



(10)(2e)

Het RIVM is valt wettelijk gezien onder het ministerie van VWS, en is daarmee geen zuiver onafhankelijk instituut. Toch werd het RIVM publiekelijk, door leden van het kabinet, op een wetenschappelijk schild gehesen tijdens de coronacrisis. Daarmee heeft de politiek het RIVM opgezet met een grote verantwoordelijkheid, zo zegt (10)(2e) van de Raad voor Volksgezondheid. Ook meent zij dat er tijdens de coronacrisis vertroebeling is opgetreden doordat het RIVM en het kabinet zo dicht bij elkaar stonden, en Van Dissel uitspraken deed die economisch gemotiveerd leken in plaats van puur wetenschappelijk (Zo sprak hij over de "BV Nederland" en stelde hij dat de 1.5 meter afstand voor vluchten minder goed gehanteerd kan worden omdat dat de prijzen omhoog zou duwen). Wat is daarop uw reactie?

De RIVM-richtlijnen over PBM buiten het ziekenhuis zouden zijn gebaseerd op veiligheid en wetenschappelijk inzicht, maar uit interne emails blijkt dat het ministerie van VWS zelf nauw betrokken was bij de bespreking ervan. Uw ministerie zegt inhoudelijk niet te hebben meegeschreven aan de richtlijnen, maar alleen als intermediair opgetreden te hebben. Het RIVM laat weten dat uw ministerie suggesties voor aanpassingen in de richtlijnen heeft gedaan, maar dat uw ministerie die aanpassingen namens de zorgkoepels zou hebben gedaan, naar aanleiding van het overleg dat uw ministerie met deze koepels had waarbinnen de richtlijnen werden besproken. Zorgkoepels zeggen echter dat er nauwelijks iets met hun kritiek gebeurde. Het RIVM schreef wel nieuwe versies, maar in de kern bleven de richtlijnen gelijk, en ongewijzigd op de punten waar zorgkoepels hun kritiek over uitten. Mondmaskers bleven in veel situaties 'niet nodig'. Wat is hierop uw reactie? Welke 'bemiddelende' rol speelde uw ministerie precies?

Uw ministerie had tijdens de coronacrisis een rol bij de inkoop en verdeling van mondmaskers. Vanwege de schaarste besloot uw ministerie een systeem op te tuigen om alle beschermingsmiddelen centraal in te kopen en te verdelen onder zorgorganisaties. Daarbij hanteerde uw ministerie de RIVM-richtlijnen om te bepalen wie wat kreeg en hoeveel. Deze verdeelstructuur was volgens uw ministerie niet gebaseerd op schaarste, het zou gaan om besmettingen te voorkomen. Maar uit interne stukken van de regionale verdeelkantoren blijkt dat de systematiek wel degelijk bepaald werd door tekorten. Ik heb je hier een screenshot van gestuurd. Wat is hierop jullie reactie?

Als het RIVM de richtlijnen had aangepast, en vaker mondmaskers had geadviseerd, dan was het de vraag geweest of het LCH daarin had kunnen voorzien. Het inkoopstelsel van uw ministerie leek namelijk niet altijd even goed te werken. Uit gesprekken van Nieuwsuur met leveranciers en ook uit eerdere publicaties in de media blijkt dat partijen mondmaskers tevergeefs aan uw ministerie werden aangeboden, afketsten en vervolgens wel aan buurlanden of ziekenhuizen verkocht werden. Hierom leeft bij zorgkoepels en zorgbestuurders het idee dat de RIVM-richtlijnen niet zozeer op wetenschap en veiligheid waren gebaseerd, maar op een politieke keuze, en de wens de status quo te behouden. Wat is daarop uw reactie?

Volgens uw ministerie zijn de richtlijnen niet gebaseerd geweest op schaarste. Die zou zelfs 'geen enkele rol' hebben gespeeld bij de opstelling ervan. Maar op 28 maart zei Hugo de Jonge: 'Er is gegeven de krapte door het RIVM een vrij stringente richtlijn gemaakt'. In een webinar van de GGD wordt gemeld dat er vanwege de schaarste 'aanpassingen gaan komen in het advies over beschermende maatregelen'. Een zaak waar men op wil afschalen is het mondmasker. De woorden 'schaarste' en 'tekort' staan ook in in de eerste versies van de richtlijnen PBM buiten het ziekenhuis. Daarop kwam kritiek van V&VN, en half april werden de termen uit de richtlijnen geschrapt. De regel dat preventief gebruik niet nodig zou zijn, en dat zorgmedewerkers bij vluchtig contact of 1.5 meter afstand onbeschermd bij coronapatiënten konden werken, bleef echter bestaan. Vervolgens werd het argument van 'schijnveiligheid' uitgedragen, waarmee benadrukt werd dat mondmaskers, ook in de ouderenzorg, tot risico's konden leiden. Zorgmedewerkers noemen dit een 'motie van wantrouwen' richting het personeel in de ouderenzorg, en zeggen dat zij heel goed weten hoe ze een mondmasker veilig moeten dragen en gebruiken. Het leek wel alsof er steeds gezocht werd naar argumenten tegen mondmaskers, culminerend in het argument dat ze zelfs een potentieel gevaar in zich hadden. En dat terwijl het argument van schijnveiligheid mbt mondmaskers in de ouderenzorg dus geen wetenschappelijke basis kent. Wat is hierop uw reactie?

Zorgkoepels betrokken bij het BAO zeggen dat zij kritiek hadden op de RIVM-richtlijnen, maar geen direct werkcontact hadden met het RIVM. De kritiek die zij hadden moesten zij geven via het ministerie van VWS. Daardoor kregen ze dus niet direct de gelegenheid om het RIVM te laten weten wat volgens hen anders moest. Wat is daarop uw reactie? Zullen koepels bij een tweede golf opnieuw alleen via uw ministerie kritiek kunnen doorgeven aan het RIVM?

(10)(2e)

leidde de WIP-richtlijnen, en zegt dat zij direct contact had met de verpleeghuissector,

dat daar geen ministerie bij betrokken was. Ze vraagt zich ook sterk af waarom een ministerie überhaupt een (faciliterende, of welke dan ook) rol moet hebben als het wetenschappelijke richtlijnen betreft. Wat is daarop uw reactie? Gaat het ministerie bij een tweede golf opnieuw deze rol spelen?

Het RIVM valt wettelijk gezien onder het ministerie, en is daarmee wettelijk gezien geen zuiver onafhankelijk instituut, zo zeggen bestuurskundigen. Zij pleiten ervoor om een ZBO van het RIVM te maken zodat bij een tweede golf niet opnieuw de schijn kan ontstaan van politieke bemoeienis of politieke inmenging met of in de wetenschap. Ook zorgkoepels zeggen dat de wisselwerking tussen RIVM en VWS tot een intransparante situatie leidde. Wat is hierop uw reactie?