

Vandaag, de

tweeduizendtweintig,

Op verzoek van:

1. Stichting VIRUSWAARHEID.NL, gevestigd te Rotterdam,
2. WILLEM ENGEL, wonende te Rotterdam,
3. JEROEN SEBASTIAAN POLS, wonende te Vogelenzang

allen voor deze zaak woonplaats kiezen op het kantoor van Lexion Advocaten te 4811 VC Breda aan de Nieuwe Prinsenkade 10, van welk kantoor de advocaat mr. G.C.L. van de Corput, voor deze zaak tot advocaat wordt gesteld,

heb ik,

#### **KRACHTENS DE DAARTOE VERSTREKTE LAST VAN DE VOORZIENINGENRECHTER IN KORT GEDING GEDAGVAARD**

**DE OPENBARE RECHTSPERSOON DE STAAT DER NEDERLANDEN**, in het bijzonder het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Rechtsbestel Afdeling Rechtspraak & Geschiloplossing, waarvan de zetel is gevestigd te "s-Gravenhage, ex artikel 48 Rv. mijn exploit doende aan het parket van de Procureur-Generaal bij de Hoge Raad der Nederlanden gevestigd te 2514 CV Den Haag aan de Kazernestraat 52 en afschrift dezes latende aan:

#### **OM:**

Op XXXX november tweeduizendtweintig, des ochtend te XX.00 uur, in persoon of vertegenwoordigd door een advocaat, te verschijnen in kort geding ten overstaan van de Voorzieningenrechter bij de Rechtbank Den Haag, locatie Den Haag aan het adres Prins Clauslaan 60;

#### **AANZEGGINGEN**

Daarbij heb ik gedaagde het volgende aangezegd:

- a. indien een gedaagde niet in persoon en evenmin vertegenwoordigd door een advocaat op de terechtzitting verschijnt en de voorgeschreven termijnen en formaliteiten in acht zijn genomen, de rechter verstek tegen die gedaagde zal verlenen en de hierna omschreven vordering zal toewijzen, tenzij deze hem of haar onrechtmatig of ongegrond voorkomt;

- b. indien ten minste één van de gedaagden in persoon of bij advocaat ter terechtzitting is verschenen, tussen alle partijen één vonnis zal worden gewezen, dat als één vonnis op tegenspraak wordt beschouwd;
- c. bij verschijning in het geding van ieder van de gedaagden een griffierecht zal worden geheven, te voldoen binnen vier weken te rekenen vanaf het tijdstip van verschijning;
- d. de hoogte van de griffierechten is vermeld in de meest recente bijlage behorend bij de Wet griffierechten burgerlijke zaken, die onder meer is te vinden op de website: [www.kbvg.nl/griffierechtentabel](http://www.kbvg.nl/griffierechtentabel);
- e. van een persoon die onvermogen is, een bij of krachtens de wet vastgesteld griffierecht voor onvermogenen wordt geheven, indien hij/zij op het tijdstip waarop het griffierecht wordt geheven heeft overgelegd:
- f. Gedaagde partij wordt verzocht uiterlijk twee werkdagen voor de zitting bij voorkeur per e-mail ([akg.rb.den.haag@rechtspraak.nl](mailto:akg.rb.den.haag@rechtspraak.nl)) een conclusie van antwoord te zenden. Partijen hebben in eerste termijn een spreektijd van twintig minuten.
  - 1) een afschrift van het besluit tot toevoeging, bedoeld in artikel 29 van de Wet op de rechtsbijstand, of indien dit niet mogelijk is ten gevolge van omstandigheden die redelijkerwijs niet aan hem/haar zijn toe te rekenen, een afschrift van de aanvraag, bedoeld in artikel 24, tweede lid van de Wet op de rechtsbijstand, dan wel,
  - 2) een verklaring van het bestuur van de raad voor rechtsbijstand, bedoeld in artikel 7, derde lid, onderdeel 3, van de Wet op de rechtsbijstand, waaruit blijkt dat zijn/haar inkomen niet meer bedraagt dan de inkomens bedoeld in de algemene maatregel van bestuur krachtens artikel 35, tweede lid, van die wet.
- f. van gedaagden die bij dezelfde advocaat verschijnen en gelijklopende conclusies nemen of gelijklopend verweer voeren, op basis van artikel 15 van de Wet griffierechten burgerlijke zaken slechts eenmaal een gezamenlijk griffierecht wordt geheven.

## Inhoud

1.	Inleiding.....	4
2.	De SARS-Cov-2 PCR-test.....	4
3.	Beperkte CE-certificering van PCR-testkits.....	6
3.1.	Gebruiksbeperkingen fabrikanten .....	6
3.2.	Onjuiste terminologie “besmetting”.....	7
4.	Positieve PCR-tests detecteren geen infectie of “besmetting” .....	8
4.1.	Algemeen .....	8
4.2.	Invloed Sensitiviteit en specificiteit op testresultaat .....	10
4.3.	De noodzaak van een voorafgaande risico-inschatting: invloed prevalentie virus.....	11
4.4.	Invloed ondeugdelijke testafnameprocedure op testuitslag .....	12
4.5.	CDC en WHO: Test sluit andere oorzaken niet uit en bewijzen geen “besmettelijkheid” .....	13
4.6.	Validatie en ringonderzoek.....	14
4.7.	Conclusie.....	15
5.	De positieve PCR-testen als basis voor het maatregelenbeleid .....	16
6.	Misleidende en onvolledige overheidscommunicatie .....	21
6.1.	Richtlijnen overheidscommunicatie .....	21
6.2.	Aanbevelingen WODC-onderzoek “Mexicaanse Griep in Nederland” .....	22
6.3.	Positieve testresultaten .....	23
6.4.	Relativerende informatie .....	23
6.5.	Ziekenhuis- en IC-opnames .....	24
6.6.	COVID-19-doden.....	24
6.7.	Paniekcommunicatie .....	25
7.	Verweer .....	25
8.	Conclusie.....	26
9.	Grondslag vordering.....	27
10.	Bevoegdheid .....	28
11.	Ontvankelijkheid eisers .....	28
12.	Spoedeisend belang.....	29
13.	Bewijsaanbod .....	29

## 1. Inleiding

1. Nederland staat sinds half maart volledig in het teken van het overheidsbeleid ter bestrijding van het SARS-Cov-2-virus. De bevolking ondergaat sindsdien ingrijpende maatregelen die regelmatig op- en afgeschaald worden om het virus te bestrijden. Het beleid vormt een niet eerder vertoonde inperking van grondrechten met een enorme maatschappelijke, sociale en economische schade tot gevolg.
2. Het beleid stoelt op een omvangrijke testcampagne met de PCR-techniek. De beleidsmakers gebruiken de dagelijkse aantallen positieve testresultaten als graadmeter voor de stand van de epidemie. In de communicatie naar de bevolking worden de dagelijkse getallen zonder context gecommuniceerd als besmettingen, gevallen en soms zelfs als patiënten.
3. De combinatie van aantallen positieve tests en de gebrekkige informatieverstrekking aan het publiek, waardoor het niet mogelijk is een rationeel oordeel te vormen over het gevoerde beleid, veroorzaakt een sfeer van voortdurende paniek.
4. Deze handelwijze is in twee opzichten onrechtmatig. Enerzijds wordt aan de PCR-test eigenschappen toegedicht die deze niet bezit. Het beleid is daarmee op drijfzand gebaseerd. Anderzijds voldoet de aan de bevolking gecommuniceerde informatie niet aan de minimale eisen waaraan overheidscommunicatie dient te voldoen.
5. Hierna zal eerst toegelicht worden dat de inzet van de PCR-test in de omvangrijke testcampagne strijdig is met het toegelaten gebruik en de praktische gebruiksbeperkingen. Daarna zal blijken dat communicatie vanuit de overheid niet voldoet aan de eisen die daaraan moeten worden gesteld. Deze is als misleidend te beschouwen. Eisers vorderen daarom een veroordeling tot beëindiging van het met de CE-certificering en gebruiksaanwijzingen inzet van de PCR-test en tot het aanpassen van het communicatiebeleid.

## 2. De SARS-CoV-2-virus PCR-test

6. De PCR-test, de real-time Polymerase Chain Reaction (PCR) technologie, werd in 1983 door Kary Mullis uitgevonden die daarvoor in 1993 de Nobelprijs voor Scheikunde ontving. Het is geen test doch een techniek om genetisch materiaal (DNA of RNA) te vermenigvuldigen tot een hoeveelheid waarmee vervolgonderzoek kan plaatsvinden.
7. Deze techniek wordt ingezet als voorbereiding voor vervolgonderzoek naar bijvoorbeeld kankercellen of bloedafwijkingen. Het gebruik als diagnostisch instrument om ziektes aan te tonen valt buiten het bereik van deze techniek. De uitvinder van deze techniek distantieerde zich nadrukkelijk van het oneigenlijke gebruik van de PCR-techniek om klinische diagnoses te stellen: "*With PCR you can find almost anything in anybody*".
8. Alvorens met de PCR-test gewerkt kan worden, moet de target vastgesteld zijn. Hiervoor moet de precieze genetische samenstelling van het virus of een ander

pathogeen bepaald worden. Bij de voor het SARS-CoV-2-virus ontwikkelde PCR-testprotocol is dit nooit gebeurd.

9. De test werd op 1 januari 2020 binnen enkele uren samengesteld door onder meer Christian Drosten (Charité Berlijn) en OMT-lid Marion Koopmans (Erasmus Universiteit) door uit een databank een aantal genen te selecteren van “SARS-gerelateerde virussen”. Dit gebeurde op basis van vermoedens en aannames waarmee zij een digitaal ontworpen “schets” van het virus produceerden. Het SARS-Cov-2-virus werd tot op heden namelijk nog niet geïsoleerd.

#### **Productie 1: Corman-protocol 17 januari 2020**

10. De test detecteert daarmee genetisch materiaal dat mogelijk gelijkenis heeft met het SARS-Cov-2-virus. Hiermee werd het op 17 januari 2020 gepubliceerde Corman-protocol ontwikkeld. Dit gebeurde nog voordat er sprake was van een pandemie.
11. Olfert Landt, een van de auteurs van het protocol en directeur-eigenaar van de PCR-testkitproducent TIB Molbiol, bevestigde deze werkwijze in een interview met het Duitse medium TAZ:<sup>1</sup>

*“Warum TIB Molbiol erster war? Er arbeite mit vielen Virologen zusammen, sagt Landt. Sie **spekulierten** aufgrund der gemeldeten Krankheitssymptome früh auf ein Corona-Virus.“*

12. Het is onjuist om te spreken van “de coronatest”. Inmiddels zijn er tientallen producenten die deze testen aanbieden met ieder hun eigen SOP’s (Standard Operating Procedures). Er is geen sprake van een geüniformeerd en gestandaardiseerd werkproces waardoor de uitkomsten van de testen moeilijk met elkaar te vergelijken zijn.
13. Ook gebruiken deze testen verschillende soorten en aantallen targets (het onderscheidende DNA-materiaal). Dit betekent dat iemand die bij het ene laboratorium positief getest is met een andere test mogelijk een negatieve uitslag krijgt.
14. Los van de beperkingen van de PCR-techniek, die deze ongeschikt maakt voor het stellen van een diagnose, leidt het ontbreken van een standaard SOP en design bij de talrijke aanbieders tot een wildwestpraktijk waarin alleen al in Nederland dit jaar meer dan tweehonderd miljoen euro omgaat.
15. In de omvangrijke testcampagne, waarin op dit moment dagelijks tot 75 duizend testen plaatsvinden, wordt een positieve uitslag als een “besmetting” aangemerkt. Daarmee wordt de PCR-test ingezet als diagnostisch hulpmiddel.
16. Dit is in strijd met de door de fabrikanten opgegeven gebruiksbepalingen en het volgens de provisionele CE-certificering toegelaten gebruik. **Het toegelaten gebruik is beperkt tot onderzoeksdoeleinden.** Hierna volgt een toelichting op dit punt.

---

<sup>1</sup> <https://taz.de/Firma-im-Fieber-zustand/!5671487/>

### 3. Beperkte CE-certificering van PCR-testkits

17. Zonder CE-certificering mogen fabrikanten geen PCR-testkits op de markt brengen. Recentelijk (15/04/2020) publiceerde de Europese Commissie “Richtsnoeren betreffende diagnostische in-vitrotests voor COVID-19 en hun prestaties.” (kenmerk 2020/C 122 I/01). Volgens dit beleidsstuk is Richtlijn 98/79/EG betreffende medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek van toepassing op COVID-19-tests (Vanaf 26 mei 2022 vervangen door IVDR (EU) 2017/46) en is voorts bepaald dat:

*“Voor COVID-19-tests die voor gebruik door zorgverleners zijn bestemd, mag de CE-markering aangebracht worden op grond van een verklaring van de fabrikant dat aan de eisen van de richtlijn is voldaan (conformiteitsverklaring).”  
“voor de diagnose van COVID-19 bevelen de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) (3) en het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) momenteel RT-PCR-tests aan.”*

*“de Commissie, de lidstaten en de belanghebbenden moeten zich afvragen wat de kritieke aspecten van de prestaties van hulpmiddelen zijn die specifiek zijn voor COVID-19, waarop een gemeenschappelijke aanpak moet worden gebaseerd.”*

18. De Richtlijn 98/79 EG bepaalt dat in-vitro medische hulpmiddelen (= de testkits) legaal op “de markt” en in “de handel” mogen worden gebracht overeenkomstig de door de fabrikanten gestelde gebruiksdoeleinden, de zogenaamde *Intended Use*.
19. Uit de kwalitatieve product- en gebruiksomschrijving (Intended Use) van de verschillende fabrikanten, die zij conform de Richtlijn 98/79/EG moeten opstellen en die de grondslag vormt voor toepasselijke CE-certificering, blijkt dat alle momenteel op de markt gebrachte testkits uitsluitend zijn toegelaten en **bedoeld voor laboratoriumonderzoek aan humane luchtwegmonsters ter detectie van (genetisch materiaal van) een mogelijk pathogeen, in dit geval het SARS-CoV-2-virus.**
20. Deze Intended Use betreft dus uitsluitend de instrumentele detectie van (genetisch materiaal van) het SARS-CoV-2-virus en **niet** de medisch-diagnostische bepaling van Covid-19 als (vermeend) ziektebeeld.

### 4. Gebruiksbeperkingen fabrikanten

21. Fabrikanten – waaronder het op de Nederlandse markt sterk vertegenwoordigde Roche/TIB Molbiol – stellen de volgende gebruiksbeperkingen aan RT-PCR-Systemen voor DNA-Polymerase-analyse voor het SARS-CoV-2-virus:

- *Uitsluitend bedoeld voor onderzoeksdoeleinden (research use only);*

- *Uitsluitend geschikt voor analytisch gebruik in combinatie met de medische geschiedenis en conditie van de geteste persoon in kwestie en andere laboratoriumonderzoeken;*
- *Een positieve uitslag betekent niet zonder meer dat de persoon drager is van het virus en kan uitsluitend beschouwd worden als een indicatie voor ter zake betrokken medisch gekwalificeerd personeel;*
- *De test mag niet gebruikt worden als basis voor een klinische diagnose;*
- *Alleen uit te voeren door getraind professioneel personeel;*
- *De test dient uitgevoerd te worden in laboratoriumomstandigheden;*
- *De test kan geenszins uitsluiten dat andere pathogenen (mede) de oorzaak kunnen zijn van een positief testresultaat.*

## **Productie 2: Gebruiksaanwijzingen fabrikanten**

22. Aan een positieve of negatieve testuitslag mogen dus geen conclusies of consequenties worden verbonden. Het mag immers niet gebruikt worden als diagnostisch hulpmiddel. De massale testinspanningen zijn daarmee onverenigbaar met deze product- en gebruiksbependingen. Immers, een positieve testuitslag betekent in het huidige beleid zonder nadere medische diagnosestelling dat de geteste persoon “besmet” is of als COVID-19 patiënt wordt aangemerkt.
23. Voor het geval de staat het verweer voert dat het hier uitsluitend formele gebruiksbependingen betreft doch de test desondanks toepasbaar is, volgt hierna een onderbouwing van de technische bependingen van de PCR-techniek. Een positieve test betekent niet dat de betreffende persoon geïnfecteerd is. Omgekeerd sluit een negatief testresultaat geenszins een infectie uit. Eerst zal ingegaan worden op het onjuiste gebruik van de term “besmetting”.

## **5. Onjuiste terminologie “besmetting”**

24. Zowel het RIVM als de GGD’s, maar ook de overheid, spreken over “besmettingen” en niet over “infecties”. Deze termen zijn onverenigbaar met de Wet publieke gezondheid (Wpg). Een infectie is:

*“Het binnendringen en de ontwikkeling of vermenigvuldiging van een infectueus agens in het lichaam van mensen, waardoor een volksgezondheidsrisico kan ontstaan.”*

25. Een persoon kan volgens de Wpg namelijk niet *besmet* zijn. Die term is gereserveerd voor gebouwen, goederen en vervoersmiddelen:

*“De aanwezigheid van een vector, infectueus of giftig agens of infectueuze of giftige stof op of in een terrein, gebouw, goed of vervoermiddel, waardoor een volksgezondheidsrisico kan ontstaan.”*

26. Het gebruik van de term “besmetting” schept verwarring en heeft geen juridische betekenis. Onduidelijk is waarom voor deze afwijkende terminologie gekozen werd.

## **6. Positieve PCR-tests detecteren geen infectie of “besmetting”**

### **6.1. Algemeen**

27. De aanwezigheid van SARS-CoV-2-virusmateriaal toont niet automatisch een COVID-19-infectie aan. Wie materiaal bij zich draagt, is daarmee nog niet “besmet”. Zelfs niet als de tests goed uitgevoerd werd. Dit probleem staat los van de mogelijke valspositieven door fouten in het monsterafnametraject.

28. De PCR-test stelt alleen vast of SARS-CoV-2-genetisch materiaal gevonden is maar kan niet detecteren of het om *reproduceerbaar* virusmateriaal gaat en er dus sprake is van een ziekteverwekker noch een infectie. De test kan zelfs maanden na een infectie nog genetisch materiaal identificeren.

29. Om het pathogeen te detecteren, wordt het afgenomen materiaal vermenigvuldigd. Het signaal dat boven het achtergrondsignaal uitkomt en detecteerbaar wordt door de amplificatie noemt men de CT-waarde (*cycle threshold*). Ook hierin schuilt een belangrijke factor die de testuitkomst beïnvloedt. Over het algemeen beschouwt men een CT-waarde van rond de 30 als bovengrens. Zo schreef OMT-lid Mark Bonten in een artikel van 26 september 2020 in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde dat een positief testresultaat verkregen bij een CT-waarde boven de 35 onbetrouwbaar is. Ook Anthony Fauci, hoofd van de Amerikaanse CDC, verklaarde al op 16 juli dat alle resultaten met een CT-waarde van boven de 35 “just dead nucleotides. Period!”<sup>2</sup>

**Productie 3:** Artikel Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 26 september 2020

30. Het protocol “Diagnostic detection of 2019-nCov by real-time RT-PCR” – opgesteld door onder meer Christian Drosten van het Robert Koch Instituut (RKI) en Marion Koopmans – gaat echter uit van 45 cycles. Het Pasteur-instituut gaat zelfs tot 50 cycles. Ook in Nederland gebeurt dit. Zo verklaart arts-microbioloog Jean-Luc Murk van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in het NRC van 18 september (“De onzekerheden na een bezoek aan de coronateststraat”) dat zij tot 50 verdubbelingsrondes gaan om heel zwak-positieven op te pikken. **Hij erkent dat dit veel fout-positieve testuitslagen oplevert.**

**Productie 4:** Artikel NRC 18 september 2020

---

<sup>2</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=a\\_Vy6fgaBPE&feature=emb\\_logo&ab\\_channel=VincentRacaniello](https://www.youtube.com/watch?v=a_Vy6fgaBPE&feature=emb_logo&ab_channel=VincentRacaniello)



31. In de meeste gevallen verstrekken de laboratoria geen informatie over het aantal cycli waarop de tests zijn gebaseerd. De zo noodzakelijke standaardisering en uniformering van de testprocedure ontbreekt.
32. Met andere woorden: niemand weet hoeveel van degenen die positief testen daadwerkelijk zijn geïnfecteerd. Op basis van aantallen positieve testresultaten kunnen geen uitspraken gedaan worden over al dan niet toenemende aantallen "besmettingen" of "nieuwe besmettingen". Deze beweringen zijn per definitie misleidend.
33. Dit geldt ook voor de telling van sterfgevallen *met COVID-19*. Een persoon is een "patiënt" als hij of zij symptomen van een bepaalde ziekte vertoont en deze symptomen diagnostisch werden bevestigd. Een overlijden wordt op dit moment als COVID-19-sterfgeval geregistreerd indien de overledene voor of na overlijden positief getest werd. **Dit betekent nog niet dat de overledene een COVID-19-patiënt was.**
34. Evenmin toont de RT-PCR de "*viral load*" aan, de hoeveelheid virus. Louter de aanwezigheid van het virus aantonen volstaat niet voor het vaststellen van een infectie. Er moet heel veel aanwezig zijn in het lichaam om er ook inderdaad ziek van te worden. Deze test kan dat niet.
35. Het Duitse Robert Koch Instituut publiceerde eerder het onderzoeksrapport "*Coronavirus: Irreführung bei den Fallzahlen nun belegt*":

*"Es bedarf zudem eines sogenannten Goldstandards, das heißt einer von PCR unabhängigen Methode, um nachzuweisen, dass PCR das Richtige verstärkt. Das sind in der Regel serologische Tests, die allerdings bei Viren schwierig sind, da Viren teilweise schwer zu kultivieren und zu isolieren sind. Man ist deshalb in den letzten Jahren, auch mangels Alternativen, dazu übergegangen PCR zu seinem eigenen Goldstandard zu erklären.*

*Das ist äußerst fragwürdig. (...) **Ob man mit PCR etwas findet oder nicht hat nichts mit der Frage zu tun, ob die betreffende Spezies, zu der die untersuchte DNA gehört, ursächlich für die Krankheit ist.** (...)*

*Es gibt eine Vielzahl von viralen Erregern, die leichte oder schwere Atemwegserkrankungen hervorrufen können, zum Beispiel Grippeviren. Die müsste man in allen Fällen jeweils mit PCR nachweisen oder eben nicht, um sie auszuschließen. Jedoch, wenn man nur nach SARS-CoV-2 mit PCR schaut, wird man auch nur das finden oder eben SARS-CoV-2 zuordnen. Ob SARS-CoV-2 (ausschließlich) ursächlich für die Atemwegserkrankung ist, lässt sich damit nicht sagen."<sup>3</sup>*

---

<sup>3</sup> Coronavirus: Irreführung bei den Fallzahlen nun belegt, 28. März 2020, Schreier, Robert Koch-Institut, [www.rubikon.news/artikel/der-fluch-der-pcr-methode](https://www.rubikon.news/artikel/der-fluch-der-pcr-methode) en <https://multipolar-magazin.de/artikel/coronavirus-irrefuehrung-fallzahlen>

36. Hoe meer mensen “besmet” zijn en geen ziektelast ervaren, hoe meer dit wijst in de richting van groepsimmunitet. Dit is juist een positieve ontwikkeling. Het RIVM schrijft op haar website: “Hoe meer mensen immuun zijn voor een bepaalde ziekte, hoe kleiner de kans op verspreiding”. Bovendien weet iedere viroloog dat hoe meer asymptomatische gevallen er zijn, hoe minder gevaarlijk het pathogeen.

## **6.2. Invloed sensitiviteit en specificiteit op testresultaat**

37. Geen enkele test is honderd procent betrouwbaar. Daarom vraagt een testresultaat altijd een interpretatie in samenhang met de individuele gegevens. Jessica Watson *et al* schreven in het British Medical Journal (BMJ) een praktijknota voor hun collega's om de kans in te schatten dat iemand die positief testt ook daadwerkelijk geïnficeerd is en andersom.<sup>4</sup> De focus ligt hierbij op twee factoren.

38. RT-PCR-tests detecteren RNA-delen van een virus. Sensitiviteit en specificiteit zijn de belangrijkste parameters voor de betrouwbaarheid van de test zelf. Het RIVM geeft hierover geen duidelijke informatie. Sensitiviteit is de kans dat een virusdragend persoon positief wordt getest. Een test met een gevoeligheid van 98% identificeert 98 van de 100 infecties en mist er twee. Het nadeel van een zeer gevoelige test is dat het veel foutpositieve resultaten oplevert als de specificiteit niet groot genoeg is. Specificiteit is het percentage niet-geïnficeerde personen dat ook daadwerkelijk een negatieve testuitslag krijgt. Een specificiteit van 95% produceert een foutpositief resultaat bij 5 op de 100 niet-geïnficeerde mensen.

39. De vaak genoemde bijna honderdprocent sensitiviteit onder laboratoriumomstandigheden is in de praktijk niet haalbaar, alleen al door de onzekerheidsfactoren van de test zelf. Aldus detecteert elke test het virus alleen binnen een specifiek tijdvak van het infectieverloop.

40. Zo bevatte een uitstrijkje van de keel virusload tot de vierde en van sputum tot de achtste dag na aanvang van de eerste symptomen. Vals-negatieve resultaten kunnen het gevolg zijn van een fout bij de monsterafname of het transport. Bij patiënten met een redelijk vermoeden van een SARS-CoV-2-infectie, wordt daarom aanbevolen na een eerder negatieve uitkomst de test te herhalen.

41. Uit meerdere onderzoeken naar personen die negatief testten, bleek bij een herhaling dat het percentage initiële fout-negatieve resultaten tussen 2% en 29% lag.<sup>5</sup> Dit komt overeen met een "effectieve" sensitiviteit van de tests tussen 71% en 98%.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Watson J, Whiting PF, Brush JE: Practice Pointer: Interpreting a covid-19 test result. BMJ 2020; 369: m1808.

<sup>5</sup> Robert Koch-Institut: SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) (Stand: 29. Mai 2020); <http://daebl.de/QY17>.

<sup>6</sup> 4. Arevalo-Rodriguez I, Buitrago-Garcia D, Simancas-Racines D, et al.: False-negative results of initial RT-PCR assays for covid-19: a systematic review. medRxiv 2020 Apr 21; doi: 10.1101/2020.04.16.20066787.

42. Bij een lage sensitiviteit en gematigde specificiteit heeft een positieve PCR-test voor SARS-CoV-2 meer gewicht dan een negatief resultaat, benadrukken de auteurs in de BMJ. Omgekeerd mag bij een patiënt met verdachte symptomen nooit vertrouwd worden op een enkele negatieve testuitslag.

### **6.3. De noodzaak van een voorafgaande risico-inschatting: invloed prevalentie virus**

43. Artsen moeten voorafgaand aan de test een inschatting maken van de reële kans op de aanwezigheid van een infectie, uitgedrukt als een positieve of negatieve voorspellende waarde (dit geldt niet alleen voor COVID-19). De risico-inschatting is gebaseerd op de klinische beoordeling van de betreffende persoon en zijn of haar omgeving: is er contact geweest met geïnfecteerde personen of komt hij of zij uit een risicogebied? Zijn hun leeftijd, symptomen en bevindingen compatibel met COVID-19? Is er sprake van andere aandoeningen en kunnen andere diagnoses uitgesloten worden?

44. De prevalentie van de ziekte in de bevolking is hierbij van groot belang. Zo kan het risico hoger ingeschat worden in een verpleeghuis waar al meerdere infecties aangetroffen werden.

45. Om de grote invloed van de geschatte prevalentie op de voorspellende waarde te illustreren, worden de prevalenties van SARS-CoV-2-infecties van 3%, 20% en 80% vergeleken in het eerder genoemde BMJ-artikel: In die gevallen zouden er 30, 200 of 800 geïnfecteerde mensen per 1.000 zijn.

46. Jessica Watson *et al* schatten de sensitiviteit van de RT-PCR-test op 70% en de specificiteit op 95%. Bij een SARS-CoV-2-**prevalentie van 3%** (bijvoorbeeld bij een huisartsenpraktijk) worden 21 van de 30 personen terecht als positief geïdentificeerd. Bij 9 personen geeft de test echter een vals negatieve testuitslag: 921 van de 970 personen worden correct herkend als niet-geïnfecteerd. 49 krijgen echter een fout-positieve uitslag. De positieve voorspellende waarde wordt berekend als het quotiënt van het aantal personen dat correct positief testte (21) en de som van alle personen met een positief testresultaat. Deze is met 0,3 alarmerend laag. **70% Van de positief geteste personen heeft het virus helemaal niet, maar wordt wel samen met zijn omgeving met ingrijpende vrijheidsbeperkende maatregelen geconfronteerd.**

47. De negatieve voorspellende waarde als quotiënt van het aantal 921 mensen dat correct negatief testte en de som van alle mensen met een negatief testresultaat ( $921 + 9 = 930$ ) is 0,99, wat zeer goed is.

48. Bij een **prevalentie van 20%** (bijvoorbeeld een verpleeghuis) testen 140 van de 200 mensen correct positief en zijn 60 resultaten vals negatief. De test detecteert 760 van 800 mensen terecht als negatief en 40 als vals-positief. De positief voorspellende waarde ( $140/180$ ) is nu 0,78, dus de kans op een infectie is 2,5 keer hoger bij de veronderstelde prevalentie van 20% dan bij de lage prevalentie van 3%.

49. De negatieve voorspellende waarde ( $760/820$ ) is 0,93. **Maar liefst 7% van de negatieve testuitslagen is drager van het virus en kan dit verspreiden.**

50. Bij een **prevalentie van 80%** (bijvoorbeeld een isolatieafdeling) zijn 800 van de 1000 geteste personen geïnficeerd. Hiervan detecteert de test 560 en mist deze 240. Van de 200 niet-geïnficeerde personen krijgen 190 terecht een negatieve testuitslag. 10 personen krijgen een fout-positieve uitslag. De positief voorspellende waarde (560/570) bereikt een veilige 0,98, terwijl de negatief voorspellende waarde daalt naar 0,44. **56% van de personen die negatief testen, draagt wel het virus en kan deze verspreiden.**
51. Dit betekent dat in een populatie met een lage prevalentie, bijvoorbeeld 3% en uitgaande van een lage effectieve sensitiviteit van 70%, de positieve voorspellende waarde uiterst laag is. Een (fout)positieve uitslag heeft echter vergaande gevolgen op individueel niveau.
52. Het nemen van beleidsmaatregelen op basis van het aantal positieve testen in een situatie met een lage prevalentie, zoals in Nederland gebeurt, heeft enorme gevolgen voor de economie, het welzijn en gezondheid van de bevolking.
53. **Daarbij blijft een groot deel van de daadwerkelijk geïnficeerde personen onopgemerkt zodat aan het doel van grootschalig testen, namelijk de indamming van het virus, voorbijgeschoten wordt.** Het doorbreken van de infectieketen is daarmee onhaalbaar.
54. De wereldwijd gebruikte PCR-testen voor SARS-CoV-2 zijn niet allemaal (even) betrouwbaar, zelfs niet onder gedefinieerde laboratoriumomstandigheden. In een recente Amerikaanse studie werden negen PCR-tests uit de Verenigde Staten, China, Hongkong en Duitsland vergeleken.<sup>7</sup>
55. Er waren enorme verschillen in prestaties afhankelijk van de virale targets (RNA-secties die coderen voor omhullingsmateriaal, nucleocapsid, RNA-afhankelijk RNA-polymerase [RdRp] etc.) en de verdunningsgraad van de monsters. **De in Nederland veel gebruikte RdRp-SARSr-test wordt door de Amerikaanse auteurs onbetrouwbaar geacht voor kleine hoeveelheden virus.** Deze test gebruikt de E-Sarbeco, die enveloppengenen detecteert, als initiële screeningassay en de RdRp-SARSr als bevestigingstest.

#### **6.4. Invloed ondeugdelijke testafnameprocedure op testuitslag**

56. Een ander probleem is dat de door de fabrikanten voorgeschreven afnameprocedure niet gevolgd wordt. De sensitiviteit van de test is zo groot dat één molecuul de uitslag kan beïnvloeden.
57. In Nederland zijn teststraten ingericht waar ongeschoolde krachten door autoraampjes testen afnemen. Deze omstandigheden vergroten de

---

<sup>7</sup> Vogels CBF, Brito AF, Wyllie AL, et al.: Analytical sensitivity and efficiency comparisons of SARS-COV-2 qRT-PCR assays. medRxiv 2020 Apr 26; doi: 10.1101/2020.03.30.20048108.

onnauwkeurigheid van de testuitslagen omdat het risico op contaminatie van de afgenomen samples levensgroot is.

58. De fabrikant schrijft voor om de test af te nemen onder laboratoriumomstandigheden waarbij de kledingvoorschriften nauwkeurig gevolgd dienen te worden en in de afnameruimte zelfs geen vaccins gegeven mogen worden om de test niet te beïnvloeden. De testpraktijk zoals deze nu is ingericht, garandeert een verlaagde betrouwbaarheid van de PCR-test.

### 6.5. Test geen bewijs “besmettelijkheid”, andere oorzaken mogelijk (CDC, WHO)

59. Een positief testresultaat betekent niet dat het SARS-CoV-2-virus de oorzaak is van symptomen. Dit is de conclusie van het Amerikaanse CDC en de WHO:

*“Detection of viral RNA may not indicate the presence of infectious virus or that 2019-nCoV is the causative agent for clinical symptoms. [...] This test cannot rule out diseases caused by other bacterial or viral pathogens. Positive results are indicative of active infection with 2019-nCoV but do not rule out bacterial infection or co-infection with other viruses. The agent detected may not be the definite cause of disease.”<sup>8</sup>*

60. Prof. Derrick Crook en zijn team van Oxford University deden onderzoek naar deze “serological assays for SARS-CoV-2” die onbetrouwbaar blijken en “false positives” geven:

*“The performance of current LFIA devices is inadequate for most individual patient applications.”<sup>9</sup>*

61. Tenslotte bevestigt de WHO duidelijk dat de aanwezigheid van virusmateriaal niet betekent dat iemand ook “besmettelijk” is. Dit is van groot belang omdat de Wet publieke gezondheid (lex specialis) hoge letaliteit en besmettelijkheid vereist voordat maatregelen mogen worden ingesteld:<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> WHO, **Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance**: Laboratory testing for 2019-nCoV in humans; [www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/laboratory-guidance](http://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/laboratory-guidance). “Several assays that detect the 2019-nCoV have been and are currently under development, both in-house and commercially. Some assays may detect only the novel virus [COVID] and some may also detect other strains (e.g. SARS-CoV) that are genetically similar.” **WHO inhouse molecular assays**, [www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/whoinhouseassays.pdf?sfvrsn=de3a76aa\\_2](http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/whoinhouseassays.pdf?sfvrsn=de3a76aa_2), pag.9/2; “Serological surveys can aid investigation of an ongoing outbreak and retrospective assessment of the attack rate or extent of an outbreak. Cross reactivity to other coronaviruses can be challenging” [WHO-COVID-19-laboratory-2020.5-eng](https://www.who.int/publications/m/item/who-covid-19-laboratory-2020-5-eng); “Even though the majority of the developed assays showed high sensitivity and specificity, numerous studies reported on cross-reactive antibodies to antigens from wide-spread common cold associated CoVs. Zie ook Meyer, Drosten, **Serological assays for emerging coronaviruses: challenges and pitfalls**. Virus Res. 2014 Dec 19;194:175-83; [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24670324](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24670324).

<sup>9</sup> **Evaluation of antibody testing for SARS-CoV-2 using ELISA and lateral flow immunoassays**, British Medical Journal, Prof Derrick Crook en zijn team, Serological assays for SARS-CoV-2 Department of Microbiology, John Radcliffe Hospital, Oxford [www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.15.20066407v1.full.pdf](https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.15.20066407v1.full.pdf) en zie CDC study: [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-0841\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-0841_article).

<sup>10</sup> De Wet publieke gezondheid kent uitsluitend individuele maatregelen en geen algemene maatregelen

*“It is important to note that the detection of RNA in environmental samples based on PCR-based assays is not indicative of viable virus that could be transmissible.”<sup>11</sup>*

## **6.6. Validatie en ringonderzoek**

62. Het RIVM heeft naar eigen zeggen geen eigen onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid van de gebruikte PCR-testen. Dit bleek tijdens het kort geding tegen het RIVM (Rechtbank Utrecht 9 september 2020, C/161507259 1KG ZA 20/399):

*“De Staat heeft aangevoerd dat het RIVM niet beschikt over evaluatie- of validatierapporten met betrekking tot PCR-testen. Wel was het RIVM betrokken bij het validatieonderzoek naar de voor Nederland belangrijkste PCR-test. Het betreft een onderzoek dat is uitgevoerd door een groep van samenwerkende internationale wetenschappers. Dat onderzoek heeft geleid tot een publicatie die online beschikbaar is. Die publicatie geldt als validatierapport. Vervolgens zijn ook andere fabrikanten PCR-tests gaan ontwikkelen. Die fabrikanten voeren kwaliteitstests uit. Het RIVM heeft daar geen bemoeienis mee en beschikt dus ook niet over de kwaliteitsrapporten van die PCR-tests.”*

63. Dit is opmerkelijk. Het RIVM stelt dat het aantal fout-positieve uitslagen bijzonder klein is, maar kan dit niet onderbouwen. Het Cormanprotocol is geen validatieonderzoek.

64. De Deutsche Akkreditierungsstelle, vergelijkbaar met het Nederlandse Meetinstituut (NMI), publiceerde in april 2020 een zogenaamd “ringonderzoek” om de betrouwbaarheid van door verschillende fabrikanten aangeboden PCR-testen te onderzoeken.

65. In dit onderzoek zijn naast echte COVID-19-samples ook twee onschuldige coronavirussen en een placebo getest. Het resultaat is schokkend. Een van de onschuldige verkoudheidsvirussen testte zelfs in 7,6% van de gevallen positief voor COVID-19. De placebosamples gaven in 1,4% van de gevallen een positief testresultaat. De testkits waren afkomstig van verschillende fabrikanten. De betrouwbaarheid blijkt echter zeer variabel. De testkits van één fabrikant gaf zelfs tot 50% foutpositieve testresultaten.

66. Bovendien waren in dit onderzoek de CT-waardes beperkt tot maximaal 30. In Nederland wordt getest met een CT-waarde tot 45. Hierdoor stijgt het aantal foutpositieven aanzienlijk.

67. Het onderzoek onderstreept nog eens de problemen die als gevolg van oneigenlijke toepassing van de PCR-techniek ontstaan. Door het ontbreken van validatieonderzoeken is de onzekerheid nog groter. **Als PCR-testen ook op onschuldige**

---

<sup>11</sup> See [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331616/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Transmission\\_modes-2020.2-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331616/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.2-eng.pdf), Pag. 2.

**verkoudheidsvirussen positieve resultaten produceren, staat zelfs niet vast wat gemeten wordt.**

### **Productie 3: Onderzoek PCR-tests Deutsche Akkreditierungsstelle**

#### **6.7. Conclusie**

68. Uit het voorgaande volgt dat aan de uitkomsten van de PCR-test geen conclusies verbonden mogen en kunnen worden. Dit is ook de gevolgtrekking van drie wetenschappers, dr. ir. Carla Peeters, prof. dr. Wim van den Berghe en prof. dr. Mattias Desmet in de HP de Tijd van 27 september 2020, *“De coronatest is onbetrouwbaar en het testbeleid faalt* Zij roepen op het beleid drastisch te herzien: het ontbeert rationaliteit, is onrechtmatig en dient daarom onverwijld beëindigd te worden.

69. Deze conclusie past bij de uitspraken van prof. dr. Jaap van Dissel, directeur Centrum Infectieziektebestrijding RIVM en voorzitter van het OMT waarin hij herhaaldelijk wees op de gebreken en beperkingen van de PCR-test. Al op 4 februari zei hij in een briefing aan de Tweede Kamer” letterlijk:

*“Het is natuurlijk essentieel om een test te hebben die gevalideerd is en waarvan je **precies** weet wat je ermee kan in een situatie, als die positief of negatief is.”*

70. Tot op heden is van een dergelijk extern valideringsonderzoek niet gebleken. Voorts stelde hij in de technische briefing aan de Tweede Kamer van 22 september 2020 zonder voorbehoud dat:

*“Een positieve PCR-test betekent dat je genetisch materiaal aantoonst, maar niet per definitie dat je levend virus aantoonst, en dus ook niet per definitie dat je levend virus aantoonst waar iemand ziek van is.”*

71. Het is verbazingwekkend dat het RIVM deze wankelende testbasis nog verder verzwakt (Webversie 17 juli 2020):

*“Alles afwegende en geplaatst in het kader van tekorten bij moleculaire diagnostiek, lijkt het logisch om bij noodzaak **om over te gaan op slechts één target de E-gen PCR te kiezen**. De E-gen PCR is niet de meest discriminerende test omdat het alle SARS-like beta-coronavirussen target.”*

72. Deze gewijzigde testmethode vergroot de kans op fout-negatieve en/of fout-positieve uitslagen nog verder. Het is niet ondenkbeeldig dat de stijging van het aantal positieve testresultaten mede het gevolg is van deze wijziging.

73. Uit het hiervoor gestelde volgt dat niet alleen het diagnostisch gebruik in strijd is met de CE-toelating en gebruiksvoorschriften van de fabrikant. Ook de beperkte toepasbaarheid van de techniek vormt een obstakel. Het is evident dat de PCR-test geen basis is voor vergaande maatregelen en grondrechteninperkingen en de

overheid dus onrechtmatig handelt. Eisers hebben derhalve recht en belang beëindiging van deze testcampagne te vorderen.

## **7. De positieve PCR-testen als basis voor het maatregelenbeleid**

74. De PCR-testcampagne vormt de basis voor het coronabeleid. De beleidsmakers presenteren de aantallen positieve testen als “besmettingen”, gevallen en soms zelfs als patiënten, zonder daarbij enige context te verschaffen. Het kabinet verdedigt de beleidsbeslissingen met een beroep op de testuitslagen.
75. De directe samenhang tussen aantallen positieve testen en beleid blijkt uit de “Routekaart Coronamaatregelen”. In deze routekaart zijn vier risiconiveaus met daarbij behorende maatregelen beschreven. Aanscherping dan wel afzwakking van de maatregelen wordt gekoppeld aan de aantallen positieve tests per week per 100.000 inwoners.
76. Deze schaal loopt van >50 (Waakzaam) tot >250 (Zeer ernstig). Bij het hoogste niveau wordt nagenoeg de gehele samenleving stilgelegd. Opvallend is dat de laagste schaal geen optie biedt om naar een situatie zonder maatregelen terug te gaan. De samenleving blijft in een permanente crisissituatie.

### **Productie 4: Routekaart**

77. Deze directe koppeling tussen beleid en aantallen positieve testen volgt ook uit de persconferenties en persberichten van de ministers. Zo bevat het nieuwsbericht van 13 oktober 2020, waarin een “gedeeltelijke lockdown” afgekondigd wordt, de volgende zinsneden:

*“Het kabinet heeft vandaag besloten dat er strengere maatregelen nodig zijn die ervoor moeten zorgen dat het aantal besmettingen daalt.”*

*“Meer dan we zouden willen heeft de verscherping van de maatregelen impact op de samenleving en de economie. Maar deze stap is nu nodig zodat zich daarna een nieuw perspectief aandient: een samenleving waarin we het virus onder controle houden. Het is cruciaal dat we 1,5 meter afstand tot anderen kunnen houden en de basisregels blijven volgen. Iedereen met klachten laat zich testen en mensen met een positieve testuitslag blijven thuis. Daarmee kan het allergrootste deel van de besmettingen worden voorkomen.”*

*“Wat we willen is zo gericht mogelijk ingrijpen. Maar hoe hoger het aantal besmettingen, hoe minder fijnmazig de maatregelen.”*

### **Productie 5: Nieuwsbericht 13 oktober 2020**

78. Uit de persconferentie van 23 oktober 2020 volgt dat de er volgens de minister-president drie indicatoren zijn, namelijk het aantal “besmettingen” per dag (positieve testen), de signaalwaarde (eveneens gebaseerd op aantallen positieve testen) en de aantallen ziekenhuisopnames. Laatstgenoemd criterium lijkt een ondergeschikte rol te spelen; het krijgt geen nadere getalsmatige invulling.



Letterlijke tekst persconferentie na ministerraad 23 oktober 2020:

*“Die cijfers, **tienduizend besmettingen vandaag**. Ik begrijp niet zo goed waarom u... dat voor u dan misschien op dit moment geen aanleiding is om met hardere maatregelen te komen, omdat de zwaarste categorie in het routeplan, was meen ik 250 besmettingen. Dus we zitten daar....*

**RUTTE**

*We leven in de zwaarste fase al. Daar zitten we al in.*

**BOVEN**

*Ja precies, maar die begint met **250 besmettingen per dag**.*

**RUTTE**

*Ja, maar daar zitten dus ook in, daarom hebben we het hele pakket gemaakt van 13 oktober.*

**BOVEN**

*Ja, maar dat is toch een totaal andere orde, **tienduizend of 250**, dus is dat niet...dat alleen al genoeg om te zeggen...*

**RUTTE**

*Ik heb nooit gezegd **250 per dag**.*

**BOVEN**

*Wat is dan de hoogste categorie in de...? Wanneer ga naar...?*

**RUTTE**

*Wat wij willen, je wil uiteindelijk naar vijftig per honderdduizend. En je zit nu op ongeveer **250 per honderdduizend** en in sommige regio's hoger. Dus dat is veel te hoog. En daarom hebben we ook dat pakket van 13 oktober gemaakt. Dat is een pakket wat hoort bij het niveau “zeer ernstig”. Binnen “zeer ernstig” kun je ook nog een extra klap moeten geven, daar speculeert u op. En daar blijf ik nog even van weg, want we weten nog niet of dat pakket van 13 oktober doet wat je wil dat het doet. Dat kun je echt nog niet zeggen, omdat we die besmettingscijfers, de mensen die zeg maar ziek zijn geworden na 13 oktober of besmet zijn geraakt, dat duurt een aantal dagen. Je moet getest worden, uitslagen moeten komen. Dus voordat je dat in de cijfers ziet, ben je zo al gauw tien, twaalf, veertien dagen verder.*

*“Het aantal besmettingen is nog steeds heel hoog: vandaag meer dan 10.000 positieve testen gemeld en dat is echt nog veel te veel.”*

***“Je kijkt naar drie indicatoren. Dit is er één en de andere is het aantal positief-getesten per zoveel inwoners, dus het percentage positieve testen en dat ligt in Nederland gewoon hoog, echt heel hoog. Veel hoger dan het mag liggen. Je kijkt ook naar het aantal positief-getesten per honderdduizend. Dat ligt zo”n vijf keer hoger dan je zou willen. We moeten eigenlijk onder de vijftig per honderdduizend per week en het ligt nu vijf keer hoger ongeveer, soms nog hoger.***

*En, nou ja goed, je kijkt natuurlijk naar de opnames in de ziekenhuizen. En ook die stijgen natuurlijk door en dus, je kijkt naar al die cijfers. **Niet alleen naar het aantal besmettingen op één dag**. En ook ten aanzien van de besmettingen op één dag zoals vandaag, dat je zegt “ook door een ICT-aanpassing zit daar mogelijk een opwaartse*

*fout in”, is die waarschijnlijk hoger dan nodig is, maar nog steeds echt te hoog. Dat laat ook zien dat je dat beter kunt bekijken over een aantal dagen. **Dus je kijkt over drie, vijf, zeven dagen, naar de besmettingscijfers, en niet van één dag.**”*

79. De website van de Rijksoverheid stelt een positief getest persoon gelijk aan een patiënt. Dit heeft directe en zwaarwegende gevolgen voor de geteste persoon en zijn of haar omgeving, waaronder quarantaine en een bron- en contactonderzoek.

- **“Bron- en contactonderzoek**

***Heeft u zich laten testen en heeft u corona? Dan doet de GGD samen met bron- en contactonderzoek om de verspreiding van het coronavirus te voorkomen.***

*Bron- en contactonderzoek door GGD*

*Een GGD-medewerker belt u voor bron- en contactonderzoek. Samen onderzoekt u:*

- *Waar u de besmetting opgelopen kunt hebben (de bron);*
- *Met wie u in contact bent geweest;*
- *Wie u mogelijk besmet kunt hebben (uw contacten).*

*Uw contacten krijgen te horen dat ze mogelijk ook besmet zijn met het virus.*

*Is het aantal besmettingen in Nederland heel hoog, of stijgt het snel? Dan kan de werkwijze bij de GGD anders zijn.*

**Wat u zelf moet doen voor het contactonderzoek**

*Wacht u op de uitslag van de test? U kunt alvast opschrijven met wie u de afgelopen dagen contact heeft gehad. Het gaat vooral om mensen met wie u:*

- *Langer dan 15 minuten samen bent geweest;*
- *Contact had op minder dan 1,5 meter afstand;*
- *Samen bent geweest vanaf 2 dagen voordat de klachten begonnen, tot het moment dat u thuis bleef.*

**Onderzoek GGD naar uw contacten**

*De GGD doet onderzoek naar:*

- **Huisgenoten**

*Zij blijven, na het laatste contact met u 10 dagen thuis (quarantaine). De GGD vertelt wanneer ze weer naar buiten kunnen.*

- **Nauwe contacten**

*Dit zijn personen met wie u langer dan een kwartier contact had op minder dan 1,5 meter. Bijvoorbeeld de kapper of pedicure. Of personen met wie u korter dan een*

kwartier contact had, maar met een hoog risico. Bijvoorbeeld mensen met wie u heeft gezoend, of iemand die u in het gezicht heeft gehoest. De GGD neemt contact met deze mensen op. Soms vraagt de GGD aan u om contact met hen op te nemen.

### **Overige contacten**

Dit zijn personen waarmee u langer dan een kwartier op meer dan 1,5 meter in dezelfde ruimte was. Zoals een collega of klasgenoot. De GGD informeert deze mensen.

Let op: Bron- en contactonderzoek is altijd maatwerk. Lees ook [de richtlijnen voor bron- en contactonderzoek](#) op de website van het RIVM.”

80. Ook de website van het RIVM stelt een positieve test gelijk aan een diagnose en verbindt daaraan vergaande vrijheidsbeperkende maatregelen.<sup>12</sup>

*“Beste meneer, mevrouw,*

*U krijgt deze brief omdat u positief bent getest op COVID-19. Lees deze brief goed door, hierin staat belangrijke informatie.*

*U moet **thuis in isolatie** uitzieken, omdat u besmettelijk kunt zijn voor anderen. Ook uw huisgenoten moeten thuisblijven, omdat zij misschien door u besmet zijn geraakt. Zo voorkomen zij dat zij anderen besmetten.*

*U mag weer uit isolatie als u 24 uur geen klachten meer heeft die passen bij COVID-19 én het minimaal 7 dagen geleden is dat u ziek werd. Heeft u een verminderde weerstand? Dan mag u pas uit isolatie als u 24 uur geen klachten meer heeft die passen bij COVID-19 én het minimaal 14 dagen geleden is dat u ziek werd.*

*Bespreek dit ook altijd met de GGD. Bent u uit isolatie? Volg dan de algemene adviezen op die op dit moment gelden. Kijk op [Rijksoverheid.nl](#) voor meer informatie.*

***Bent u ernstig ziek of heeft u medische hulp nodig?** Ga niet naar de huisarts of het ziekenhuis, maar bel direct de huisarts.*

*Heeft u hulp nodig als u in thuisisolatie gaat vanwege corona? Kijk in de [brochure hulp en steun bij thuisquarantaine](#) op [Rijksoverheid.nl/quarantaine](#).*

*In deze brief krijgt u een aantal **leefregels voor de isolatieperiode**. Voor eventuele huisgenoten is er een aparte informatiebrief met leefregels. Uw huisgenoten moeten thuis in quarantaine blijven tot 10 dagen na het laatste risicocontact met u. Dit kan soms best moeilijk zijn. Het is belangrijk dat alle huisgenoten deze regels volgen. Zo voorkomen u en uw huisgenoten dat het virus zich verder verspreidt en dat mensen om u heen besmet raken.*

*Leefregels*

---

<sup>12</sup> <https://lci.rivm.nl/informatiepatientthuis>

*Blijf thuis, ontvang geen bezoek - huisgenoten blijven ook thuis*

- *U mag niet naar buiten, naar school, de winkel of naar het werk.*
- *U mag in uw tuin of op uw balkon zitten.*
- *Er mag niemand bij u op bezoek komen, behalve voor medische zaken (bijvoorbeeld huisarts, GGD).*
- *Alleen de mensen die bij u wonen, mogen samen met u in huis zijn.*
- *Heeft u medische hulp nodig? Ga dan niet naar de huisarts of het ziekenhuis. Neem eerst telefonisch contact op met uw arts. Geef daarbij aan dat u in isolatie zit voor COVID-19.*
- *Ook uw huisgenoten mogen geen bezoek krijgen. Zie hiervoor de informatie voor huisgenoten van positief geteste COVID-19-patiënten.*
- *U mag weer uit isolatie als u 24 uur geen klachten meer heeft die passen bij COVID-19 én het minimaal 7 dagen geleden is dat u ziek werd. Heeft u ook een afweerstoornis? Bespreek dit dan met de GGD. Dan mag u pas uit de isolatie als u 24 uur geen klachten meer heeft die passen bij COVID-19 én het minimaal 14 dagen geleden is dat u ziek werd. Als u weer uit isolatie gaat en u weer naar buiten mag, volg dan de algemene adviezen op. De adviezen die op dit moment gelden in Nederland over naar school gaan, werken, etc. staan op Rijksoverheid.nl.”*

81. Het “Coronadashboard” communiceert over “meldingen” van COVID-19. Dit is in meerdere opzichten misleidend. Artikel 22 Wet publieke gezondheid bepaalt namelijk het volgende: <sup>13</sup>

*“De arts die bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte behorend tot groep A vermoedt of vaststelt, meldt dit onverwijld aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.”*

82. Een positieve PCR-testuitslag is echter geen diagnosestelling zodat niet gesproken mag worden van een patiënt of vermoedelijk patiënt. Als geen klinische diagnose plaatsvond waarbij een ziektebeeld vastgesteld werd, is er geen meldingsplicht.

83. Ook de overige indicatoren van het dashboard baseren zich op aantallen positieve testen. Noodzakelijke informatie om de gegevens in de juiste context en verhouding te plaatsen, ontbreekt.

84. De hiervoor gegeven voorbeelden zijn illustratief voor de wijze waarop de staat de positieve testresultaten richting het publiek communiceert en gebruikt als basis voor maatregelen op individueel en nationaal niveau. Opvallend daarbij is de alarmerende toon van de informatievoorziening. Ook in de Tweede Kamer is deze wijze van communicatie opgevallen:

*Verslag van de plenaire vergadering van maandag 26 oktober 2020:*

*“De heer **Van Pareren** (FvD):*

*Voorzitter. Ik heb nog een aantal vragen waar ik mijn verhaal mee af wil ronden. De vraag is — ik zal niet noemen voor welke minister die direct is — of u ervoor kunt zorgen*

---

<sup>13</sup> <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>

*dat onze bevolking niet meer overstroomd wordt met paniek aanjagende meldingen van duizenden besmettingen per dag. Het geeft geen pas voor de mensen om daar een oordeel over te vellen. Het geeft alleen maar paniek. De vraag is: waarom kiest u voor deze aanpak en bent u ook bereid om deze aan te passen tot meer geruststellende berichtgeving?”*

85. Deze wijze van communicatie is in meerdere opzichten onrechtmatig. Dit wordt hierna toegelicht aan de hand van de geldende richtlijnen en aanbevelingen.

## **8. Misleidende en onvolledige overheidscommunicatie**

### **8.1. Richtlijnen overheidscommunicatie**

86. De Commissie Toekomst Overheidscommunicatie presenteerde in 2001 het rapport “In dienst van de democratie”.<sup>14</sup> Hierna volgde in 2005 het rapport “50 aanbevelingen voor communicatie met een andere overheid” van de Gemengde Commissie Communicatie.<sup>15</sup> Deze adviescommissie drong aan op de implementatie van de adviezen van de commissie-Wallage.

87. De conclusies van de adviescommissies hebben geleid in de richtlijn “De uitgangspunten voor overheidscommunicatie”.<sup>16</sup> Deze is van toepassing op persvoorlichting, de woordvoering en alle communicatie met het publiek.

88. In deze richtlijn is het volgende uitgangspunt geformuleerd:

#### **“VOLDOENDE EN JUISTE INFORMATIE**

***De communicatie van de Rijksoverheid is waarheidsgetrouw en bevat voldoende en juiste informatie om belangstellenden en belanghebbenden tijdig in staat te stellen zich zelfstandig een oordeel te vormen over het gevoerde en het te voeren beleid.***

*> In het belang van een goede en democratische bestuursvoering dient de informatieverstrekking door de overheid begrijpelijk, tijdig, zo gericht mogelijk en niet overbodig te zijn.*

*> Het onjuist vermelden, weglaten of overaccentueren van feiten en argumenten om daarmee degenen op wie de communicatie is gericht tot een andere keuze te brengen dan zij wellicht anders zouden hebben gedaan, is nimmer toegestaan.”*

89. De communicatie moet dus niet alleen waarheidsgetrouw zijn en voldoende en juiste informatie bevatten om het publiek in staat te stellen zelfstandig een oordeel te vormen over het gevoerde beleid. Het onjuist vermelden, weglaten of

---

<sup>14</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2007/09/20/in-dienst-van-de-democratie-het-rapport-van-de-commissie-toekomst-overheidscommunicatie>

<sup>15</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2007/07/19/50-aanbevelingen-voor-communicatie-met-en-door-een-andere-overheid>

<sup>16</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2010/12/09/uitgangspunten-overheidscommunicatie>

overaccentuering van feiten om het publiek tot een keuze te brengen die zij, met de juiste informatie niet hadden gedaan, is nooit toegestaan.

90. De huidige situatie is een herhaling van zetten zoals deze ook tijdens de Mexicaanse griep speelde. Dit heeft de samenleving veel schade toegebracht. Hieruit moeten lessen getrokken worden.

## **8.2. Aanbevelingen WODC-onderzoek “Mexicaanse Griep in Nederland”**

91. Een overkill aan alarmerende en misleidende communicatie speelde ook in 2009 tijdens de Mexicaanse Griep. Het WODC publiceerde in 2011 het onderzoek “Mexicaanse griep in Nederland Berichtgeving, verontrusting en publieksreacties.” Dit onderzoek stelt vast dat in de westerse cultuur een diepgewortelde angst voor een epidemie bestaat. Het is de vrees dat een dodelijk, niet te stuiten virus de hele samenleving zou kunnen ontwrichten of zelfs de hele mensheid zou kunnen uitroeien. Bij de communicatie over een epidemie moet met deze angsten rekening gehouden worden.
92. Dit brengt met zich mee dat gezondheidsautoriteiten en wetenschappelijke experts een sleutelrol vervullen: zij beschikken over de “definitiemacht” en hebben daarmee een grote invloed op de berichtgeving. Zij bepalen de framing in de berichtgeving. Hier ligt een grote verantwoordelijkheid om het publiek op een juiste wijze te informeren en onnodige “paniekschade” te beperken.
93. Een van de onderzoeksvragen van het WODC was destijds of met de verontrustende toonzetting in de mediaberichtgeving de overheid niet te veel nadruk legt op het *worst case scenario* in geval van een pandemie. De verontrusting over een bepaald risico neemt verder toe als gevolg van de niet aflatende media-aandacht voor het onderwerp. De druk op de overheid om drastische maatregelen te treffen neemt daardoor toe. Het gevolg is dat het publiek en de media bevestigd worden in hun beeld dat er sprake is van een ernstige dreiging.
94. Na de ervaringen met de Mexicaanse griep is ervoor gepleit om in de communicatie de nadruk te leggen op het meest waarschijnlijke en niet op het *worst case scenario*. Bovendien werd aanbevolen om een nieuw virus vooral in de context van de jaarlijkse griep te plaatsen en niet in die van een pandemie.
95. Experts die sceptisch stonden tegenover alle verontrusting over de griep kwamen destijds slechts sporadisch aan bod. Ook dit zien we gebeuren in de huidige situatie. Sterker, systematisch weren van kritische geluiden uit de media en het actief bestrijden van tegengeluiden maakt zelfs onderdeel uit van het communicatiebeleid. Een sfeer van paniek en angst domineert het publieke debat. Het testbeleid en de mediaverslaggeving opereren hierbij hand in hand.
96. Deze richtlijnen en aanbevelingen zijn door de overheid sinds de aanvang van de coronacrisis op grove wijze terzijde geschoven. Dit staat een maatschappelijke discussie op basis van feiten in de weg. Een aanzienlijk deel van de bevolking

verkeert tot op de dag van vandaag in de veronderstelling dat het SARS-Cov-2-virus een reëel en ernstig gevaar voor hen vormt. Dit is een direct gevolg van de gebrekkige informatie. De samenleving lijdt daardoor in veel opzichten een enorme schade. Hierna zal nader toegelicht worden op welke punten de overheidscommunicatie aanpassing vereist.

### **8.3. Positieve testresultaten**

97. Zoals hierboven werd beschreven, is de overheidscommunicatie met betrekking tot positieve testresultaten feitelijk onjuist en misleidend. Het presenteren van een positieve test als “besmetting, “zieke” of “geval” is daarbij onnodig alarmerend. In beginsel heeft het publiceren van aantallen testresultaten geen toegevoegde waarde. De aantallen hangen direct samen met de testinspanningen. Hoe meer getest wordt, hoe meer positieve testuitslagen. Het suggereert een dynamiek die in werkelijkheid niet bestaat.

98. In een pandemie of epidemie draait het immers per definitie om aantallen doden en zieken. Of iemand met het virus in aanraking kwam, is voor de ernst van een epidemie niet relevant. Een pandemie of epidemie is voorbij zodra er geen sprake meer is van een bovengemiddeld aantal zieken. Bij een griep epidemie worden soms meer dan een miljoen mensen geïnfecteerd. De overheid heeft nimmer dagelijks aantallen besmettingen gepubliceerd.

99. Voor zover de overheid toch communiceert over deze testresultaten, is het noodzakelijk niet alleen de totale aantallen afgenomen testen te publiceren. De getallen zullen in de context van begrijpelijke informatie geplaatst dienen te worden. In de eerste plaats dat een positieve test niet betekent dat iemand ook daadwerkelijk geïnfecteerd is of ziekteverschijnselen heeft.

### **8.4. Relativerende informatie**

100. In de communicatie dient ook het gevaar van een infectie met het SARS-Cov-2-virus in perspectief geplaatst te worden. Zo is noodzakelijk dat in de overheidscommunicatie steeds gewezen wordt op volgende feiten:

- Op de door de WHO gepubliceerde IFR (infection fatality rate), die onlangs tot 0,23% verlaagd werd, die daarmee in het bereik van een griepvirus ligt.
- Op de informatie van het RIVM dat het virus voor 98% van de bevolking geen bedreiging vormt.

101. Deze informatie is op te vinden op de websites van het RIVM en de overheid wanneer burgers actief op zoek gaan. In persberichten en persconferenties ontbreekt deze context terwijl daarmee juist het grote publiek wordt bereikt. De overheid dient echter actief informatie over de reële kans op overlijden en ziekte te communiceren aan het publiek. Deze gegevens zouden bijvoorbeeld ook op het coronadashboard vermeld moeten worden zodat het publiek een reële inschatting kan maken van het gevaar.

## 8.5. Ziekenhuis- en ic-opnames

102. Dit geldt ook voor de communicatie over ziekenhuis- en ic-opnames. Of er sprake is van een noodsituatie, kan eenvoudig gerelateerd worden aan de bezettingsgraad in voorgaande jaren. Hoeveel personen lagen er vorig jaar in deze periode op de ic. In hoeverre is de overbelasting van de ic-s het gevolg van coronagevallen en in hoeverre van de bezuinigingen de afgelopen tien jaar?
103. Dit bevestigt ook het op 18 september 2020 gepubliceerde wekelijkse bulletin van NIVEL-zorgregistraties waaraan 350 huisartsenpraktijken deelnemen. Het aantal patiënten dat de huisarts consulteert voor acute bovenste luchtweginfecties is op het niveau **dat gebruikelijk is in deze tijd van het jaar.**
104. Een ander essentieel feit dat aan het publiek gecommuniceerd dient te worden, is dat in de cijfers van in ziekenhuizen opgenomen “COVID-19-patiënten” iedereen meegeteld is die positief getest werd. Ook als zij voor andere aandoeningen in het ziekenhuis verblijven. Zo wordt iemand die met een gebroken been opgenomen is en positief test, als een COVID-19-patiënt geregistreerd ook al vertoont deze persoon geen enkel symptoom. Dit is onnodig alarmerend en misleidend.
105. Om de ic-tekorten in het juiste perspectief te plaatsen, is het ook essentieel te communiceren dat het tekort aan ic-bedden een jaarlijks terugkerend probleem is en in de eerste plaats het gevolg is van bezuinigingen waarbij bijna de helft van de capaciteit geschrapt werd. Ook ontbreken getallen van hen die de ic verlaten.

## 8.6. COVID-19-doden

106. Bij de communicatie over sterftegevallen speelt een vergelijkbaar gebrek. Een groot deel van de bevolking is ervan overtuigd dat dit jaar ruim tienduizend mensen aan COVID-19 overleden.
107. Volgens het WHO-protocol van 20 april 2020 “International Guidelines for Certification and Classification of COVID-19 as cause of death” dient iedereen die ofwel positief getest werd **ofwel waarvan vermoed wordt** dat zij COVID-19 hadden meegeteld te worden in de statistieken. Een COVID-19-dode is als volgt omschreven:

*“A death due to COVID-19 may not be attributed to another disease (e.g. cancer) and should be counted independently of preexisting conditions that are suspected of triggering a severe course of COVID-19.”*

108. Dit betekent dat ook iedereen die bijvoorbeeld sterft aan een hartaandoening of kanker als COVID-19-sterfgeval geregistreerd wordt op basis van een positieve testuitslag of een vermoeden van “besmetting”. Deze informatie is voor het publiek essentieel om de aantallen sterfgetallen in het juiste perspectief te plaatsen.



109. In het wekelijkse epidemiologische overzicht van het RIVM is deze informatie weggestopt tussen tientallen pagina's met cijfers en grafieken. Uit deze gegevens blijkt dat slechts bij 9% van de sterfgevallen onder de 60 jaar geen andere onderliggende doodsoorzaak vastgesteld werd. Ook is hier terug te vinden dat 97% van de sterfgevallen ouder dan 60 is.

110. Deze essentiële informatie wordt echter niet actief gecommuniceerd. In de overheidscommunicatie worden de doden consequent toegeschreven aan het virus. Door het weglaten van de noodzakelijke context schept wederom een onnodig alarmerende sfeer, wat het maken van rationele afwegingen over de reële dreiging bemoeilijkt.

**Productie:** International Guidelines for Certification and Classification of COVID-19 as cause of death

### **8.7. Paniekkommunicatie**

111. Het is noodzakelijk dat deze dynamiek van een enorme testcampagne in combinatie met alarmerende berichtgeving over aantallen positieve testresultaten en ziekenhuisopnames doorbroken wordt. Om te voldoen aan de geformuleerde uitgangspunten voor overheidscommunicatie en de aanbevelingen van het WODC-rapport "Mexicaanse griep in Nederland. Berichtgeving, verontrusting en publieksreacties" dient de communicatie minimaal volgende elementen te bevatten:

- Positieve testresultaten zijn geen besmettingen, infecties, gevallen, zieken of patiënten;
- Aantallen positieve testuitslagen worden in beginsel niet gecommuniceerd of alleen in verhouding tot het totale aantal afgenomen testen met vermelding van de door de fabrikanten gestelde gebruiksbeperkingen en de gehanteerde ct-waarden;
- Aantallen opnames van COVID-19 patiënten in het ziekenhuis en de ic worden in verhouding geplaatst tot de normale bezetting als gevolg van longinfecties in andere jaren;
- Bij de ziekenhuis- en -opnames wordt vermeld of de patiënt voor COVID-19 of voor een andere aandoening opgenomen werd;
- Aantallen positief geteste sterfgevallen worden genoemd met vermelding van de (gemiddelde) leeftijd en de oorzaak van hun overlijden;
- De dagelijkse publicatie gaat gepaard met een realistische weergave van het gevaar door dit in verhouding te zetten tot de griep, de vermelding van de risicogroepen en het ifr zoals dit door de WHO is vastgesteld en de mededeling dat het virus voor 98% van de bevolking geen gevaar vormt.

## **9. Verweer**

112. Op 13 en 28 oktober zijn de bezwaren tegen zowel de testcampagne als de gebrekkige overheidscommunicatie aan de minister van VWS voorgelegd. Advocaat Mr. M.R. Botman reageerde hierop bij brief van 2 november 2020. De minister weigert tegemoet te komen aan de vorderingen om de testcampagne te beëindigen en de communicatie aan te passen.
113. Volgens de minister is de PCR-test wereldwijd de gouden standaard. Het percentage foutief positieve uitslagen zou "laag" zijn. De minister meent dat bij lichamelijke klachten in combinatie met een positieve PCR-test ervan uitgegaan mag worden dat iemand daadwerkelijk besmettelijk is voor anderen.
114. Op welke informatie de minister baseert dat het aantal fout-positieven klein zou zijn, is niet vermeld. Indien uitgegaan zou worden van een foutmarge van 3%, dan is dit bij honderd testen ook een klein aantal. Bij wekelijks 350 duizend testen zijn dit meer dan 10.000 mensen en hun directe omgeving die ten onrechte zware vrijheidsbeperkingen opgelegd krijgen.
115. De minister reageert evenmin op de technische beperkingen van de PCR-techniek of het gebruik als diagnostisch instrument in strijd met de en de CE-toelating.
116. Elk beleid op basis van aantallen positieve testresultaten, is gebaseerd op drijfzand en daarmee onrechtmatig. Maatregelen die in een samenleving op economisch, sociaal en maatschappelijk zware schade aanrichten, vereisen een solide onderbouwing. Een PCR-test is daarvoor niet geschikt.
117. Ook stelt de minister dat van een onnodig alarmerende communicatie over testresultaten geen sprake is. Hiervoor verwijst de minister naar een Kamerbrief van 27 oktober 2020 en de presentatie van Van Dissel aan de Tweede Kamer.
118. Het is juist dat deze informatie beschikbaar en te vinden is indien actief gezocht wordt. Het publiek zal dit slechts beperkt doen en vertrouwt op de informatievoorziening in persconferenties en persberichten. Ook de media baseren hun berichtgeving hoofdzakelijk op deze bronnen. Zoals hiervoor aangetoond werd, ontbreekt in deze berichtgeving de noodzakelijk context die het publiek in staat stelt een rationele afweging over het virus te maken. Deze is dan ook onnodig alarmerend en verontrustend.

**Productie 7:** brief 13 oktober  
**Productie 8:** brief 28 oktober  
**Productie 9:** brief 2 november

## 10. Conclusie

De gronden van deze dagvaarding kunnen als volgt samengevat worden:

- De CE-certificering van de PCR-test ziet niet op de inzet en toepassing ervan als klinisch-diagnostisch instrument (bepaling van de ziekte COVID-19);
- De fabrikanten stellen zonder uitzondering dat aan een positief testresultaat geen (medische) kwalificaties, conclusies of consequenties kunnen of mogen worden verbonden.

- Dit is niet alleen een formeel punt. Door de technische beperkingen van de PCR-techniek kan uit een positieve uitslag niet afgeleid worden of de geteste persoon het virus bij zich draagt of een infectie heeft. Het testbeleid is in strijd met de door de fabrikanten gestelde gebruiksbeperkingen;
- Om een diagnose te stellen is nader onderzoek nodig waaronder een klinische diagnose op basis van symptomen. Deze zijn voor COVID-19 echter dusdanig specifiek dat deze ook op de aanwezigheid van andere virussen of aandoeningen kunnen wijzen.
- Het is aannemelijk dat het huidige testbeleid in een situatie van lage prevalentie een groot aandeel foutpositieve testresultaten produceert;
- De wijze waarop de overheid communiceert over de positieve testresultaten zonder de noodzakelijke context en informatie is daarmee misleidend en onnodig alarmerend;
- De overheid creëert met deze testcampagne en de eenzijdige communicatie een sfeer waarin het publiek bereid is haar grondrechten zonder verzet op te geven. Het publiek zou een andere afweging maken als zij volledig en juist geïnformeerd wordt. De aangerichte schade in economisch, menselijk en maatschappelijk opzicht is enorm.
- Er is dan ook sprake van onrechtmatig handelen zijdens de overheid.

## 11. Grondslag vordering

119. De maatregelen tegen de verspreiding van het virus maken ernstige inbreuk op tal van grondrechten en door het EVRM beschermde mensenrechten. In de memorie van toelichting bij de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 erkent de minister dit. Zo noemt hij de inperking van het recht op persoonlijke levenssfeer, vrijheid van godsdienst en levensovertuiging, het recht van eenieder zich vrijelijk te verplaatsen, de vrijheid van onderwijs, het eigendomsrecht, het recht van vergadering en vereniging en het recht van betoging.

120. De tijdelijke inperking van deze rechten is volgens de jurisprudentie van het EHRM uitsluitend mogelijk als dit *noodzakelijk is in een democratische samenleving*. Het kabinet onderbouwt deze noodzaak door te wijzen op aantallen positieve testresultaten. In de Routekaart Coronamaatregelen is een direct verband tussen aantallen positieve testen per 100.000 inwoners en de omvang van de maatregelen. Dit is de zogenaamde signaalwaarde. De PCR-testcampagne raakt daarmee direct de vrijheden van de bevolking en daarmee ook eisers.

121. Zoals uit het voorgaande volgt, dicht het kabinet hiermee de PCR-test eigenschappen toe die deze volgens de fabrikanten niet heeft. Een positieve test betekent niet dat de betreffende persoon drager is van het virus. Daarbij is de techniek en het testprocedé gevoelig voor beïnvloeding. De vrijheidsbeperkingen zijn daarmee afhankelijk van door beleidsmakers beïnvloedbare indicatoren. De signaalwaarde wordt hoger naarmate de testinspanningen stijgen.

122. Door de foutmarge van de PCR-test zijn er altijd een aantal positieve testen. Deze aantallen kunnen substantieel zijn. Het is bijvoorbeeld niet uitgesloten dat op dit

moment het merendeel van de positieve testen een onschuldig verkoudheidsvirus betreft.

123. De testinspanningen worden de komende tijd flink opgevoerd. Op dit moment zijn dat ruim 50.000 testen per dag. Als er voldoende wordt getest, blijven de maatregelen onbeperkt van kracht. De hele zomer zijn maatregelen van kracht gebleven op basis van positieve testresultaten.
124. De signaalwaarde zal verder stijgen door de stijging van het aantal testen. Dit gebeurt zelfs als er geen coronavirus meer is. Als in dezelfde omvang zwangerschapstesten uitgevoerd zouden worden, dan zouden we mogelijk 3000 zwangere mannen per week aantreffen. Iedereen zou begrijpen dat dit niet mogelijk is.
125. Noch de noodzaak van maatregelen noch de omvang daarvan kan afhankelijk gesteld worden van deze testcampagne. De test is daarvoor niet toegelaten en evenmin geschikt. Hiermee handelt de staat onrechtmatig richting, richting de bevolking en daarmee jegens eisers.
126. De onjuiste en onvolledige overheidscommunicatie bewerkstelligt dat de bevolking andere keuzes maakt dan zij zou doen als zij juist geïnformeerd zou worden. Volgens de uitgangspunten van overheidsinformatie is dit nimmer toegestaan. Het is nauwelijks voorstelbaar dat de bevolking zou instemmen met een massieve inperking van haar rechten en de daardoor ineenslopende economie en samenleving als zij weet wat de daadwerkelijke risico's van het virus zijn en dat het aantal positieve testen geen uitkomst geeft over aantallen geïnfecteerde of zieke personen.
127. De testcampagne en de misleidende overheidscommunicatie vormen daarmee een bedenkelijke symbiose die een voortduren en uitbreiding van de vrijheidsbeperkingen faciliteert. De staat maakt hiermee onrechtmatige inbreuk op de rechten van de bevolking en dus ook van eisers. De vordering is daarom gebaseerd op artikels 6:162 BW jo 3:296 BW. Eisers hebben daarmee recht en belang om deze vordering in te stellen.
128. Ook aan de overige vereisten van artikel 6:162 BW is voldaan. De onrechtmatige daad is toerekenbaar aan de staat, er is schade, een causaal verband tussen daad en schade en relativiteit.

## **12. Bevoegdheid**

129. De Rechtbank Den Haag is op grond van artikel 99 Rv. bevoegd om van het geschil kennis te nemen aangezien de Staat der Nederlanden zetel heeft te Den Haag.

## **13. Ontvankelijkheid eisers**

130. Eiser sub 1 komt op grond van artikel 3:305a BW op voor een algemeen belang, welk belang zij volgens haar statuten behartigt. Aan de eisen van artikel 3:305a BW is voldaan. Zij behartigt de belangen die hier in het geding zijn, op basis van toereikende statutaire doelomschrijvingen en ontplooit activiteiten op het gebied van bescherming van grondrechten en de rechtsstaat. Eiser sub 1 heeft ruim 300 duizend adhesieverklaringen van Nederlandse burgers en bedrijven die via de website het formulier hebben ingevuld.

131. Eisers hebben bij brieven van 13 en 28 oktober getracht in der minne het in deze procedure gevorderde te bereiken. Gedaagde heeft echter bij brief van 3 november geweigerd om ook maar enigszins tegemoet te komen aan de vermelde bezwaren en nadelen.

132. Eisers sub 2 en 3 hebben ieder afzonderlijk een belang bij de ingestelde vorderingen. Nu zij de Nederlandse nationaliteit hebben en in Nederland woonachtig zijn, worden zij in het dagelijkse leven geconfronteerd met ernstige beperkingen in hun persoonlijke vrijheden en andere grondrechten.

#### **14. Spoedeisend belang**

133. Het spoedeisende belang volgt *eo ipso* uit het hiervoor gestelde. Het voortduren van de maatregelen veroorzaakt dagelijks verdere persoonlijke en maatschappelijke schade van een ongekeerde omvang.

#### **15. Bewijsaanbod**

134. Zonder enige bewijslast op zich te willen nemen die rechtens niet op eisers rust, bieden zij bewijs aan van al hun stellingen door alle middelen rechtens.

#### **MITSDIEN:**

het U Edelachtbare Heer/Vrouwe Voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag, moge behagen bij vonnis in kort geding, uitvoerbaar bij voorraad,

#### **Primair:**

gedaagde te bevelen het gebruik van de PCR-test in strijd met de voorschriften van de fabrikanten althans het volgens de CE-certificering toegelaten gebruik binnen twee dagen na het te wijzen vonnis te beëindigen en beëindigd te houden en gedaagde te veroordelen alle vormen van overheidscommunicatie, waaronder via de overheids- en GGD-websites, persberichten en persconferenties aan te passen aan de "Uitgangspunten overheidscommunicatie" door de onder kantlijnummer 111 genoemde aanwijzingen ;

#### **Subsidiair:**

Gedaagde te veroordelen alle vormen van overheidscommunicatie, waaronder via de overheids- en GGD-websites, persberichten en persconferenties aan te passen aan de "Uitgangspunten overheidscommunicatie" door de onder kantlijnummer 111 genoemde aanwijzingen ;

Primair en subsidiair:

althans een in goede justitie beslissing te nemen met veroordeling van gedaagde in de kosten van de procedure.

Mijn rekwiranten verklaren dat zij de omzetbelasting kunnen verrekenen in de zin van de Wet op de Omzetbelasting 1968 en dat voorts de eventueel gemaakte verschotten noodzakelijk waren om de onderhavige ambtshandeling te kunnen verrichten en dat ik, deurwaarder, rechtstreeks noch middellijk enig belang heb in de onderneming die de kosten factureerde.

De kosten dezes zijn voor mij deurwaarder, € 92,31 excl BTW