

Is de zorginspectie IGJ er om toezicht te houden of om af te schrikken?

Posted on 23 juni 2026 by Armand Girbes

Zoals velen, en zeker diegenen die de Covid-19 pandemie van diep binnenuit hebben meegemaakt, volg ik met belangstelling de openbare verhoren door de Tweede Kamer Coronacommissie. Die parlementaire enquête komt schandelijk laat: te laat voor wie het heeft weggestopt, én te laat voor wie er nog dagelijks aan terugdenkt.

Wanneer ik terugdenk aan de coronatijd is het voor mij nog altijd onbegrijpelijk hoe de tunnelvisie van de bestuurders in onze samenleving zo kon voortduren. En dat was niet alleen in Nederland het geval. Diezelfde tunnelvisie zien we ook nu bij andere dossiers. Je zou haast denken aan een tijdsverschijnsel dat bijna religieuze trekken heeft.

Tijdens de COVID-19-pandemie werd niet alleen een virus bestreden, maar ook de professionele ruimte van artsen. De overheid ging ons voorschrijven wie we moesten behandelen en voorrang geven. Een ander verschijnsel was hoe

intelligente mensen, ondanks het feit dat ze beter wisten, toch het overheidsnarratief verkondigden.

De 'testmaatschappij'

Voor mij kwam dat tot een hoogtepunt bij de introductie van de QR-code en de 'test-maatschappij'. Onvergetelijk was ook de Jiskefet-waardige scène met minister Grapperhaus die op een strandpad nog even de laatste instructies gaf over de anderhalve meter afstand op het strand. Dat Grapperhaus wel beter wist, had hij gedemonstreerd bij zijn eigen huwelijksfeest. Daarbij liepen zijn gasten gewoon elkaar zoenend en zonder ook maar een spoortje van de anderhalve meter door elkaar op het feestelijke bordes.

In Nederland speelde de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ook een bijzondere rol. Degenen die de IGJ al wat langer volgden en hun methoden kenden, waren daar niet zo verbaasd over. Die rol van de IGJ verdient al heel lang een kritische reflectie, maar heeft die nooit gekregen waarbij het zelfcorrigerend vermogen van de IGJ de laatste 20 jaar kennelijk beperkt was. De tijd van een voor de politiek en het ministerie lastige en zelfstandig kritische denker als hoogste baas van IGJ, zoals prof. Herre Kingma, was al lang voorbij.

Natuurlijk past begrip voor het feit dat het voor IGJ lastig is goede mensen aan te trekken omdat werken bij de IGJ onder andere betekent het werken met veel minder vrijheidsgraden als professional en veelal minder betaald, voor medisch specialisten. Wanneer bovendien de hoogste baas van IGJ geen krachtige persoonlijkheid is, is het lastig laveren voor IGJ tussen politiek wenselijk, door media min of meer gedwongen reageren op het schandaal van de dag, en een werkelijk inhoudsgedreven onafhankelijke koers varen. Niet zelden wordt de IGJ opgezweept door politici om hard te meppen wanneer een of ander schandaal in de media is verschenen. Helaas vaak zonder dat de juiste context al bekend is.

De hoogste IGJ-functionaris is bovendien geen door de beroepsgroep gekozen toezichthouder, maar een politieke topbenoeming door de ministerraad binnen het ABD/TMG-kader. De positie van de IGJ als onderdeel van het ministerie van VWS brengt een inherente spanning met zich mee tussen onafhankelijk toezicht en politieke verwachtingen.

Toezicht, maar ook onderdeel ministerie

Een belangrijke taak van IGJ is toezicht op de medisch-verpleegkundige discipline, waarbij het belangrijk is te beseffen dat IGJ onderdeel is van het ministerie van VWS. En hoe minder lastig de hoogste baas van IGJ is, hoe makkelijker deze is aan te sturen door de politiek.

Want waar toezicht noodzakelijk is, kan het in tijden van onzekerheid ook ontsporen. Laat één punt vooraf helder zijn. Er is geen solide wetenschappelijk bewijs dat ivermectine of hydroxychloroquine, in welke combinatie dan ook, een gunstig effect hebben op het beloop van COVID-19. Evenmin is er overtuigend bewijs voor enig effect bij long-COVID. Beweringen in die richting zijn niet gebaseerd op robuuste data. Als wetenschapper kan ik daar weinig ruimte laten voor interpretatie.

Maar daarmee is de discussie over het optreden van de IGJ tijdens de pandemie niet beslecht. Want de vraag is niet alleen wie er inhoudelijk gelijk had. De vraag is hoe een toezichthouder omgaat met artsen die – in een context van onzekerheid – afwijken van de norm.

In de vroege fase van de pandemie ontbraken bewezen therapieën. In vitro studies suggereerden mogelijke effectiviteit, de klinische druk was immens en patiënten verslechterden voor onze ogen. In zulke omstandigheden grijpen artsen terug op een oud principe: handelen naar beste weten met beperkte kennis. Dat is geen ontsporing van de geneeskunde, maar haar oorsprong.

Huisarts Rob Elens belichaamt dat spanningsveld. Als tropenarts had hij ervaring met de middelen die hij voorschreef. Zijn overtuiging dat ze werkten was ongetwijfeld gekleurd door bias – zoals dat geldt voor iedere individuele klinische waarneming. Maar zijn fundamentele tekort was niet kwade wil, het was een gebrek aan scholing in moderne methodologie: hoe onderscheiden we effect van schijn, en causaliteit van correlatie?

Juist daar had *ondersteuning* moeten volgen. In plaats daarvan werd hij, na vergeefse pogingen om aansluiting te vinden bij het formele onderzoeksveld, geconfronteerd met hard ingrijpen. De IGJ koos niet voor begeleiding of inkadering, maar – mede op instigatie van de minister – voor afschrikking, op een manier die de grenzen van proportioneel toezicht ver overschreed.

Averechts effect

Wie te goeder trouw werkende artsen publiekelijk corrigeert zonder hen inhoudelijk mee te nemen, bereikt zelden gedragsverandering. Men bereikt eerder het tegenovergestelde: terugtrekking, verharding van standpunten en in sommige gevallen radicalisering.

Dat is geen theoretisch risico. We hebben het gezien bij internationaal gerenommeerde onderzoekers. Paul Marik, ooit een gerespecteerd intensivist en wetenschapper, raakte overtuigd van de effectiviteit van vitamine C en hydrocortison bij sepsis. Wat begon als een hypothese, groeide uit tot een bijna onwrikbaar geloof – gevoed, niet afgeremd, door weerstand vanuit de wetenschappelijke gemeenschap. Uiteindelijk leidde dat niet tot correctie, maar tot isolatie.

Onzekerheid en grote druk

Ook dichter bij huis is dit mechanisme herkenbaar. Binnen de intensive care zijn vaker 'bijna-religieuze' overtuigingen ontstaan rond onbewezen interventies. Vroege toepassing van continue nierfunctievervangende therapie (CVVH), nog vóór duidelijke indicaties, werd door sommigen met grote stelligheid verdedigd.

Hetzelfde gold voor zeer strikte glucoseregulatie bij kritiek zieke patiënten. In beide gevallen waren de overtuigingen sterker dan de data, en werden kritische geluiden aanvankelijk maar beperkt geaccepteerd. Ik heb dat persoonlijk als criticaster ondervonden.

Maar dit soort dynamiek is inherent aan een vakgebied dat opereert onder onzekerheid en hoge druk. Juist daarom vraagt het om een volwassen reactie van toezichthouders. Niet elke afwijking is een misstand; niet elke misvatting vereist een sanctie.

De IGJ heeft in de pandemie te vaak gekozen voor het zwaarste instrument. Dat patroon was al zichtbaar in eerdere dossiers, zoals de casus-Tuitjenhorn (huisarts pleegde zelfmoord nadat de inspectie hem op non-actief had gesteld en Justitie hem aanklaagde voor moord, red.), waar ongekend hard optreden leidde tot publieke beschadiging en een klimaat van angst, in een casus die eindigde in de tragische

zelfdoding.

Maar IGJ heeft ook complete instellingen onnodig beschadigd en verkeerd de maat genomen. Instellingen en professionals die vrezen voor reputatieschade en sancties, worden defensief en angst voor de IGJ wordt het Leidmotief. Dat remt open debat en kritische zelfcorrectie – precies de mechanismen die de wetenschap nodig heeft.

De rol van de media versterkt dit. In plaats van de complexiteit van klinisch handelen onder onzekerheid te duiden, kiest een deel van de pers reflexmatig de zijde van de toezichthouder. Schuld en sanctie verkopen beter dan twijfel en nuance.

Meer dan handhaving

Toezicht blijft essentieel. Maar effectief toezicht in een crisis vraagt om meer dan handhaving. Het vraagt om proportionaliteit, om begrip van klinische realiteit en vooral om investering in kennis. In dit opzicht lijkt het lerend vermogen van IGJ beperkt.

Wanneer artsen buiten gangbare lijnen kleuren, dient ook de vraag gesteld te worden hoe zeker die lijnen zijn. Maar daarvoor is inhoudelijke kennis nodig, die IGJ helaas veelal ontbeert. Anderzijds, natuurlijk bestaan er ook grenzen die niet overtreden mogen worden en is strak toezicht noodzakelijk.

Wanneer dat onderscheid niet gemaakt wordt, loop je het risico precies datgene te versterken wat men wil bestrijden. Niet de afwijking verdwijnt, maar zij verhardt. De les van COVID-19 is daarom dubbel.

Wetenschap moet leidend zijn—zonder uitzondering. Maar de weg naar die wetenschap vraagt om juiste duiding van de relativiteit en de bestaande onzekerheid en een infrastructuur van ondersteuning, niet van afstraffing. Als IGJ de relatieve aard van medisch bewijs en de onvermijdelijke onzekerheid in de klinische werkelijkheid niet goed weet te duiden, en vooral disproportioneel met veel machtsvertoon straft, ondermijnt zij niet de dissident, maar de zorg.

De les van COVID is dubbel. Wetenschap moet leidend zijn. Maar de weg daarnaartoe vraagt om volwassen omgang met onzekerheid – geen inquisitie.

Armand Girbes**, intensivist-klinisch farmacoloog en tot voor kort hoogleraar intensive care-geneeskunde, schrijft iedere maand een column voor Wynia's Week. Wynia's Week belicht het nieuws graag van verschillende kanten. Steunt u deze onafhankelijke aanpak? **Hartelijk dank!

*Journaliste **Eva Munnik** publiceerde bij Uitgeverij Blauwburgwal haar nieuwe boek **'De Covidstaat'**, waarin ook de ervaringen van Armand Girbes aan bod komen. Het boek is nu overal te koop.*


Eva Munnik
de
COVIDSTAAT
Over macht, angst en (on)vrijheid
tijdens de pandemie
BLAUWBURGWAL