sup>427</sup> RIVM Feitenrelaas.

<sup>428</sup> BAO-verslag, 29 april 2009.

verzonden aan de minister van BuZa). VWS stelde vervolgens een antwoordbrief op waarvan de inhoud werd afgestemd met BuZa.

In het IBT van 13 mei 2009 lichtte VWS toe waarom de naam Mexico niet meer verbonden mocht worden aan de ziekte. “De nieuwe naam is niet mediageniek, maar ook de Europese Commissie vindt dat we de naam ‘Nieuwe Influenza A (H1N1)’ dienen te hanteren. Zo is besloten en in de communicatie zal daar vanaf nu dus zo mee worden omgegaan.”

## **Mediabeeld**

In de eerste periode, tot de zomer van 2009, kon de mediaberichtgeving als bijzonder evenwichtig worden beschouwd. Zo berichtten de media uitgebreid over het normale aantal van 250 tot 1.000 griepdoden en werden de Mexicaanse cijfers geplaatst als moeilijk verifieerbaar. Ook werden buitenlandse maatregelen als warmtescreening van inkomende reizigers gerelativeerd met de mededeling dat hierdoor nooit alle patiënten konden worden opgespoord en werd al snel onderkend dat de wereldwijde verspreiding van H1N1 onvermijdelijk leek.

Na de zomer ontstond er een geheel ander mediabeeld. De *body count* van dodelijke slachtoffers in Nederland, de discussie over de mogelijke bijwerkingen van vaccins en de mogelijke belangenverstrengeling van griepdeskundigen ademden in zekere zin een grotere crisissfeer uit dan de werkelijke dreiging rond 24 april. Met name de (verslaglegging van de) dood van enkele kinderen had een direct meetbare invloed op de risicoperceptie van de bevolking en daarmee op onder andere de vaccinatiebereidheid.

## **Perceptie publiek en vertrouwen overheid**

Vanaf maandag 27 april zorgde de betrokkenheid van het NCC bij de communicatie voor de inzet van standaard (crisis)communicatie-instrumenten, zoals media-analyses en het regelmatig meten van de risicoperceptie van de Nederlandse bevolking (de zogenaamde Risico- en Crisisbarometer).

Binnen de verschillende advies- en besluitvormende gremia werd vanaf de eerste dreigende week met regelmaat gesproken over de maatschappelijke perceptie van de aard en bestrijding van H1N1. Vanaf het begin is de communicatiestrategie om open te zijn over de gevaren van H1N1 en om ‘het vertrouwen te behouden in de overheid’. In de uitwerking betekent dit dat men onzekerheden in de bestrijdingsinstrumenten (zoals de mogelijke bijwerkingen van vaccinatie) niet prominent communiceert. Een in onze analyse dieper liggende oorzaak voor deze communicatiestrategie is de opvatting bij relatief veel respondenten dat er een reëel risico was dat de samenleving ‘op hol’ zou kunnen slaan onder dreiging van een grieppandemie.

## **Crisisbesluitvorming in en door communicatie met de samenleving**

Ook internationaal speelt de discussie over de communicatie met de samenleving. Een concept white paper van het CDC uit 2008 heeft als standpunt dat de complexiteit van infectieziektebestrijding noodzaakt tot een open discussie met de samenleving. Vervolgens kunnen op basis van de uitkomsten van die discussie (politieke) besluiten worden genomen. Dit standpunt houdt in 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 wordt bepaald. De gegeven ratio hiervoor is langjarig onderzoek naar infectieziektebestrijding in de VS. Dat laat zien dat wetenschappelijke onzekerheden hoe dan ook een rol gaan spelen in het politiek en maatschappelijk debat. Binnen het CDC is men nog niet tot een definitieve stellingname gekomen over dit concept white paper.

## **Communicatie tussen de betrokken organisaties**

Afgezien van de publiekscommunicatie was, als bij elke crisis, de interne communicatie tussen de betrokken organisaties van belang. Deze communicatie werd in de meest kritieke periode voor de zomer als onvoldoende beschouwd door de betrokken decentrale partijen (in de zorg en in het openbaar bestuur). In reactie hierop ontstond er tijdens en vooral na de zomer een intensief en gestructureerd informeren overleg tussen de rijksoverheid en decentrale partijen. Hiervoor bestond veel waardering bij de respondenten. De inspanning die dat vergde van het ministerie was, in de opinie van de meeste respondenten, de moeite waard omdat allerhande kleine onduidelijkheden meteen weggenomen konden worden en partijen zich betrokken en geïnformeerd voelden.

In onze analyse moet onderkend worden dat wanneer de druk op crisisbesluitvormers het hoogst is, zoals in de kritieke periode voor de zomer, bij elke crisis weer blijkt dat gekozen moet worden voor beperking van de inspanningen gericht op interne communicatie. Met andere woorden, in acute crisissituaties is er simpelweg onvoldoende tijd om tot structurele interne communicatie te komen. Ook in de casus van H1N1 in de periode voor de zomer 2009 is zichtbaar dat de betrokken groep van centrale adviseurs en beslissers simpelweg al overbelast waren. De extra inzet op interne communicatie tijdens en na de zomer is daarmee goed geweest, maar moet niet de illusie wekken dat in een nieuwe acute crisissituatie meteen tot een dergelijke inspanning kan worden besloten.

## **CONCLUSIES**

- De door de rijksoverheid gehanteerde communicatiestrategie, waarbij sterk op de expert-dokter als boegbeeld werd geleund, betekende dat de rijksoverheid als actor zeer beperkt herkenbaar was in de eerste maanden.
- De wens om betrouwbaar over te komen, was bepalend voor de keus om wel onzekerheden over het ziektebeeld van H1N1 proactief te communiceren, maar niet de onzekerheden die met de gekozen bestrijdingsstrategieën samenhangen. Angst voor het nodeloos veroorzaken van maatschappelijke onrust was daarbij een belangrijke drijfveer.

Het adequate optreden van de directeur CIB in de media, de afgewogen berichtgeving door de media zelf en het milde karakter van H1N1 hebben vermoedelijk eraan bijgedragen dat voor de zomer van 2009 er geen maatschappelijke onrust ontstond over H1N1.

- Na de zomer van 2009, toen H1N1 de jaarlijkse griep epidemie werd, ontstond er een geheel andere dynamiek. De continuering van een geruststellende en reactieve communicatiestrategie leidde voorspelbaar tot discussie in de media en de samenleving. 'Toevallige' gebeurtenissen zoals het overlijden van kinderen en de discussie rondom de mogelijke belangenverstrengeling van Osterhaus bepaalden het mediabeeld en de gevoelens in de samenleving. Daarmee werd ook het succes van de inzet van (in de perceptie) cruciale crisisbeheersingsinstrumenten als vaccinatie en persoonlijke hygiënemaatregelen afhankelijk van deze toevallige gebeurtenissen.

## LEERPUNTEN

- Interne communicatie in de acute fase van een crisis is onvermijdelijk kwetsbaar. De extra inzet tijdens en na de zomer richting decentrale partijen was daarmee goed, maar moet niet de illusie wekken dat in een nieuwe acute crisissituatie meteen tot een dergelijke inspanning kan worden besloten. Een meer robuuste aanbeveling is derhalve om partijen hiervan vooraf op de hoogte te brengen en met elkaar een gedragslijn af te spreken die zo min mogelijk interne communicatie vergt.
- Het is onzes inziens wenselijk snel onzekerheden over de bestrijdingsstrategie naar voren te brengen en feiten over de ontwikkeling van het crisisscenario te presenteren. Zo was het volgens onze analyse wenselijk geweest om al op zaterdag 25 april als rijksoverheid nadrukkelijk te stellen dat als H1N1 zich werkelijk als een griep zou verspreiden, er geen houden aan zou zijn. Dit had de 'suspense' verslaglegging over de wereldwijde verspreiding van H1N1 (de dagelijkse berichtgeving over waar nu weer hoeveel nieuwe H1N1-gevallen opdoken) en de nadering naar Nederland kunnen voorkomen.
- In geval van een nationale crisis is het verder naar onze mening wenselijk om als rijksoverheid herkenbaar in beeld te zijn. Het adequate optreden van de directeur CIB, die in de media als onafhankelijk deskundige functioneerde, kan niet dienen als vervanging van de overheid. Deze wenselijkheid wordt bijvoorbeeld geïllustreerd door het feit dat 'de andere' deskundige Osterhaus op onderdelen een andere mening verkondigde (c.q. een verwachting over de door de overheid te nemen maatregelen uitsprak) en dat voor de burger dus geen 'overheidsmening' beschikbaar was.
- Crisiscommunicatie is in essentie het transparant communiceren van onzekerheid en betrokkenheid. De grootste valkuil is om ernaar te streven de samenleving gerust te stellen of door gerichte informatieverstrekking een bepaalde kant op te sturen. De moeizame reactieve communicatie over de mogelijke bijwerkingen van het vaccin hadden voorkomen kunnen worden door als overheid zelf dit (waarschijnlijk geringe) risico nadrukkelijk onder de aandacht te brengen. En ook door expliciet de keuze voor vaccinatie aan de burger zelf te laten, dat wil zeggen zonder als overheid een voorkeursoptie na te streven in de communicatie.

- De crisisliteratuur leert dat, in vergelijking met andere aspecten van crisisbeheersing, besluiten over operationele aspecten van crisiscommunicatie al snel op het niveau van de topbeslissers moeten worden genomen. In die besluitvorming spelen veelal andere afwegingen dan die rond crisiscommunicatie een dominante rol. Anderzijds is juist crisiscommunicatie van doorslaggevend belang voor het subjectieve en objectieve succes bij nationale crises: door middel van crisiscommunicatie moeten de vele betrokken actoren in de samenleving geïnformeerd en 'overtuigd' worden hun verantwoordelijkheid te nemen. Crisiscommunicatie verdient daarmee een zwaardere rol in de besluitvorming. Dit vergt ook zwaardere crisiscommunicatieadviseurs met meer kennis van de maatschappelijke reactie op crises.
- Het gebruik van een specifiek en herkenbaar beeldmerk voor alle informatie over de griep wordt als good practice beschouwd. Evenzo zou er één herkenbare naam en één plek voor alle informatie moeten worden gehanteerd.
- Er is een verschil tussen publieksinformatie en medische informatie. Toch is het goed dezelfde ingang en organisatie voor beide te gebruiken, omdat divergentie tussen beide altijd tot veel commotie leidt. Inf@ct is een goede en snelle manier om informatie bij professionals in de zorg te krijgen, maar deze informatie zou ook direct breed inzichtelijk moeten zijn op een standaardlocatie als de website van het Clb.
- Bij het goed monitoren van de risicoperceptie en de informatiebehoefte hoort ook het instrumentarium voor een snelle en adequate aanpassing van de communicatie(tactiek). Daarbij is het belangrijk dat bewust wordt omgegaan met de actuele situatie met betrekking tot het sentiment onder de bevolking. Vanuit het uitgangspunt van de eigen verantwoordelijkheid van de burger hoeft niet elke twijfel door de overheid 'gecorrigeerd' te worden als de feiten maar duidelijk over zijn gekomen. In de Risico- en Crisisbarometer zou de meting van zaken als perceptie van het risico en het vertrouwen in de overheid daarmee nadrukkelijker secundair moeten zijn aan meting van de kennis van de feitelijke situatie.

## 12.8 Monitoring

De constante monitoring van het optreden van infectieziekten vormt het hart van de infectieziektebestrijding. Met behulp van monitoring kunnen uitbraken worden geconstateerd, en kan daarop worden gereageerd. Voor infectieziekten in de categorieën A en B is melding door artsen aan de GGD daarom wettelijk verplicht. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat tijdens H1N1, in tegenstelling tot veel andere crises, de ontwikkeling van de crisis (in dit geval het aantal patiënten en hun ziektebeeld), consequent en zorgvuldig werd gemonitord.



## **Diagnostiek door laboratoria**

Laboratoria vervullen een belangrijke rol bij de monitoring van de ontwikkeling van het aantal besmettingen in Nederland. Daar worden afgenomen monsters onderzocht op het voorkomen van H1N1. Het grote aantal monsters dat moet worden onderzocht bij een grootschalige uitbraak, betekent dat er veel meer capaciteit nodig is dan de standaardcapaciteit van het Clb. Tijdens de influenzapandemie werd voor het eerst gewerkt met een model voor opschaling van laboratoria onder coördinatie van het Clb. Daar was in voorgaande jaren op vrijwillige basis aan gewerkt en in voorzieningen geïnvesteerd door twaalf deelnemende laboratoria. Door deze voorbereiding op opschaling van de onderzoekscapaciteit kon de H1N1-diagnostiek snel en regionaal worden aangeboden. Respondenten geven aan dat er brede waardering was voor de werkwijze waarin overheid en particuliere partijen (de laboratoria) zonder bestuurlijke opdracht of juridische grondslag duidelijke afspraken maakten voor de H1N1-uitbraak en nauw samenwerkten tijdens de uitbraak. Een aantal respondenten ziet in dit succes reden om wel tot een formele grondslag voor de samenwerking te komen. Een ander perspectief is dat dit succes laat zien dat een bestuurlijke grondslag niet altijd noodzakelijk is.

Naast monitoring van het aantal patiënten en hun ziektebeeld werd ook de (risico)perceptie van de bevolking en bijvoorbeeld de stand van zaken rondom verspreiding, verstrekking en toediening van antivirale middelen en vaccins nauwlettend gevolgd.

- Zoals eerder vermeld zorgde de betrokkenheid van het NCC voor een snelle en consequente monitoring van de perceptie van de bevolking.
- De logistiek rondom de verspreiding en verstrekking/toediening van antivirale middelen en vaccins werd op uitvoerend niveau nauwgezet bijhouden en via centrale organisaties als het NVI en GGD-/GHOR-Nederland geaggregeerd en aangeboden aan de nationale crisisbesluitvormers.

Zoals in de paragraaf over advisering is beschreven, is in eerste instantie dan ook niet zozeer verbetering mogelijk in de bewuste monitoring. Die ligt eerder in het gebruik van de opbrengst van monitoring in de bijstelling van de adviezen aan besluitvormers.

## **CONCLUSIES**

De verschillende vormen van monitoring verstrekten tijdens de H1N1-crisis de noodzakelijke input voor te nemen besluiten en feedback op de effecten van besluiten.

## **LEERPUNTEN**

Om effectief gebruik te kunnen maken van de opbrengsten van monitoring, is het wenselijk om deze tegen een vooraf opgestelde 'normlat' te kunnen houden.

Voorbeelden in deze casus zijn: 'bij een gemonitorde letaliteit die vergelijkbaar is met of lager dan die van een reguliere seizoensgriep, zullen [deze] maatregelen genomen worden, bij een hogere letaliteit zullen [deze] maatregelen overwogen worden' of bijvoorbeeld 'bij een gemeten risicoperceptie van de bevolking voor [dit instrument] zullen [deze communicatieve acties] overwogen worden'. Hoe ideaaltypisch ook, een dergelijk houvast kan helpen bij de daadwerkelijke besluitvorming.

## 12.9 Slotsom

Drie observaties springen er wat ons betreft uit in deze evaluatie:

- De opschaling in Nederland was grosso modo snel en adequaat, waarbij de reguliere en sommige van 'griepspecifieke' en professionele maatregelen soepel in werking werden gesteld. Dit geeft vertrouwen voor het geval er de volgende keer een werkelijk gevaarlijke infectieziekte-uitbraak plaatsvindt.
- De internationale en interdepartementale afstemming van verschillende voorgenomen en ingezette maatregelen was beperkt concreet. Tevens was er beperkt inzicht in de reactie van de maatschappij bij een werkelijk gevaarlijke infectieziekte-uitbraak. Dit uitte zich onder andere in terughoudende communicatie.
- De besluitvorming werd overheerst door risicomijdende adviezen, waardoor dikwijls tot niet (kosten)effectieve maatregelen besloten werd – of ten minste tot maatregelen waarvan onbekend was of het kosteneffectief was.
- Deze observaties over de (voorbereiding op) nationale crisisbesluitvorming zijn onzes inziens niet uitsluitend van toepassing op de H1N1-casus, maar eveneens zichtbaar in verschillende andere casussen. De dominante redeneerlijn achter dergelijke observaties is er één van 'better safe than sorry', waarbij *worst-case scenario's* leidend zijn in voorbereiding, advisering en besluitvorming. Iets wat kenmerkend lijkt voor de hedendaagse (politieke) inschatting van adequate crisisbeheersing.

### **'Better safe than sorry' als dominante redeneerlijn**

Tony Blair stelde, terugkijkend op de tweede Golfoorlog: 'Welke les zou ik eruit trekken? Dit is van belang omdat we in de toekomst heel goed weer in een dergelijke situatie kunnen komen. Allereerst: ga uit van het ergste.'<sup>429</sup>

De *voorbereiding* wordt enerzijds gekenmerkt door een neiging alles tot op detailniveau vooraf vast te willen leggen. Anderzijds wordt het benoemen van werkelijke (en vaak moeilijke) problemen vermeden, zodat lastige keuzes vooraf niet gemaakt worden.

---

<sup>429</sup> Tony Blair, memoires, De Bezige Bij, p. 523.

*Advisering* vindt met name binnen sectoren plaats op basis van 'better safe than sorry'. Praktische uitvoerbaarheid en de noodzaak tot evenwichtige veiligheidsinvesteringen worden buiten de adviezen gelaten door adviseurs vanwege de dreiging dat zij de verantwoordelijkheid moeten dragen als hun adviezen te 'licht' blijken.

*Besluitvorming* vindt plaats op basis van adviezen uitgaande van *worst-case* scenario's; besluitvormers krijgen geen gewogen, integraal en uitvoerbaar advies aangeboden. De noodzakelijke integraliteit en meegewogen uitvoerbaarheid van maatregelen worden daarom uiteindelijk in overleg tussen de besluitvormers besproken. Hierdoor worden de besluitvormers zwaar belast en zijn zij mogelijk niet meer in staat tot strategische reflectie op de crisissituatie.

*Communicatie* met de maatschappij staat onder druk: besluitvormers die genoodzaakt zijn praktische en pragmatische besluiten te nemen die niet geheel sporen met de expertadviezen, voelen zich geremd in de communicatie daarover.

Tot slot herhalen we de tekst uit onze inleiding: wie op basis van de conclusies en leerpunten in deze evaluatie tot het oordeel wil komen dat het verwijtbaar is dat adviseurs en beslissers tot de veilige weg besloten, moet bedenken dat in recente evaluaties maatregelen die achteraf als *onvoorzichtig* werden beschouwd, genadeloos werden bekritiseerd.

# Berenschot

## **Bijlage Leerpunten benoemd in interviews en klankbordsessies**

In deze bijlage geven we de leerpunten die door respondenten in interviews en de deelnemers aan de klankbordsessies zelf zijn benoemd. De primaire waarde hiervan is dat het een beeld geeft van de eigen perceptie van betrokkenen bij de beheersing van H1N1. Gezien de verschillende oorsprong van de leerpunten zijn sommige contrair. Wij hebben een categorisering aangebracht op basis van het geadresseerde in het leerpunt:

- Voorbereiding.
- Adviseurs vs. besluitvormers.
- Specifiek geadresseerde partijen (VWS, RIVM, etc.).

De volgorde van de leerpunten binnen een categorie is willekeurig.

### **Leerpunten voor de voorbereiding**

- Audits en inspectierapporten (met name die van de IGZ) zijn waardevol om proactief 'witte vlekken' in de voorbereiding te achterhalen en te herstellen.
- Plan in Europees verband waar mogelijk.
- Oefen de nationale samenwerkingstructuur (met alle ketenpartners en koepels). Ontwikkel en onderhoud regels, ervaring en kennis op basis van dit soort oefeningen.
- Zorg dat alle partijen die in planvorming genoemd worden, op de hoogte zijn van het bestaan van het plan en de aan hen toegekende rol in het plan.
- Zorg ervoor dat een plan een levend document kan zijn dat met regelmaat aangepast wordt.
- Zorg bij het opstellen van draaiboeken dat alle partijen betrokken zijn, zodat zij elkaar (leren) kennen. Dat legt een basis voor vertrouwen en een bereidheid tot samenwerking.
- Draaiboeken:
  - Regel zo veel mogelijk de financiële randvoorwaarden voordat een pandemie uitbreekt. Neem een paragraaf op in de draaiboeken. Bijvoorbeeld rond het verstrekken van profylactische medicijnen / antivirale middelen.
  - Enerzijds: Zorg dat de plannen niet te gedetailleerd zijn (vul details later in). Hou de draaiboeken generiek. Anderzijds: Leg cruciale beslissingen meer van te voren vast in plannen.
  - Zorg voor richtlijnen voor het geval het anders gaat dan gedacht: bijvoorbeeld als enkele scholen zelfstandig besluiten dicht te gaan: hoe reageer je dan snel en adequaat?
  - Zorg dat in het draaiboek helder is hoe de overheid zal optreden in geval van een pandemie. Wat kan een onderneming en individuele burger van de overheid verwachten?

- Maak het spelersveld inzichtelijk: welke spelers zijn er en wat zijn hun verantwoordelijkheden?

## Leerpunten voor de adviseurs

- Maak de crisisstructuren helder, ook voor de minder ingewijden. Maak duidelijk hoe de crisisstructuur van VWS (BTCB) zich verhoudt tot de OMT/BAO structuur en eventueel de Gezondheidsraad.
- Aarzel niet om tot een multidisciplinaire en interdepartementale aanpak op te schalen: afschalen kan altijd.
- Laat in de advisering de verschillende perspectieven van betrokken partijen de revue passeren en de betrek uitvoeringsconsequenties mee in wegingen.
- Laat anderen (direct en niet direct betrokkenen) meedenken.
- Maak in tijden van crisis gebruik van de bestaande infra-, overleg- en uitvoeringsstructuren.
- Realiseer dat uitvoering dikwijls voorbereidingstijd vraagt en check daarom bij uitvoerders.
- Denk aan de afschaling van (hygiëne)maatregelen.
- Zorg er voor dat er een realistische balans wordt opgemaakt van de situatie. Wees alert op de gewoonte om uit te gaan *worst-case* waarin afschalen of neerwaarts bijstellen van de tactiek niet meer als voor de hand liggend voelt maar dat wel is.
- Bekijk of de Gezondheidsraad inderdaad als crisisadviesteam gebruikt gaat worden en hoe de Gezondheidsraad hierin ondersteund kan worden.
- Zorg voor duidelijkheid voor wat betreft de financiële component.
- Zorg voor een heldere context waarbinnen maatregelen zin hebben (scholen, containment).
- Versterk voor zover mogelijk de samenwerking en afstemming in internationaal verband (kolommen zoals transport-, volksgezondheids- en JBZ-kolom) zodat nationaal een duidelijk beeld beschikbaar is over wat andere landen doen.
- Zoek, ondanks de huidige constellatie aan (nationale) verantwoordelijkheden en bevoegdheden, Europese samenwerking bij het eenduidig maken en implementeren van pandemische interventie strategieën, vroege signalering en mogelijk ook onderhandeling over vaccinaanschaf.
- Realiseer dat verandering van kennis en inzicht beleid kan doen veranderen. Ontwikkel mechanismen om dit duidelijk te communiceren naar de bevolking. Bouw zodoende meer flexibiliteit in in de public health policy.
- Realiseer dat er weinigen zijn die meer dan één crisis meemaken bij het vormgeven van de crisisorganisatie.
- Zorg na besluitvorming voor goede interne en externe communicatie naar een ieder die dat behoeft.

- Overweeg of de afstemming met zorgorganisaties over de publiekscommunicatie vanaf het vast stellen als A-ziekte zou moeten gebeuren.
- Zorg vanaf het begin voor heldere en tijdige communicatie met alle betrokken partijen/ professionals/ koepels.
- Zorg voor duidelijkheid ten aanzien van de BES-eilanden.
- Zorg voor helderheid voor wat betreft de rol en functie van het ACO en IBT en onderstreep de randvoorwaarden voor een succesvolle interdepartementale crisisstructuur: informatievoorziening en informatiedelen waarin het NCC een spilfunctie vervult.

## **Leerpunten voor de crisisbesluitvormers**

- Betrek tijdig de partijen die bij de crisis betrokken zijn (van wie actie of geen actie verwacht wordt in de crisisbestrijding). Check zodoende ook, bij het bijeen roepen van het BAO, of de leden een afspiegeling vormen van de betrokken partijen. Betrokkenheid verhoogt het draagvlak.
- Hamer op rolvastheid van de spelers: 'schoenmaker, hou je bij je leest'. Dat betekent ook: oog hebben voor het bestuurlijke kader tussen VWS en BZK, gemeenten en zorgpartijen.
- Heb oog voor het bestuurlijke kader en de afstemming hiertussen (BZK, VWS, burgemeesters). Dit ook met het oog op de (relatief) nieuwe wetgeving (Wvr, Wpg).

## **Leerpunten voor VWS**

- Behoud het periodieke (telefonische) overleg tussen VWS en koepelorganisaties in de zorg zodat alle betrokken partijen zich mede door het directe contact geïnformeerd weten en onderdeel uit maken van de crisisbestrijding.
- Behoud de heldere scheiding tussen de medische/ virologische/ epidemiologische kant en de politiek bestuurlijke kant.
- Behoud de deelname van het NCC in het BTCB om de bestuurlijke kant / maatschappelijke kant van de crisis onder de aandacht te brengen en te houden.
- Zorg voor een goede coördinatie van de uitvoering, eventueel met verschillende (verticale en horizontale) teams en zorg ervoor dat de coördinator keuzes maken kan.
- Zorg ervoor dat de VWS interne organisatie crisis-proof is, ook voor langere tijd (mensen, achtervang, informatie positie).
- Zet meer in op het beheersen van de perceptie van een griepuitbraak dan van de griepuitbraak zelf ('Manage the fear instead of the disease').
- Vergeet niet af te schalen en communiceer dit ook naar alle betrokken partijen.

## Leerpunten voor VWS en RIVM

- Houd rekening met voorbereidingstijd voor bijvoorbeeld de GGD-en. Zet niet als het niet nodig is op vrijdagmiddag een verandering in gang als de verwachting is dat het publiek in het daarop volgende weekend beroep zal doen op uitvoeringspartijen.
- Behoud de goede verhoudingen tussen de medewerkers/onderzoekers van de Gezondheidsraad, Clb en VWS.
- Zorg voor goede afstemming over het moment waarop informatie wordt vrijgegeven, als voorspelbaar is dat de verspreide informatie tot vragen bij één van de zorgpartijen gaat leiden.
- Zorg dat alle betrokken partijen op een gestructureerde manier informatie krijgen over de bestrijding /respons.
- Zorg voor een realistisch beeld van de te vaccineren groepen ('de vitale sectoren' is immers als doelgroep te groot en bovendien is het lastig om groepen aan te wijzen zonder wie de economie en samenleving niet meer zou draaien).
- Leer de leveranciers kennen (de farmaceutische industrie) om de onderhandelingspositie te verbeteren en beter zicht te hebben op een meer realistisch tijdschema en de factoren die snellere oplevering beïnvloeden, zonder in te leveren op kwaliteit en veiligheid.
- Erken dat het ook tijdens de pandemie niet altijd haalbaar is een om een vaccin beschikbaar te hebben - in verband met de productietijd.

## Leerpunten voor het RIVM

- Behoud de GGD NL en GGD'en als verbindingschakel tussen RIVM en professionals.
- Behoud de goede voorbereiding van surveillance door onder andere het Erasmus MC en RIVM, zodat de signalering en het laten onderzoeken van verdachte gevallen tijdens een crisis goed verloopt.

## Leerpunten voor Veiligheid en Justitie

- Behoud de rol van het LOCC richting de operationele diensten en behoud de functionele rolverdeling tussen LOCC en NCC.
- Zorg ervoor dat de toegevoegde waarde van de interdepartementale crisisstructuur en de rol van het NCC voor andere departementen helder is (ten behoeve van draagvlak en medewerking) zodat de toegevoegde waarde van het NCC ten volle benut wordt (expertise/deskundigheid/en beschikbare menskracht en tijd).
- Zorg voor (bij betrokkenen bekende) structurele afspraken tussen DCC-en en NCC om elkaar te ondersteunen in belastende langdurige crisissituaties.
- Behoud de bestuurlijke bijeenkomsten voor burgemeesters en de bestuurlijke brieven om regionaal/lokaal informatie over te brengen en richtlijnen toe te lichten.



## **Leerpunten voor GGD'en en GHOR**

- Organiseer de logistiek rond dataverzameling met laboratoria en GGD'en.
- Zorg voor een opschaalplan rond distributie richting apotheken (tussenfase tussen reguliere situatie en crisissituatie).
- Zorg ervoor dat GHOR en GGD nog meer samen optrekken ten behoeve van de efficiëntie en effectiviteit. Verhelder de rol van GHOR ten opzichte van de GGD en omgekeerd.
- Realiseer dat het lastig is om contact te krijgen met doelgroepen die normaal niet gevaccineerd worden.
- Behoud de aandacht voor continuïteitsplannen ziekenhuizen.
- Zorg voor heldere afspraken in geval van schaarste over de IC-capaciteit en beademingsplekken.

## **Leerpunten voor communicatieadviseurs**

- Schroom niet open vragen te stellen of maatregelen worden begrepen.
- Zorg voor duidelijkheid rond opslag en gebruik van antivirale middelen (denk aan verschillen in aanpak tussen Europese landen. Zo was in de UK Oseltamivir min of meer vrij beschikbaar).
- Behoud het overleg met de media waarin zo veel mogelijk transparantie wordt gezocht.
- Communiceer duidelijk over de mogelijke scenario's en over de verschillende uitvalpercentages die daarbij horen.
- Enerzijds: behoud de werkwijze dat één of enkele personen het woord voert op het dossier (vertrouwensgezicht(en)). Anderzijds: zorg dat RIVM deskundigheid inbrengt, maar niet wordt betrokken bij de communicatie.
- Zorg voor eenduidige en heldere communicatie en informatie die alleen afkomstig is van de verantwoordelijke minister VWS.
- Behoud de Risico- en Crisisbarometer om te peilen / te monitoren van wat er leeft bij de bevolking en media.
- Spreek heldere media- en woordvoeringslijnen af per crisisteam (OMT, BAO, etc.) waar meerdere partijen in vertegenwoordigd zijn.

Informeer ook over de afschaling van (hygiëne)maatregelen.

# Berenschot

## Bijlage Afkortingen partijen

ACO	Ambtelijk Crisisoverleg
AZ	Het ministerie van Algemene Zaken
AZ/ RVD	Algemene Zaken/ Rijksvoorlichtingsdienst
BAO	Bestuurlijk Afstemmings Overleg
Boaborea	Brancheorganisatie voor arbodiensten, interventiebedrijven, outplacement en loopbaanadviesbureaus, re-integratiebedrijven en jobcoachorganisaties
BOZ (NVZ, VGN, Actiz)	Brancheorganisatie Zorg (Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Organisatie van Zorgondernemers)
BTCB	Beleidsteam Crisisbeheersing
BuZa	Het ministerie van Buitenlandse Zaken
BZK	Het ministerie van Binnenlandse Zaken
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
Clb	Centrum Infectieziektebestrijding
CvB	Centrum voor bevolkingsonderzoek
Def	Het ministerie van Defensie
Fin	Het ministerie van Financiën
GGD- K'land	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Kennemerland
GGD-NL	GGD Nederland is de branchevereniging van de Gemeenschappelijke of Gemeentelijke Gezondheidsdiensten in Nederland
GHOR- NL	GHOR Nederland is de branchevereniging van de regionale diensten 'Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen'
GR	Gezondheidsraad
IBT	Interdepartementaal Beleidsteam
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
Lareb	Nederlands Bijwerkingen Centrum
LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
LNV	Het ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij
LOCC	Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum (onderdeel van Binnenlandse Zaken)
MBT	Ministerieel Beleidsteam
NCC	Nationaal Coördinatiecentrum (onderdeel van Binnenlandse Zaken)
NFU	Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra
NHG	Nederlands Huisartsengenootschap
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
OCW	Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OMT	Outbreak Management Team
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Schiphol	Amsterdam Airport Schiphol

# Berenschot

SNPG	Stichting Nationaal Programma Grieppreventie
SZW	Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
V&W	Het ministerie van Verkeer en Waterstaat
VHN	Vereniging van Huisartsenposten Nederland
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VNO-NCW	Brancheorganisatie voor ondernemers
VWS	Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport