

VERKLARING VAN VERHOOR VAN GETUIGE-DESKUNDIGE

Naam: Johannes Josephus Maria Vingerhoets

Geboortedatum: 19 oktober 1960

Geboorteplaats: Tilburg

Beroep: huisarts

De getuige-deskundige heeft het volgende verklaard:

In- en aanleiding

Laat ik voorop stellen dat zulks nooit mij bedoeling is geweest. Nooit heb ik de intentie gehad om met mijn mening in de media naar voren te treden. Ik ben geen politiek actief persoon noch expert op het gebied van virologie, epidemiologie of moleculaire genetica. Mijn dagelijks werk bestaat uit het leveren van patiëntenzorg in mijn eigen huisartspraktijk. Daarnaast heb ik andere medische nevenwerkzaamheden in de terminale zorg. Weliswaar heb ik heb ik vele jaren lang actief gewerkt voor de Medisch Onderzoeksgroep van Amnesty International, maar daarin stond juist politieke neutraliteit voorop.

Ditmaal ben ik mij, deels door een toevallige samenloop, toch in het debat gaan roeren omdat ik mij toenemend zorgen ging maken over respectievelijk de maatregelen, de vaccinaties, de angst die onder mensen wordt gekweekt, de maatschappelijke effecten op economisch, psychologisch, sociaal vlak, op het effect op de ontwikkeling van kinderen en jeugd en de enorme prijs in verloren levensjaren die inmiddels die van de winst van de COVID-zorg ver overstijgt. Later kwamen daar zorgen bij over zinloze maatregelen als een avondklok, voor velen een zeer beladen symbool van onderdrukking. Als huisarts sta ik midden in de maatschappij. Daarbij toets ik mijn handelen voortdurend aan de eed die ik heb afgelegd en waarin ik heb beloofd om altijd het beste voor mijn patiënten na te streven, bij twijfel terughoudend te zijn en in elk geval nooit onnodig schade toe te brengen. Ik kwam door diverse maatregelen in gewetensnood en kon toen niet anders dan aan de bel trekken en deed dat in eerste instantie binnen een kleine kring van beroepsgenoten. Toen de bal eenmaal rolde bleek mijn boodschap aanzienlijk verder te reiken dan ik had voorzien. Een positie in de schijnwerpers vind ik geen comfortabele, maar hier gaat mijn prioriteit toch uit naar mijn maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Nadat de coronaproblematiek ons land ruim een half jaar in de greep had en ik daar zowel privé als professioneel volop mee te maken gehad had, waren er allengs meer zaken die gingen opvallen en die ik niet goed kon verklaren. Een van de triggers was het feit dat het dragen van mondkapjes werd omgezet ten een advies naar een verplichting – en dat zonder goede onderbouwing. De verplichting werd ook ingevoerd in het medisch centrum waar ik in werk en waarvan ik mede eigenaar ben. Ik was als enige tegen de verplichting, die daarom toch werd ingevoerd. Er kwamen steeds ingrijpender maatschappelijke restricties voor bedrijven, horeca, scholen, cultuur. Er kwam een vaccin dat werd ingevoerd terwijl de fase 3 trial nog liep. Ik had grote twijfels bij de opzet (volledige regie van begin tot eind bij de farmaceut) en bij de verwerking van de gegevens (ontbrekende patiënten met ‘verdachte COVID’). Mijn morele dilemma is meerledig en heeft zich ontwikkeld in de tijd. Mijn ongerustheid begon met het gevoel te worden ingezet voor zaken waarvan ik oprecht twijfelde of deze in overeenstemming zijn met mijn artseneed. Daar had ik last van als nooit tevoren. Het bevorderen van de gezondheid van de patiënt houdt als fundament in het principe van ‘primum non nocere’, het als eerste niet schaden van de patiënt. Gesprekken met collega’s en mijn beroepsorganisatie losten mijn dilemma niet op: men vond dat we niet te kritisch moesten zijn en gewoon het beleid moesten uitvoeren. Dat werkte hier echt niet voor mij. Ik wist dat het grootschalig gebruik van dit type vaccin bij gezonden totaal nieuw was en dat het onderzoek ernaar een periode van slechts enkele maanden betrof, waarbij er in de totale onderzoeksgroep slechts 170 besmettingen waren. Dat is bijzonder weinig voor het trekken van conclusies op basis waarvan je een groot deel van de bevolking gaat

injecteren. Over de lange termijn was al helemaal niets bekend. Bovendien was er op het onderzoek waarop de effecten van het vaccin gebaseerd was, wel een en ander aan te merken. Ten eerste toonde men niets anders aan dan het effect op ziek worden op zichzelf en dat ging dus voornamelijk om verkoudheden en griepachtige verschijnselen. Maar als je miljoenen mensen aan een relatief onbekend vaccin gaat blootstellen moet je je doel wat ambitieuzer stellen: het voorkomen van een verkoudheid is dan niet genoeg. Dan moet je echt aantonen dat vaccineren echt ziekenhuisopnames, IC opnames of sterfte voorkomt. Geen van die parameters is onderzocht! Dus is het effect hierop ook niet aangetoond. Bovendien waren er 170 besmettingen, maar Peter Doshi, een gevierd wetenschapper en redacteur van het vooraanstaande medische vakblad BMJ, toonde aan dat er maar liefst ruim 3400 patiënten buiten de studie gehouden zijn die op klinische gronden verdacht werden van COVID-19. Dit is explosief, want dat aantal is liefst 20x zo groot als het aantal van 170 besmettingen. Zou maar een klein deel van deze verdachte patiënten daadwerkelijk besmet zijn, en dat is zeer waarschijnlijk, dan heeft dat een dramatisch negatief effect op de geclaimde bescherming door het vaccin. Deze getallen zijn in het rapport van Pfizer geheel weggelaten maar zijn wel te lezen in het FDA rapport. Kortom: er is alle reden om af te dingen op de juichende getallen die de farmaceut (en in haar kielzog de regering) naar buiten brengt. Bovendien worden percentages over grote groepen ten onrechte geëxtrapoleerd naar het individu. Van Dissel gaf terecht aan dat dit niet zomaar kan, maar dat is wel de informatie die het publiek krijgt. Dit alles gaf mij het gevoel dat mensen misleid worden met informatie waarop echt veel af te dingen valt. En als er tientallen miljarden te verdienen vallen, is het voor belanghebbenden al snel verleidelijk om de cijfers wat positiever bij te kleuren en is het doorgaans niet onverstandig om wat extra alert te zijn. De ervaring met farmaceuten geeft eveneens alle reden hiertoe: zij zijn er niet vies van om de volledige trukendoos open te trekken om hun winsten te maximaliseren- iedere arts kent de beïnvloedingstrucs waarvan medicijnfabrikanten zich op grote schaal bedienen. Ziehier het eerste dilemma: wist ik wel zeker dat ik mijn patiënten niet zou schaden door hen dit vaccin in te spuiten? En als dat niet zeker is, is er dan een dusdanig groot en onomstotelijk voordeel voor de patiënt dat dit risico gerechtvaardigd is? En dan nog: als dat voordeel er al is, is het dan aan mij om die afweging te maken? Mijns inziens moet de patiënt ook in de gelegenheid worden gesteld om zich daar een mening over te vormen.

Voor mij waren de antwoorden duidelijk: dat ik met het vaccin geen schade doe staat allerm minst vast, het voordeel is onzeker en per individu zeer verschillend; de afweging is dan ook een persoonlijke en wie de patiënt serieus neemt licht hem of haar eerlijk en volledig in. En op dat laatste punt laat de overheid haar burgers grondig in de steek. Dat alles vormde mijn dilemma, een groot gewetensprobleem dat me letterlijk wakker hield. Het werd verergerd door de rush naar het vaccin, waarin nauwelijks ruimte was voor reflectie op wat wij eigenlijk aan het doen zijn en kritische geluiden genegeerd werden.

Er kwam nog een andere dimensie bij dan alleen deze medische. Ik vind namelijk dat de medicus ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft en deze niet mag ontlopen, zeker niet als het zaken betreft die direct of indirect de geestelijke of lichamelijke gezondheid van de bevolking bedreigen. En hier ontstond mijn tweede dilemma. Want ik zag dat in het kader van de bestrijding van het coronaprobleem er steeds meer politieke maatregelen werden genomen die zeer ingrijpende gevolgen hadden voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de bevolking. Het begon natuurlijk met het sluiten van ondernemingen. Ondernemers in horeca, cultuur en zogenaamde niet essentiële branches werden geacht min of meer per direct de stekker uit hun bedrijf te trekken. Dit had een enorme impact op de geestelijke gezondheid van velen.

Tegen medische en juridische adviezen in werd een bizarre en medisch gezien zinloze mondkapjesplicht ingevoerd, die vooral tot gevolg had dat de angst gevoed werd. De regering diende een gedrocht van een spoedwet in, die controle-instanties een soort vrijbrief gaf om achter de voordeur te controleren hoeveel mensen er in huis waren. Een wet waarmee de volksvertegenwoordiging, nota bene de stem van het volk, buitenspel gezet kon worden en die naar believen verlengd kon worden. Ze is weliswaar wat geamendeerd en aangepast, maar het feit dat men

het waagde om zo ver te gaan was een enorme wake up call. Hier zag ik een fundamentele aantasting van de vrijheid, de medezeggenschap en de democratie, en ik schrok van het gemak waarmee de kamer zich buitenspel liet zetten. Dat kon gebeuren omdat de bevolking inmiddels massaal angstig was gemaakt door berichtgeving vanuit de overheid en de media - die inmiddels meer op sensatie dan op waarheidsvinding gericht waren. De hoofdredacteur van de Volkskrant zwoer een kritische benadering af, verkocht zijn journalistenziel en verlaagde zich in een interview tot het niveau van een staatskrant.

Vrijheid, inclusiviteit, respect voor de ander en bescherming van de zwakkeren zijn mijn leven lang leidende motieven voor mijn handelen geweest - en wat ik hier zag gebeuren raakte de kern van alles waarvoor ik wil staan. Het tweede deel van mijn dilemma was dan ook dat ik niet langer kon volstaan met de comfortabele neutrale houding die wij als arts vaak innemen onder verwijzing naar het feit dat wij geen stelling mogen nemen. Neutraliteit was nu voor mij geen optie meer, we móeten juist stelling nemen in het belang van onze patiënten. Nu was het tijd om kleur te bekennen, verantwoordelijkheid te nemen en me uit te spreken. Ik realiseerde mij dat wij in ons centrum wellicht gevraagd zouden worden om duizenden mensen te gaan vaccineren en had er grote twijfels maar ook oprechte zorgen over of wij hiermee wel conform onze eed handelden. Verder viel mij op dat dit onderwerp niet een keer op de agenda van de huisartsenvergadering was geagendeerd. Ik drong er dus op aan om dat alsnog te doen. Na enkele verzoeken daartoe is er voorgesteld dat ik een discussie avond over dit onderwerp zou organiseren. Doel was met name om mijn zorgen te delen. In deze sessie deed ik dat middels een powerpoint presentatie (zie hieronder) de informatie waarop mijn twijfels en zorgen gebaseerd waren.

Onderstaand de tekst van de PP presentatie voor een groep huisartsen in december 2020.

Houden wij onze patiënten voor het lapje? Enkele discussiepunten van en voor zorg

- Maatregelen die niet effectief zijn maar daarnaast mogelijk nadelen hebben zijn strijdig met onze eed en mogen wij als niet opleggen aan onze patiënten.
- Patiënten hebben recht op eerlijke voorlichting over bekende en onbekende voor- en nadelen van het vaccin.
- Wie vaccins toedient of laat toedienen is mede verantwoordelijk voor het bieden van die voorlichting.

1. De mondkapjes: is de verplichting zinvol en gewenst?

Literatuur:

“De kans om Covid-19 te vangen vanuit een voorbijgaande interactie in de openbare ruimte is minimaal. In veel gevallen is het verlangen naar wijdverbreide masker een reflexieve reactie op angst voor de pandemie.”

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp2006372>

OMT in advies aan regering:

“het OMT concludeert... dat er op basis van de huidige stand van de wetenschap geen steun is voor algemeen gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte.”

“30.000 tot ruim 1.000.000 personen moeten één week lang een chirurgisch (!) mondneuskapje gebruiken om bij één persoon een besmetting met COVID-19 te voorkómen. Dat betrof een conservatieve schatting. “

Advies Orde van Advocaten op verzoek van het ministerie van Justitie over de mondkapjesverplichting:

“Een inperking van grondrechten in een democratische samenleving ...kan alleen plaatsvinden indien dit noodzakelijk en evenredig is. De NOvA is van mening dat de noodzaak noch uit het voorstel noch uit de huidige toelichting daarop is gebleken”.

Het advies is genegeerd.

We zijn niet wettelijk verplicht om van patiënten een mondkapjesplicht op te leggen binnen ons centrum. Regeling aanvullende mondkapjesverplichtingen COVID-19 november 2020: *'Artikel 2a.7 De verplichtingen gelden niet voor personen in zorglocaties'*

Stelling:

- het verplichten van mondkapjes is juridisch discutabel en medisch niet zinvol;
- mondkapjes versterken angst;
- met de suggestie dat mondkapjes bescherming bieden worden mensen misleid
- **en wij doen daaraan mee!**

Kiezen we voor eerlijkheid of houden we onze patiënten letterlijk voor het lapje?

2. De PCR test: is zij betrouwbaar?

Door uitbreiding in testbeleid meer positieve tests. Mogelijk worden ook intrinsieke eigenschappen van de test gemodificeerd?

Positieve test betekent nog niet dat iemand besmettelijk is:

"Het is mogelijk dat er nog meerdere weken na de infectie stukjes virus in de keel aanwezig blijven, zonder dat er nog besmettelijke virusdeeltjes zijn."

Uniek maar niet onderbouwd noch bevraagd is het feit dat we plots ons principe van klinische blik verlaten. De correlatie met klachten wordt volledig losgelaten.

"Er is een manier waarop we allemaal helpen het aantal fout-positieve uitslagen terug te dringen, zegt het RIVM: door alleen met klachten naar de teststraat te gaan."

Commentaar in The Lancet (december 2020):

"Steeds meer asymptomatische personen worden getest. Dit heeft grote invloed op een belangrijke parameter, de voorspellende waarde. Elk diagnostisch testresultaat moet immers worden geïnterpreteerd in de context van de pre-test kans op ziekte. De voorspelbaarheid komt door dit beleid in het geding. Samenvattend: vals-positieve swabtest resultaten worden steeds waarschijnlijker met aanzienlijk gevolgen voor het persoonlijk welzijn, het gezondheidssysteem en aanzienlijke maatschappelijke consequenties."

Wie stopt met nadenken kan tot opmerkelijke conclusies komen:

Stel we hebben een test met een specificiteit van 99.5 %. Testen we een miljoen mensen hiermee, dan zijn er dus 5000 vals positief. Neem nu een zwangerschapstest met deze hoge betrouwbaarheid. Je test 1 miljoen mannen en laat je klinische blik los. Dan zijn er volgens de test dus 5000 mannen zwanger. Dit is vergelijkbaar met wat er nu gebeurt. Analoog aan de huidige situatie zouden we op basis hiervan de anticonceptiepil voor mannen verplicht gaan stellen. Door meer testen neemt het aantal positieve PCR testen toe door meer testen. Momenteel neemt het aantal ziekenhuisopnames af. Toch worden de maatregelen strenger.

3. Het virus: is het gevaarlijk?

Cijfers WHO (peer reviewed, oktober 2020)

De Infection Fatality Ratio IFR = 0,23% gemiddeld over alle leeftijden. Dat wil zeggen 23 op 10.0000. Voor mensen onder de 70 jaar bedraagt de IFR 0,05%. Dat wil zeggen 5 op 10.0000.

4. Het vaccin: is het veilig?

Productinformatie Pfizer bevatte aanvankelijk deze tekst:

"Er zijn geen of beperkte data over effecten van het vaccin op zwangerschap. Proefdierstudies zijn nog niet klaar."

Bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd moet zwangerschap worden uitgesloten voorafgaand aan de

vaccinatie. Bovendien moet zwangerschap gedurende minimaal 2 maanden na vaccinatie worden vermeden.”

Deze laatste informatie is plots verdwenen. Er wordt nu gesteld dat er geen aanwijzingen zijn voor schadelijkheid bij zwangerschap. Maar als daar geen data over zijn, zijn die aanwijzingen er per definitie ook niet.

Minister de Jonge (brief aan de Tweede Kamer)

“Het feit dat gebruik gemaakt wordt van een technologie waarmee nog geen geregistreerde vaccins gemaakt zijn is een risico” (Kamerbrief met kenmerk 1779693-214027-IZ).

5. Het vaccin: is het effectief?

Doshi in BMJ:

“Will covid-19 vaccines save lives? Current trials aren’t designed to tell us.”

De aantallen zijn te klein, de follow up te kort en kwetsbare groepen zijn ondervertegenwoordigd.

Briefing document Pfizer COVID-19 vaccin:

- In de doelgroep waren 75 patiënten met 4,3% sterk ondervertegenwoordigd (5.2.5 table 4)
- Eindpunt is bescherming tegen COVID 19 infectie (5.2.5. Vaccine efficacy). Dat kan dus ook een snotneus zijn.

Beter zijn ziekenhuis- of IC opname en sterfte als eindpunt. Je vaccineert immers niet miljoenen mensen en zet een economie niet op slot om een verkoudheid te voorkomen.

Effectiviteitsonderzoek Pfizer

Definitie van een infectie in dit onderzoek was:

1. een positieve PCR test met bovendien van de volgende symptomen:
2. (toename van) hoest of dyspnoe, nieuw ontstane spierpijn, keelpijn, verkoudheid of verlies van smaak e/o reuk.

Kortom: als je een paar dagen keelpijn of verkoudheid voorkomen hebt, telt dit als een bewijs van effectiviteit van het vaccin. Maar is dat ons doel? Of is ons doel het voorkomen van ziekenhuisopnames, van IC opnames of sterfte? Dat zouden vermoedelijk de eindpunten moeten zijn waarop je stuurt. Wederom het BMJ. Op basis van dezelfde cijfers die Pfizer gebruikt. Om 1 ziektegeval te voorkomen zijn 256 vaccinaties nodig. Huidige gemiddelde sterftepercentage is 0.23% (<1 op 400). Dit betekent dat dat je meer dan 110.000 gezonde mensen moet blootstellen aan een relatief onbekend vaccin om 1 sterfgeval te voorkomen, in de meeste gevallen een 80+ patiënt met comorbiditeit. De overige 109.999 staan vooral bloot aan risico's die nog niet goed bekend zijn.

6. Het vaccin: is het veilig?

Grootschalig gebruik van mRNA vaccins is uniek. Testperiode beslaat enkele maanden. Per definitie dus geen lange termijn effecten bekend. Jonge vrouwen mogen minimaal 2 maanden niet zwanger worden. Zwangerschap dient voor vaccinatie te worden uitgesloten. Het effect op vruchtbaarheid is niet bekend. Dierstudies zijn niet afgerond. Gezondheidsschade is voor rekening van de patiënt, financiële compensatie is afgewenteld op de overheid. De enige die geen risico loopt is de farmaceut. *Laten wij ons voor deze kar spannen?*

7. Het vaccin: is het vrijwillig?

- er wordt gestart met zorgmedewerkers. Dit zijn relatief vaak jonge vrouwen. Cave punt 6, de veiligheid!
- de druk wordt opgevoerd. Er wordt op schuldgevoel gespeeld

- sociale isolatie wordt overwogen: vliegereizen, restaurantbezoek, festivalbezoek
- zorgmedewerkers krijgen extra vrije dagen of geld om zich te laten vaccineren (!)

Na 36 jaar lijkt de Newspeak terug: formeel vrijwillig, maar in de praktijk niet!

Dit alles overziend zou ik een debat willen over de volgende vraag: **Houden wij ons aan onze eed en aan het het primum non nocere?**

Wat vinden wij van een vaccin

- dat nog maar enkele maanden bestaat
- dus relatief onbekend is qua directe effecten op het afweersysteem en andere functies
- met bovendien volstrekt onbekende lange termijn effecten
- waarvan de enige bekende studie exclusief is opgezet, gefinancierd, uitgevoerd, geëvalueerd door de fabrikant (!)
- waarvan gerenommeerde auteurs vragen stellen bij veiligheid en effectiviteit
- waarbij indirecte sancties worden ingesteld als mensen het niet willen en er dus in veel gevallen sprake is van schijnvrijwilligheid

Onze patiënten vertrouwen op ons.

Doen we wat het best is voor de patiënt of worden we gebruikt om te doen wat het best is voor de fabrikant?

[EINDE PRESENTATIE]

Informatievoorziening en rol artsen

Het viel mij op in de berichtgeving vanuit de beroepsorganisaties dat er vanaf het begin allerlei praktische richtlijnen werden gegeven die vooral gericht waren op het organiseren van de vaccinaties: hoe kun je de doelgroep uit je ICT systeem filteren, waar vaccineer je, hoe richt je de plaats van handeling in, hoe nodig je patiënten uit. Daaraan hoort naar mijn mening een vraag vooraf te gaan: moeten we eigenlijk wel vaccineren? Zo ja, moeten we dat nu al doen? Hoe zeker weten we dat wat we doen met onze patiënten op korte en lange termijn veilig is? En zijn er alternatieven voor vaccineren? Al die vragen zouden eerst beantwoord moeten worden alvorens je over de invulling en organisatie gaat praten, maar die basisvragen worden structureel overgeslagen. Ik heb daarover een brief gestuurd naar het Nederlands Huisartsen Genootschap. Hierin heb ik onder andere bovengenoemde vragen gesteld. Ik heb ook gevraagd naar haar standpunt inzake dwang en drang, omdat ik merk dat veel mensen die twijfelen, veel druk ervaren om zich toch te laten vaccineren. Het NHG antwoordde dat vaccinatie vrijwillig is en dat dit wat het NHG betreft ook zo moet blijven. Tevens stelde men dat uit onderzoek is gebleken dat de vaccins werkzaam zijn, maar dat hun *effectiviteit*, dat wil zeggen de vermindering van de ziektelast in de populatie en vermindering van de sterfte door COVID-19, onbekend is en pas na invoering van een vaccinatieprogramma kan worden bepaald. Samengevat komt het er op neer: we krijgen adviezen over de logistiek en organisatie, maar de vraag naar de effectiviteit, de vraag of we met het vaccin bereiken wat er beoogd wordt (en of dit de juiste weg is) wordt niet beantwoord - of men weet het niet. De (grotendeels gezonde!) bevolking moet zich eerst laten vaccineren, en dan bepalen we achteraf of het effectief was. De fase 3 trial loopt nog, maar fase 4, de postmarketing trial is al gestart. Ik heb echter niet de indruk dat dit laatste ook de boodschap is die het publiek krijgt. Wat opvalt is dat er binnen de beroepsgroep weinig over de maatregelen en vaccinaties werd gesproken. Als er al over gesproken werd, dan wat het toch vaak met een soort gevoel van consensus met de onderliggende toon 'wij dokters zijn het eens'. Binnen de doorgaans wat behoudend ingestelde medische wereld worden kritische geluiden vaak als ongemakkelijk ervaren. Het is dan ook aanzienlijk comfortabeler om zich niet te veel af te vragen en de gangbare opvatting te volgen. Liefst sluit men de gelederen en worden critici ingekapseld. Binnen mijn eigen groep valt dat gelukkig mee, maar dat komt ook omdat men elkaar persoonlijk kent en waardeert ondanks uiteenlopende opvattingen. Van collega's in ziekenhuizen hoor ik andere geluiden.

Op mijn posts op linked in wordt vaak via persoonlijke berichten gereageerd door collega's die mijn zorgen delen, maar hiervoor niet uit kunnen of durven komen. Dat begrijp ik ook goed. De medische wereld is behoudend en in de kliniek nog vrij hiërarchisch, er wordt een vergaande aanpassing verwacht waarbij kritische geluiden van binnen uit al snel als niet loyaal of bedreigend worden ervaren. Als je het waagt om af te wijken van de gangbare opinie wordt het je vaak bepaald niet gemakkelijk gemaakt. Voor artsen die nog niet gebeiteld zitten in hun loopbaan is het helemaal hachelijk en wie in opleiding tot specialist is of hoopt te komen denkt helemaal wel tien keer na alvorens zich kritisch te uiten, want het kan je daarna echt heel lastig gemaakt worden. Dat is ontzettend jammer, want binnen en buiten de geneeskunde zijn kritische denkers die niet zomaar klakkeloos met de gangbare denkwijze meegaan vaak de stuwende krachten achter innovatieve ideeën en vooruitgang. Ik denk dat er zoveel onduidelijk is en dat de medische en maatschappelijke schade van de maatregelen dusdanig groot is, dat we hierover als artsen niet langer mogen zwijgen. Bij goede zorg voor patiënten hoort absoluut ook dat je als beroepsgroep voor die patiënten op komt, ook buiten de spreekkamer en ook als dat oncomfortabel is of weerstand geeft. Artsen mogen zich niet langer verschuilen in de veiligheid van de spreekkamer: we hebben wel degelijk ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Overigens ben ik van mening dat dat zeker ook geldt voor andere functionarissen die hier een centrale rol spelen en die hun verantwoordelijkheid veel meer zouden moeten nemen zoals journalisten, onderwijzend personeel en politiefunctionarissen.

Organisatie en logistiek

Verder kunnen we inmiddels vaststellen dat de organisatie en logistiek chaotisch verlopen. Eerst kregen we als huisarts een verzoek om namens het RIVM een uitnodiging te sturen naar alle 90+ patiënten. De uitnodigingen bevatte meerdere A4'tjes met onder andere een infographic, informatie over de logistiek, een aanmoediging om zo snel mogelijk een afspraak te maken en dergelijke. Deze uitnodigingen dienden verzonden te worden aan patiënten >90 jaar oud waarvan de huisarts inschatte dat zij mobiel genoeg waren om naar een GGD locatie te reizen. Wij ontvingen de uitnodigingen daags voordat de mensen geacht werden een afspraak te maken. Tijd voor reflectie was er derhalve niet hoewel het hier een zeer kwetsbare groep betrof die al die informatie vermoedelijk niet zomaar kon plaatsen en zich mogelijk hierdoor onder druk gezet voelde. Ondertussen circuleerden er in de media berichten uit onder andere Noorwegen en Duitsland over hoogbejaarde en fragiele patiënten die kort na de vaccinatie overleden. Een causaal verband is zeker in die groep niet meteen te leggen (hoewel je zou denken dat bij degenen met zeer korte levensverwachting geen vaccinatie plaatsvindt en het dus doorgaans om een onverwacht overlijden zal gaan). De eerste reacties waren dat ze overleden aan hun onderliggende aandoeningen. Gek genoeg werd er kort daarvoor precies omgekeerd geredeneerd als ouderen met COVID-19 overleden: dan waren de onderliggende aandoeningen juist *niet* de oorzaak, maar kwam het overlijden door het virus. Ik was van mening dat men heel goed moet onderzoeken wat hier gaande is en pas dan besluiten of we die kwetsbare ouderen wel moeten vaccineren. Eerst sloten we ze op en dat bleek een vergissing. Een tweede vergissing kunnen we ons niet veroorloven. Juist de kwetsbare mensen verdienen extra zorgvuldigheid. Als dit soort dingen gebeuren kun je die niet wegwuiven en dan overgaan tot de orde van de dag. Ik had er daarom moeite mee om 90+ patiënten uit te nodigen terwijl onderzoeken naar overlijden na vaccinatie in deze groep nog niet waren afgerond. Op de site van het Noorse RIVM (ik heb in Scandinavië gewerkt) zag ik dat men het advies had aangepast: men adviseerde dat de behandelend arts per patiënt een individuele afweging zou maken alvorens te besluiten om al dan niet te vaccineren. Ik besloot dat advies over te nemen en al mijn 90+ patiënten persoonlijk te benaderen. Samen met hen of met hun mantelzorger heb ik een individuele afweging gemaakt. Uitgangspunt was daarbij altijd de wens van de patiënt na het verstrekken van alle relevante informatie. Kort nadien kregen wij op een ochtend het verzoek om aantallen door te geven van patiënten die een WLZ indicatie hadden maar alsnog onder de zorg van de huisarts vallen, zoals patiënten in verzorgingshuizen en in kleinschalige woonverbanden. De getallen moesten nog diezelfde dag worden aangeleverd waarbij de aanvullende criteria voor iedereen onduidelijk waren. Weer even later bleek dat de GGD mensen van 85-89 jaar ging uitnodigen en kreeg ik telefoontjes van 90 jarigen die tussen wal en schip vielen: zij waren immers niet

meegenomen in de 90+ groep. Ook werd de praktijk overspoeld met patiënten die op de praktijk of aan huis geprikt wilden worden en die wilden weten wanneer wij hen konden vaccineren. Informatie hierover hebben wij tot op heden niet gekregen. Ook zijn er zorgen over de gevolgen van de leveringsproblemen. In Engeland is al besloten het interval tussen 2 vaccinaties fors op te rekken. Het vaccin is al marginaal onderzocht en als men het schema aanpast moeten we dus concluderen dat we in feite helemaal niet meer weten wat we aan het doen zijn en wat het effect is op werkzaamheid en effectiviteit. Verder maken wij ons als huisartsen zorgen over het feit dat elke patiënt na vaccinatie 15 minuten onder toezicht moeten blijven in verband met de kans op ernstige allergische reacties wat uiteraard haar eigen logistieke problemen met zich meebrengt. Dat geldt qua verwerkingscapaciteit (mensen staan dus niet binnen een minuut weer buiten zoals bij de influenzavaccinaties) qua ruimte (zodanig moet een patiënt in rust en privacy behandeld kunnen worden), maar ook wat betreft de beschikbaarheid van voldoende getraind personeel dat bij ernstige allergische reacties adequaat kan ingrijpen, een infuusnaald kan inbrengen, de juiste medicatie kan toedienen. Dat betekent de voortdurende aanwezigheid van 1-2 artsen vereist zal zijn. De voor behandeling van complicaties benodigde materialen en medicamenten moeten daarnaast ook in voldoende mate voorradig zijn. Dit alles moet gebeuren naast de normale praktijkvoering: je moet ook beschikbaar zijn voor het geval een patiënt met spoed thuis bezocht moet worden. Een en ander is niet gemakkelijk georganiseerd als er enkele weken voor de start nog zoveel onzeker is.

Informatie aan publiek

De informatievoorziening van de overheid heeft in veel gevallen het karakter van een reclamecampagne waarbij uitspraken van m.n. onze minister van Volksgezondheid tenenkrommend en vaak apert onjuist zijn. Een uitspraak dat het vaccin 'uit en te na onderzocht is' kan niet anders dan misleidend genoemd worden: dat is gewoon onjuiste informatie. Het bagatelliseren van zeer invoelbare zorgen over de samenstelling van het vaccin met een verwijzing naar een frikandel getuigt van een totaal gebrek aan invoelend vermogen; met een dergelijke opmerking geeft de minister er blijk van de zorgen van mensen absoluut niet serieus te nemen. Ik merk dat er veel vragen zijn bij patiënten. Veel vragen gaan over de veiligheid. Er zijn erg veel mensen die onzeker zijn of ze het vaccin nu al durven te nemen. Veel mensen zien ook wel dat de openbare informatie erg eenzijdig is en vertrouwen hun eigen arts meer dan de overheid: 'hoe denkt mijn huisarts hierover?' is dan ook een veelgehoorde vraag. Daarnaast ervaren velen die nog in een afwegingsproces zitten druk vanuit hun omgeving. Men hoort vaak dat het asociaal zou zijn als men zich (nog) niet wil laten vaccineren, wat voor veel mensen een grote sociale druk geeft. Ook hoor ik dat men door de werkgever onder druk wordt gezet om het vaccin te nemen. Ook daarover komen veel vragen: kan dit verplicht worden of niet? In het verlengde hiervan komen ook vaak vragen over privacy voorbij. Krijgt mijn werkgever informatie of ik al dan niet gevaccineerd ben? Tot slot zijn er mensen die bang zijn voor de ziekte, die graag het vaccin willen en zich afvragen hoe lang ze moeten wachten op het vaccin en of zij gezien hun gezondheidstoestand voorrang krijgen. Ook die mensen verdienen het om gehoord te worden.

Rol van de overheid

Laat ik vooropstellen dat ik niet graag in de schoenen van politici zou staan. De dilemma's waarvoor men zich gesteld ziet en de internationale druk zijn bijzonder lastig. In het begin van een crisissituatie zijn fouten niet te vermijden. Ik denk dat we daar dan ook een heel hoge tolerantie mogen hebben voor beslissingen die achteraf niet optimaal bleken. Maar je moet bijsturen bij voortschrijdende kennis en inzicht - en daar ging het echt mis en blijft het op vele gebieden mis gaan. Het focus lag eenzijdig op het ontzien van de zorg en met name de IC afdelingen. Vanaf het begin was er maar één oplossing in beeld en dat was het vaccin. Alternatieve oplossingen zoals vroege behandeling, het betrekken van de huisarts, het inzetten van mobiele IC units zoals een compleet IC schip inclusief personeel zijn oplossingsrichtingen die gewoon werden genegeerd of meteen van de hand gewezen. Kritische geluiden zijn geweest, informatie was buitengewoon eenzijdig. In de voorlichting van de regering en van de meeste media zien we welgeteld twee of drie virologen, en dan ook nog steeds dezelfde. Maar virologen zijn geen vaccin-deskundigen, ze zien geen patiënten. Vervolgens zien we steeds dezelfde

intensivist, ongetwijfeld goed in zijn vak, maar hij begeeft zich inmiddels ver daarbuiten. Dit is geen viroloog en van vaccins hebben intensivisten doorgaans geen kaas gegeten. Immunologen, vaccinologen, psychologen, statistici, gedragskundigen en economen zien we niet in de media en zijn in het OMT niet of nauwelijks vertegenwoordigd. De informatie van de regering is gewoon geen eerlijke voorlichting maar een gestroomlijnde reclamecampagne die slechts één enkel doel dient: gij zult u laten vaccineren. Adviezen van deskundigen die niet in het eigen plan passen worden genegeerd. Het RIVM stelde volkomen terecht dat men een succespercentage van een groepsonderzoek niet mag vertalen naar het individu- maar die informatie wordt bij het publiek weggehouden en de overheid komt toch met die misleidende informatie naar buiten. Het RIVM adviseerde tegen een mondkapjesplicht - maar ze werden verplicht. De Gezondheidsraad adviseerde eerst de meest kwetsbaren te vaccineren en niet te beginnen met de gezonde bevolking - het advies werd in eerste instantie genegeerd en later om logistieke redenen alsnog omarmd. De WHO adviseert tegen een lockdown - maar ze werd ingevoerd, inmiddels meermalen verlengd en zelfs uitgebreid met een absurde maatregel als een avondklok.

Beroepsgroepen als artsen, journalisten, economen zouden hier hun verantwoordelijkheid moeten nemen en moeten opstaan. Maar het is oorverdovend stil.

Maar er is meer. Waar er jaarlijks 20.000 doden te wijten zijn aan roken, komen maatregelen hiertegen slechts traag en halfslachtig van de grond. Maar de corona maatregelen en het vaccin werden in no time uit de grond gestampt. In beide gevallen zaten belanghebbende multinationals aan tafel. Cynisch genoeg wordt het meest verdiend aan mensen die blijven roken en zo snel mogelijk een vaccin halen om het niet aan hun luchtwegen te krijgen.

Tot slot verwijt ik de politiek dat zij geen oog heeft voor de onvoorstelbare nevenschade van de maatregelen. Maatregelen waarvan is becijferd dat zij in de zorg alleen al 10x zoveel levensjaren kosten dan ze opleveren. Depressies, kindermishandeling en -misbruik, verloren onderwijs, faillissementen in vele branches, in de knop gebroken bedrijven, schade aan de ontwikkeling van jeugd, verwoesting van cultuur zijn slechts enkele van een lange lijst van effecten die niet in de grafieken terugkomen. Hier neem ik de regering haar kortzichtige kille houding bijzonder kwalijk. Als de maatregelen niet werken stelt men die niet ter discussie maar hebben 'de mensen' het gedaan. De parallel met de toeslagenaffaire dringt zich op: ook hier wees men naar 'de mensen' die fout waren, terwijl nu blijkt dat de overheid op ontstellende wijze structureel inhumain en zonder enige empathie opereerde. In de huidige crisis vertoont de regering wederom niet alleen een gebrek aan inleving maar ook weer een kolossaal gebrek aan zelfkritisch vermogen. Waar grondwettelijke rechten en democratie moeten wijken staan fundamentele principes van ons bestel ter discussie. Dit is buitengewoon gevaarlijk. Zeker, er is een probleem, maar de aard van de problematiek rechtvaardigt totaal niet de maatregelen en de totaal buitenproportionele prijs daarvan. Dus moeten we zelf nuchter nadenken, enerzijds zonder ons te verliezen in ongefundeerde complotgedachten, anderzijds zonder de ogen te sluiten voor wat er nog meer in de wereld gebeurt.

Samenvattend

COVID-19 is voor sommigen, iha een redelijk goed af te grenzen risicogroep, absoluut een rotvirus en ik ben niet tegen vaccineren - maar het moet wel bewezen zinnig en veilig zijn. De huidige maatregelen zijn buitenproportioneel en een deel mist onderbouwing, met nevenschade die aantoonbaar vele malen groter is dan de winst. De overheid dient eerlijke informatie geven en burgers serieus te nemen. Zij is er om onze vrijheid en democratie te beschermen in plaats van die af te breken.

Tot slot roep ik alle artsen vanuit mijn diepste overtuiging op om persoonlijk hun verantwoordelijkheid te nemen, de angst af te werpen en pal te staan voor de werkelijke belangen van hun patiënten door eerlijke voorlichting te geven en hun zelfbeschikking te respecteren. En anderen met relevante functies zouden naar analogie daarvan hetzelfde moeten doen.

Leiderdorp
6 februari 2021

Voorgelezen en ondertekend,

.....
Jan Vingerhoets

.....
Drs. Pieter Kuit

Bijlage 1: Referenties

- 1 73e OMT COVID-19, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2020/07/28/advies-73eomt-covid-19>
- 2 <https://www.advocatenorde.nl/juridische-databank/details/wetgevingsadviezen/1385930174447027674>
- 3 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/regelingen/2020/11/19/regeling-aanvullendemondkapjesverplichtingen-covid-19>
- 4 <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/testen>
- 5 Dagblad Trouw, 11 september 2020
- 6 <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930453-7>
- 7 <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/grafieken>
- 8 https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf
- 9 <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2020/11/16/kamerbrief-over-aankoop-covid-19-vaccins/kamerbrief-over-aankoop-covid-19-vaccins.pdf>
- 10 <https://doi.org/10.1136/bmj.m4037>
- 11 <https://embed.documentcloud.org/documents/20421171-vrbpac-121020-meeting-briefingdocument-fda/?embed=1>
- 12 <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4347/rr-4>
- 13 <https://www.gelderlander.nl/arnhem/extra-vrij-of-geld-voor-zorgpersoneel-dat-zich-wel-laativaccineren-tegen-corona-niet-bedreigen-of-chanteren~a1515951/>

Bijlage 2: Curriculum Vitae

Jan Vingerhoets

Geboortedatum: 19 oktober 1960

Burgerlijke staat: gehuwd

Privé adres:

Dorpsstraat 68

4634 TS Woensdrecht

Praktijkadres:

Medisch Centrum de Grebbe

Diepenbrocklaan 28

4614 BM Bergen op Zoom

0164-233490

Website praktijk: www.huisartsvingerhoets.nl

Algemene Opleiding

Gymnasium-β, RKSG Willem II te Tilburg

Opleiding geneeskunde KU Nijmegen, afgestudeerd 1986

Huisartsopleiding, Huisartsinstituut Nijmegen, registratie 1993

Overige opleidingen:

- Opleiding SCEN-arts 1997
- NHG Kaderopleiding Consulent Palliatieve zorg, afronding 2002
- Registratie als 'specialist in algemene geneeskunde' te Zweden, 2006.

Werkzaamheden:

Huidig:

2008-heden Vrijgevestigd huisarts te Bergen op Zoom

2019-heden Arts bij Expertisecentrum Euthanasie (voorheen Stichting Levensindekliniek)

Eerder:

1986-2005 Lid Medische onderzoeksgroep Amnesty International

1993-2005 Vestiging als huisarts te Hoogerheide

1997-2005 Werkzaam als SCEN-arts (consulent bij vragen omtrent euthanasie)

Praatstuk tbv BPOC Jan Vingerhoets, huisarts dd 06 februari 2021 – Pagina 17 van 18

2002-2003 NHG Kaderopleiding Consulent Palliatieve zorg (AMC Amsterdam)

2004-2005 Huisarts-groepsbegeleider Universitair Huisartseninstituut EMC te Rotterdam.

2005-2007 Huisarts en opleider in Hällefors en Trollhättan, Zweden

2010-2014 Aandachtsfunctionaris Kindermishandeling Huisartsenposten W-Brabant.

Publicaties:

- Scarring from Torture (CD-Rom met beschrijving medische gevolgen van marteling, opleidingsmateriaal voor artsen van Amnesty International), uitg. Amnesty International, 2002. Voor intern gebruik, niet commercieel verkrijgbaar.
- Kwaliteit in Zweden. Medisch Contact 61: 17, 2006, 696-8
- Een palliatief dilemma. Tijdschrift Pallium, februari 2007.
- Varför en holländsk läkare trivs i Sverige. Allmänmedicin, november 2006 (Zweedstalig)

