

- 1) Was de communicatie van de WHO naar het RIVM toe eenduidig, tijdig, en consistent? Zo nee, wat viel op, en kan er een concreet voorbeeld gegeven worden?

LCI/IHR National Focal Point

Er is weinig bilaterale communicatie tussen LCI/NFP en WHO geweest. LCI/NFP ontving berichtgevingen over epidemie in China en in andere landen, riskassessments, adviezen, richtlijnen via geëigende kanalen (WHO Event Information Site, emails naar WHO NFP contactpersonen). De informatie was consistent en eenduidig.

Een andere vraag is of de WHO tijdige en inhoudelijk correcte informatie heeft gekregen van China, welke delay heeft plaatsgevonden, of bijvoorbeeld eerder gegevens beschikbaar waren over mens-op-mensoverdraagbare eigenschappen van het virus, de R_0 etc. De casus definitie was achteraf niet correct, maar onbekend is of deze correct was gebaseerd op de door China aangeleverde informatie, of niet.

IDS

IDS-CIB was in relatie tot de SARS2 pandemie betrokken bij een aantal werkgroepen, activiteiten van de WHO. Het antwoord heeft dan ook betrekking op deze specifieke situaties. A) lab netwerk van COVID-19 referentie laboratoria met wekelijkse global TCs vanuit WHO-Geneva en wekelijkse Europese TCs vanuit WHO-EURO ism ECDC; b) richtlijnen diagnostiek COVID-19; c) richtlijn gebruik antigeentesten COVID-19; d) richtlijn sequenzen van COVID-19; e) wg herinfecties; f) laboratorium ondersteuning aan member states; g) verzamelen en delen van tst validatie data uit NL labs met de internationale gemeenschap.

Communicatie met WHO was constructief, respectvol en tijdig. Niets op aan te merken.

- 2) Heeft het RIVM vragen gesteld aan, of toelichting gevraagd bij, de WHO, en zo ja, is hier tijdig en helder op gereageerd door de WHO? Als er niet tijdig en helder op gereageerd is, kan er een concreet voorbeeld gegeven worden?

LCI

Er zijn voor zover te overzien, weinig vragen aan de WHO Euro gesteld. Bij de meldingen van de eerste patiënten in Nederland is door de WHO Euro zorgvuldig en correct geantwoord.

Nvt voor IDS

- 3) Waren er noemenswaardige verschillen van opvatting tussen de WHO en het RIVM/OMT? Zo ja, kan er een concreet voorbeeld gegeven worden?

LCI: geen grote, maar wel nuance verschillen in opvatting tussen WHO/ECDC die lastig waren, waar het OMT mee te maken had. Bijvoorbeeld op het gebied van de casus definitie (wel/geen ziekenhuis opname, koorts in het begin van de pandemie), mondkmaskergebruik in de openbare ruimte.

- 4) Heeft het RIVM (of het *WHO CC on Infectious disease preparedness and IHR monitoring and evaluation* bij het RIVM) specifieke adviezen aangaande de IHR, voor wat betreft de (naleving van de) implementatie door lidstaten, de controle op de naleving, of op inhoudelijke aspecten van de IHR? Zo ja, kunnen er concrete voorbeelden gegeven worden?
 - De WHO was afhankelijk van de melding en risk assessment van China en de door hen aangeleverde informatie. Het zou goed zijn als de WHO een ruimer mandaat krijgt om informatie van een lidstaat te verkrijgen.

- De WHO ontvangt van lidstaten informatie over bestrijdingsmaatregelen die invloed hebben op het internationale personen- en goederen vervoer, ook indien die anders is dan de WHO adviseert. Er ontbrak een vervolgsystematiek om te monitoren en te beoordelen wat het effect van dergelijke maatregelen was en of het WHO beleid zou moeten worden bijgesteld.
 - Ten tijde van repatrieringen van buitenlanders uit China, en potentieel blootgestelde cruiseschippassagiers was sprake van ad hoc beleid van ontvangende lidstaten. Dit leidde tot verwarring en onduidelijkheid in de media. Het zou goed zijn als de WHO een duidelijker mandaat had bij het bepalen van beleid waaronder dergelijke repatrieringen kunnen plaatsvinden. Dus ook coordinatie van respons bij internationaal personen vervoer.
 - Voor eventuele aanpassingen van de IHR met betrekking tot preparatie zouden goede assessments moeten worden verricht. Het is nu nog te prematuur om die te adviseren.
- 5) Gezien de diversiteit aan WHO Collaborating Centers bij het RIVM; werkt de systematiek van de CCs in de praktijk voldoende? Kunnen er verbeterpunten worden opgemerkt?

IDS

Verbeterpunt: Meer structureel geld beschikbaar vanuit Den Haag voor ondersteuning werk in de WHO CC (werk wordt niet betaald door WHO). De huidige pandemie laat wederom zien dat infectieziekten een grensoverschrijdend probleem vertegenwoordigen dat om een gezamenlijke internationale aanpak vraagt. De aanwezigheid van een aantal strategische gekozen WHO cc bij het RIVM (waaronder ook het in een benoemingstraject verkerende nieuwe WHO CC voor laboratorium preparedness and response and Biorisk) borgt enerzijds dat het RIVM/NL als eersten via (on)officiële routes noodzakelijke info verkrijgt en anderzijds dat het RIVM/NL met haar expertise kan bijdragen aan preparedness en response over landsgrenzen heen. Meer structureel geld in WHO CC is direct geld ter ondersteuning van de WHO op een duidelijke win-win manier want het is tegelijkertijd een investering in NL expertise opbouw en export. Systematiek werkt verder prima. Geeft RIVM mogelijkheid tot deelname aan wereldwijde key netwerken en info, als zodanig heel belangrijk voor RIVM.

LCI

De WHO CC systematiek werkt op zich prima. Structurele financiering in plaats van op jaarbasis is inderdaad beter. WHO CC leidt ook tot (nog) sterkere expertise bij het RIVM.

- 6) Worden de richtlijnen van de WHO geraadpleegd bij de totstandkoming van RIVM adviezen voor beleid? Zo nee, waarom niet?

LCI

Ja, deze worden standaard geraadpleegd. Nieuw uitgekomen WHO adviezen worden standaard beoordeeld of ons beleid moet worden aangepast.

- 7) De WHO heeft IDS aangesteld als wereldwijd referentielaboratorium voor COVID-19, met als onderdelen o.a. het beoordelen van richtlijnen en deelnemen aan overkoepelende internationale overleggen. Kan het RIVM al ervaringen (zowel positief als negatief) delen over dit WHO COVID-19 referentielaboratorium?

RIVM als WHO COVID-19 referentie laboratorium heeft oa tot de activiteiten geleid genoemd onder punt 1).

A) lab netwerk van COVID-19 referentie laboratoria met wekelijkse global TCs vanuit WHO-Geneva en wekelijkse Europese TCs vanuit WHO-EURO ism ECDC; b) richtlijnen diagnostiek COVID-19; c) richtlijn gebruik antigeentesten COVID-19; d) richtlijn sequenzen van COVID-19; e) wg herinfecties; f) laboratorium ondersteuning aan member states; g) verzamelen en delen van tst validatie data uit NL labs met de internationale gemeenschap.

Meerwaarde is direct op de hoogte zijn van nieuwe ontwikkelingen van belang voor klinische diagnostiek/zorg en infectieziektebestrijding. In diverse wekelijkse vergaderingen worden in een vertrouwelijke omgeving data gedeeld die nog niet in het publieke domein zijn of nog niet geheel afgerond. Daar wordt over gediscussieerd en deze inzichten worden meteen weer meegenomen tbv eigen activiteiten en advisering. Als ref lab is voor RIVM een nieuw COVID-19 dedicated

internationaal netwerk ontsloten dat oa heeft geleid tot nieuwe samenwerkingen in research maar ook praktische noodzakelijkheden zoals het gezamenlijk valideren van nieuwe diagnostische testen en een benadering tot het bestuderen van herinfecties. Ondersteuning van buitenlandse labs met hun diagnostiek heeft geleid tot het verstevigen/initiëren van bilaterale relaties waarbij informatie en soms ook materiaal uitwisseling een belangrijk voordeel is. Daarnaast heeft de benoeming als WHO ref lab er toe geleid dat via de intensieve samenwerking van WHO-EURO en ECDC op dit dossier ook belangrijke opdrachten vanuit ECDC richting RIVM gegaan zijn zoals EQA voor moleculaire diagnostiek, EQA voor serologische diagnostiek (beiden onder bestaand framework contract voor resp infecties uit 2017) en verzoek voor tender voor ondersteuning serologisch-epidemiologisch onderzoek in diverse MS. Dit verhoogt de expertise van RIVM, internationale aanzien van RIVM/NL en leidt tot wat extra budget.

- 8) Zijn er nog overige ervaringen of suggesties van het RIVM omtrent de omgang met de WHO of over het functioneren van de WHO die relevant zijn voor het proces van WHO Reform?

LCI

De WHO EURO heeft achteraf gezien wel erg beperkt contact met ons/ NFP gehad. Meer regelmatig contact, inventarisatie van behoeften (richtlijnen/coördinatie) had de samenwerking en rol van de WHO kunnen verstevigen. We adviseren de expertise van het WHO CC Infectious Disease Preparedness and IHR monitoring and evaluation in te zetten bij de IHR review.