

PROCES VERBAAL VAN VERHOOR VAN GETUIGE-DESKUNDIGE

Op verzoek van de BuitenParlementaire OnderzoeksCommissie 2020 (BPOC2020) heb ik, mr. Frank Stadermann, vandaag als getuige-deskundige gehoord een persoon die mij opgaf te zijn:

Naam: Johannes Baptista Vosters

Geboortedatum: 31 mei 1942

Geboorteplaats: Eindhoven

Beroep: Oud hoofd jeugdgezondheidszorg Zeeland (gepensioneerd)

De getuige-deskundige heeft het volgende verklaard:

Ik beloof dat mijn hierna volgende relaas naar eer en geweten zal zijn. U mag mijn verklaring beschouwen alsof hij onder ede is afgelegd.

Het hierboven genoemde beroep, hoofd jeugdgezondheidszorg, is mijn laatste beroep voor mijn pensioen. Andere functies die ik heb bekleed, en die relevant zijn voor mijn verhaal, komen straks aan de orde.

Ik ben van 1981 tot 1998 directeur geweest van de GGD'en in Zuidoost Brabant. In die hoedanigheid had ik veel contact met colleges van burgemeester en wethouders. Ik weet dan ook hoe de contacten tussen politici en ambtenaren werken en ik weet wat politici van ambtenaren verwachten. In 1998 was ik waarnemend voorzitter van de Vereniging van GGD'en. In die periode was er in Nederland een polio-epidemie. Toen was ik in die hoedanigheid betrokken bij overleg namens de GGD'en met het RIVM en de Inspectie voor de Volksgezondheid. Ik weet dus een beetje hoe dat overleg destijds werkte. Tot de taak van de GGD'en in Nederland behoorde toen en behoort nog steeds om het RIVM te informeren, en het was en is nog steeds de taak van het RIVM om die informatie te verwerken en om mede op basis daarvan de Rijksoverheid te adviseren. De gegevens die de GGD'en aandroegen aan het RIVM werden omgezet in beleidsadviezen die helaas niet altijd even goed uitvoerbaar waren. Ik geef u een voorbeeld: wanneer het RIVM een advies gaf om te vaccineren, was er geen oog voor de vraag of de infrastructuur daarvoor wel toereikend was. Daarmee bedoel ik dat de mogelijkheden om het vaccin te verspreiden, ontoereikend waren.

In januari 2020 heeft het RIVM ongevraagd een eerste advies uitgebracht met betrekking tot de COVID-19 epidemie. Er was toen een uitbraak in Wuhan, China. De analyse van het probleem door het RIVM was goed. Mijn kritiek op dat advies is dat het RIVM meteen concrete maatregelen adviseerde. Dat deed men zonder voldoende onderzoek, voor zover dat uit het advies viel af te leiden. Men kwam tot die maatregelen op basis van de analyses van het Europese Center for Disease Control en de World Health Organization (WHO). Maar de adviezen van de Europese CDC en de WHO rechtvaardigden niet zonder meer de door het RIVM geadviseerde maatregelen. Met name bekritiseer ik het feit dat het RIVM COVID-19 classificeerde in categorie A. Categorie A betekent dat als een arts vermoedt dat er sprake is van een virus, behorend tot die categorie, hij verplicht is dat te melden aan de inspectie voor de volksgezondheid. Die advisering vond ik onvoldoende onderbouwd.

Ik teken hierbij aan dat ik sowieso een dergelijk advies in een analyse als bedoeld merkwaardig vind. Het is de taak van een adviesorgaan zoals het RIVM om een probleem te signaleren en daarvan gewag te maken bij de Rijksoverheid. De Rijksoverheid kan dan vervolgens, als zij daartoe aanleiding ziet, op basis van het ongevraagd gegeven advies, vragen welke concrete maatregelen er dan dienen te worden getroffen. Dit is van belang omdat de besluitvorming ligt bij de Rijksoverheid, niet bij het RIVM. Besluitvorming betekent keuzes maken. En de keuzes dienen te worden gemaakt door de

Rijksoverheid, niet door de adviseur zoals het RIVM. Dat geldt met name voor ingewikkelde zaken zoals COVID-19. Wat ik dus fout vind, is dat het RIVM ongevraagd in haar advisering van januari 2020 al maatregelen ging adviseren zonder dat de Rijksoverheid keuzes had gemaakt die aangaande. Het ongevraagde advies van januari hield in dat, zoals ik al zei, COVID-19 zou worden ondergebracht in categorie A. Ik vind dat het RIVM de overheid de keuze had moeten laten om het virus al dan niet in categorie A te plaatsen, waarbij men de argumenten voor en tegen erbij had moeten vermelden. Men had ook als beleid kunnen voorstellen om het tijdelijk in die categorie te plaatsen. Dat heeft het RIVM niet gedaan, men heeft als het ware zelf al voor de Rijksoverheid het beleid uitgestippeld. Overigens valt niet alleen het RIVM op dat punt een verwijt te maken. De ambtenaren van de Rijksoverheid hadden kunnen aangeven dat men een advies wenste op basis waarvan de Rijksoverheid zelf keuzes had kunnen maken ten aanzien van het te voeren beleid. U houdt mij terecht voor dat ik zelf niet betrokken ben geweest bij enig overleg tussen het RIVM en de Rijksoverheid. Maar ik heb ervaring met overleg tussen GGD'en en wethouders, en met overleg tussen GGD'en en het RIVM. Ik kijk naar de huidige situatie en de advisering door het RIVM vanuit mijn ervaring, en ik herken het patroon. Vanuit mijn positie bij de GGD probeerde ik altijd om de wethouders zodanig te adviseren dat zij zelf op basis van mijn analyse bepaalde beleidsbeslissingen konden nemen. Ik weet niet of alle directeurs van GGD'en hun taak op deze wijze opvatten, maar het zou wel zo moeten zijn. Daarbij legde ik dan keuzes voor, maar het maken van keuzes is niet de verantwoordelijkheid van de adviseur, maar van de politiek. Deze gang van zaken mis ik bij het RIVM.

Overigens vind ik dat we niet alleen moeten wijzen naar het RIVM. Ook de overheid heeft hier een taak. De overheid moet er ook voor zorgen dat het RIVM haar rol als adviseur op de juiste wijze vervult. De adviseur dient in ingewikkelde zaken keuzes voor te leggen en die keuzes niet zelf te maken.

Ik heb ernstige kritiek op het feit dat het RIVM COVID-19 toen niet-tijdelijk in categorie A is ondergebracht en dat de Rijksoverheid dus ook niet aldus heeft gehandeld. Dit onderbrengen van het virus in categorie A gaf de Rijksoverheid bevoegdheden waarvoor nu medisch-epidemiologisch gezien geen reden meer voor is. Ik bekritiseer niet dat COVID-19 in categorie A werd ondergebracht in januari, omdat we toen nog te weinig wisten. Maar na een maand of drie werd duidelijk dat het virus niet in die categorie thuishoorde. Dat kunnen we veilig zeggen, omdat na drie maanden het reproductiegetal al omlaag ging. Daarmee bedoel ik dat het aantal mensen dat door een besmet persoon wordt besmet, inmiddels was afgenomen. Dat was nog voordat de maatregelen, zoals de anderhalve meter, werden ingevoerd. Ik maak een vergelijking: men is de patiënt een koortswerend middel gaan voorschrijven nadat de koorts al was gedaald. Als men het virus tijdelijk in categorie A zou hebben ondergebracht, had de overheid überhaupt de maatregelen niet meer hoeven treffen. Ik heb het eerste advies van het RIVM, waarover ik hier spreek, pas recent gelezen. U houdt mij voor dat ik dan makkelijk kritiek kan hebben op het feit dat men in januari het virus slechts tijdelijk in de categorie A had moeten onderbrengen. Daarop antwoord ik u dat ik, als mij in januari om advies zou zijn gevraagd, hoogstwaarschijnlijk een aantal oplossingen zou hebben aangedragen, waaronder de mogelijkheid om het virus slechts tijdelijk in categorie A onder te brengen. Daarbij zou ik de voor- en nadelen van de diverse opties hebben opgesomd. Ik kan dat met stelligheid zeggen, omdat er in januari 2020 heel veel onzekerheden waren rondom het virus. Ik denk dat op grond van de argumenten die ik in mijn advies voor de diverse oplossingen zou hebben aangedragen, ik wel een voorkeur voor een tijdelijke opname in categorie A zou hebben uitgesproken. Maar uiteraard zou ik alle mogelijkheden hebben opengelaten. Ik zeg dat omdat je bij grote onzekerheden (en daarvan was sprake in januari 2020) alle mogelijkheden moet openhouden.

De kritiek die ik hiervoor heb geuit ten aanzien van het RIVM-advies van januari 2020, geldt ook voor de adviezen van het RIVM tot op heden (voor zover ik die heb gelezen). Ook die adviezen komen met gerichte maatregelen, zonder dat alternatieven worden benoemd en zonder die alternatieven te wegen.

Ik heb nog een andere ernstige vorm van kritiek op het RIVM. Dat betreft de communicatie met het Nederlandse publiek ten aanzien van het aantal besmettingen, de besmettelijkheid, en de overbelasting van de zorg. U houdt mij voor dat die communicatie afkomstig is van het kabinet. Daarop zeg ik u dat het kabinet in belangrijke mate vaart op de koers van het RIVM. Tot de taak van het RIVM behoort te voorkomen dat mensen angstig worden, omdat angst schadelijk is voor de volksgezondheid. Zo creëert het RIVM angst door dagelijks cijfers te geven over het aantal nieuwe besmettingen, zonder die aantallen te plaatsen in een bepaald kader. Als ik zeg dat er tien nieuwe besmette gevallen zijn bijgekomen, zonder aan te geven uit hoeveel mensen de onderzoeksgroep bestaat, zegt zo'n absoluut getal weinig. Ik zeg dit met de kennis die ik heb als epidemiologisch geschoolde.

Ik ben jarenlang forensisch arts geweest en ik heb veel ervaring met de procedure waarbij de doodsoorzakenverklaring wordt ingevuld. Daarbij wordt dan altijd de meest waarschijnlijke doodsoorzaak aangehouden. In periodes van een epidemie is de arts geneigd om, als de doodsoorzaak onduidelijk is, de meest waarschijnlijke ziekte als doodsoorzaak aan te merken. Ik licht dat toe. Wanneer een patiënt op hogere leeftijd is en overgewicht heeft, en bovendien koorts heeft of benauwd is, terwijl er geen sprake is van een duidelijk aanwijsbare doodsoorzaak, zoals bijvoorbeeld een hartinfarct, zal de arts in de huidige situatie geneigd zijn COVID-19 als doodsoorzaak aan te wijzen. Hierin zit een zelfversterkend effect. Naarmate meer artsen in dergelijke omstandigheden COVID-19 als doodsoorzaak invullen, zullen nog meer artsen dat gaan doen. Immers, COVID-19 wordt dan alleen maar steeds waarschijnlijker als doodsoorzaak, omdat het zoveel voorkomt. Dat dit thans bij COVID-19 daadwerkelijk gebeurt, heb ik natuurlijk zelf niet kunnen vaststellen, omdat ik niet meer werkzaam ben. Maar ik heb in het verleden wel vergelijkbare ervaringen opgedaan. Zo is bij hart- en vaatziekten in de vakliteratuur aangetoond dat die als doodsoorzaak werden aangemerkt omdat dat nu eenmaal een veelvoorkomende doodsoorzaak was. Achteraf moeten we zeggen dat dit niet in alle gevallen terecht zal zijn geweest, omdat we naderhand betere diagnoses zijn gaan stellen. Een doodsoorzaak kan lang niet altijd eenduidig worden vastgesteld. En dan ontstaat de neiging bij de arts om als doodsoorzaak te vermelden datgene dat op dat moment in het algemeen het meest voorkomt. Dat was destijds zo, en het lijkt voor mij geen twijfel dat dat nu met COVID-19 niet anders is.

Ook wil ik graag nog iets kwijt over het testbeleid en de wijze waarop de overheid en het RIVM daarmee omgaan. Mensen worden nu getest en daarbij worden deeltjes van het virus aangetroffen. Maar dat wil niet zeggen dat die mensen ook besmet zijn, en het wil al helemaal niet zeggen dat deze mensen ziek of besmettelijk zijn. De normale gang van zaken is dat iemand met klachten naar de arts gaat. De arts luistert naar de klachten van de patiënt en doet zo nodig lichamelijk onderzoek. Daarna besluit hij zo nodig tot laboratoriumonderzoek naar bijvoorbeeld bloed en urine. Dus het laboratorium wordt ingeschakeld om bepaalde vermoedens van de arts ten aanzien van de ziekte te bevestigen of uit te sluiten. Met het COVID-19 testbeleid wordt het omgekeerde gedaan. Het laboratoriumonderzoek behoort het sluitstuk te zijn. We laten immers ook niet bij iedereen röntgenfoto's van de benen maken om te zien of iemand misschien een gebroken been heeft.

Ik ben destijds uitvoerig betrokken geweest bij bevolkingsonderzoek naar borstkanker en baarmoederhalskanker. Daarbij geldt dat men het natuurlijk beloop van de ziekte moet kennen.

Daarmee bedoel ik dat men moet weten hoe de ziekte verloopt en welke behandelingen er aangewezen zijn. Dat weten we bij de ziektes die ik hier noem, maar bij COVID-19 weten we dat niet. Bij de meeste gevallen van besmetting is de betrokkene niet eens ziek. Met het COVID-19 testbeleid zijn we nu bezig met iets dat lijkt op een bevolkingsonderzoek. Maar dat onderzoek voldoet niet aan de voorwaarden die die wet aan een bevolkingsonderzoek stelt. Bovendien geldt bij dit “bevolkingsonderzoek” naar COVID-19 dat men niet test op ziekte, maar op besmetting.

Tot slot wil ik nog vermelden dat ik tenminste drie artsen persoonlijk ken die mij hebben verteld dat zij kritiek hebben op het huidige coronabeleid. Dat zijn artsen in loondienst. Hen is door hun werkgever verboden om met hun kritiek naar buiten te komen. U vraagt mij of de overheid voor dat gedrag van deze werkgevers verantwoordelijk is. Mijns inziens is dat zeker het geval, want die instellingen vinden, zo vertelden die artsen mij, dat men het overheidsbeleid niet mag doorkruisen.

Leiden
1 november 2020

Voorgelezen, volhard en ondertekend,

.....
Johannes Baptista Vosters

.....
Mr. F. Stadermann