

Verslag van een openbaar verhoor

De parlementaire enquêtecommissie Corona heeft op 29 mei 2026 mevrouw Koopmans als getuige gehoord, die werd bijgestaan door mevrouw Godijn.

Voorzitter: De Kort
Griffier: Rijkers

Aanwezige leden van de commissie: Huidekooper, De Kort, Lammers, Mutluer en Poortman.

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**:

Ik open de vergadering. Aan de orde is het eerste openbare verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona.

Ik verzoek de griffier om de getuige binnen te leiden.

(Mevrouw Koopmans wordt binnengeleid door de griffier.)

De **voorzitter**:

Mevrouw Koopmans, van harte welkom namens de parlementaire enquêtecommissie Corona. Ook welkom aan uw bijstandsverlener. Aan de orde is het eerste openbare verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona. Het is vandaag vrijdag 29 mei 2026. De coronapandemie leidde begin 2020 tot een wereldwijde crisis. Ook op de Nederlandse samenleving had deze veel impact. Het kabinet nam maatregelen die ingrijpend waren en in ons dagelijks leven tot gevolgen voor iedereen hebben geleid. Ook de Tweede Kamer had een belangrijke rol in de besluitvorming. We willen leren van de coronaperiode. Als parlementaire enquêtecommissie is dat dan ook onze taak. Het is belangrijk dat er een grondige, breed gedragen terugblik vanuit de Tweede Kamer komt op de coronaperiode.

Mevrouw Koopmans, u bent en u was ook tijdens de pandemie hoogleraar virologie aan het Erasmus MC en vanuit uw expertise lid van het Outbreak Management Team. Vanuit die rol bent u als getuige opgeroepen voor dit verhoor. U heeft aangegeven de belofte te willen afleggen. Ik verzoek u daarmee te bevestigen dat u de gehele waarheid en niets dan de waarheid zal zeggen. Ik wil u verzoeken om te gaan staan.

(In handen van de voorzitter legt de mevrouw Koopmans de belofte af.)

De **voorzitter**:

U staat onder ede. Ik verzoek u om te gaan zitten.

Voordat we verdergaan met het verhoor, wil ik de fotografen even de gelegenheid geven om foto's te maken. Daarna gaan we verder.

(Er worden enkele foto's gemaakt.)

Mevrouw Koopmans, het is de bedoeling dat u uw microfoon aanzet. Die kan het hele verhoor aan blijven staan. Uw bijstandsverlener krijgt niet de gelegenheid om te spreken. Heeft u aan de voorkant vragen aan de commissie?

Mevrouw **Koopmans**:

Nee, het is me allemaal duidelijk.

De **voorzitter**:

Oké, fijn. Dit is het eerste openbare verhoor. Als commissie kunnen we ons voorstellen dat het spannend is om onder ede in het openbaar te moeten antwoorden. In alle eerlijkheid: ook voor de parlementaire enquêtecommissie is dit een spannend moment; het is ook voor ons het eerste openbare verhoor. Maar we hebben er ook veel zin in. We hebben veel vragen te stellen, dus laten we vooral beginnen. Het verhoor zal worden afgenomen door collega Mutluer en mijzelf. Collega Poortman zal mogelijk enkele aanvullende vragen stellen. Voor het eerste onderwerp geef ik het woord aan collega Mutluer.

Mevrouw **Mutluer**:

Mevrouw Koopmans, ook namens mij van harte welkom bij het eerste verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona. We mogen vandaag samen het spits afbijten. U bent hoogleraar virologie aan het Erasmus MC. U bent ook lid van het Outbreak Management Team, het OMT. We zullen wat vaker afkortingen gebruiken tijdens het verhoor. Het OMT was het medisch-virologische adviesorgaan van het kabinet tijdens de pandemie. Wij willen het vandaag met u hebben over de pandemie en met name over de afwegingen van het OMT, maar we beginnen helemaal aan het begin van de pandemie en bij de basis van het virus. In dat licht is mijn eerste vraag: kunt u vanuit uw professie uitleggen wat corona voor virus is?

Mevrouw **Koopmans**:

Ja, dank u wel. Corona is een virus uit een grotere groep die we al langer kennen, namelijk een familie van virussen. Het is een virus dat in dit geval uit dieren afkomstig is en dat is gaan verspreiden onder mensen. Hoe dat precies is gegaan, weten we niet. Het is een virus dat mensen via de luchtwegen kan infecteren; dat hebben we allemaal gemerkt. Het kan dan dus klachten van de luchtwegen geven, maar in het geval van het virus dat de pandemie heeft veroorzaakt, daarnaast ook allerlei andere klachten. Dat wordt nu, na lange tijd, natuurlijk steeds duidelijker, maar is nog steeds niet helemaal helder.

Mevrouw **Mutluer**:

Daar wil ik straks iets meer over weten, maar laten we teruggaan naar die tijd. U bent in die tijd een vooraanstaand viroloog met een breed internationaal netwerk. U krijgt de eerste signalen binnen over het bestaan van het virus. Wanneer hoorde u voor het eerst over het virus dat in Wuhan was ontdekt?

Mevrouw **Koopmans**:

Het eerste signaal dat er iets gaande was, kwam op oudjaarsavond 2019. Ik zag net het opstartfilmpje. Dat begint natuurlijk met het moment dat het eerste geval in Nederland was, maar al bijna twee maanden daarvoor was er al het een en ander gaande. Oudjaar 2019 was er een bericht op social media waarin een financieel dagblad vertelde over een oproep van een soort GGD in de stad Wuhan. Die had namelijk opvallend veel mensen gezien met een longontsteking en die mensen waren bij een markt geweest. Dat is een

van de vele signalen die wekelijks internationaal gedeeld worden en die het WHO en bijvoorbeeld het RIVM bekijken, in de zin van: moet daar iets mee? Het was dusdanig dat ik zelf ook contact heb gezocht met collega's bij de WHO; dat is de Wereldgezondheidsorganisatie, zeg ik even ter verduidelijking van de afkorting. Die collega's zeiden: we zijn ermee bezig; we weten het nog niet. Maar drie dagen daarna begon er ook weer via social media wat rond te zingen over dat er misschien een laboratoriumuitslag was waar de term "SARS" op stond. Dat was voor mij de eerste trigger om te denken: oei, wat is daar gaande? SARS is namelijk een afkorting voor een ander coronavirus, waar we eerder uitbraken van hebben gezien. Die zijn ook gestopt. Die kwamen ook uit dieren, maar die gaven hele ernstige longontstekingen. Dat beeld was eigenlijk de start voor heel veel internationale acties, om te kijken: "Wat als dit inderdaad een nieuw coronavirus is bij mensen in Wuhan? Wat moeten we dan nu gaan starten om daar bijvoorbeeld op te kunnen testen als er een reiziger uit Wuhan zou komen?" Dat was voor mij echt de start.

Mevrouw **Mutluer**:

Voor mijn helderheid: wat was het exacte moment dat u contact opnam met de World Health Organization?

Mevrouw **Koopmans**:

Oudjaarsavond 2019.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe schatte u op dat moment de kans in dat het virus naar Nederland zou komen?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat is op zo'n moment niet te zeggen. Er zijn allerlei wereldwijde alerteringssystemen. Die worden in de gaten gehouden. De WHO, maar ook het Europese CDC, het RIVM, wij, kijken daarnaar en kijken of hier iets is waar je extra aandacht aan moet besteden. Zo worden er alleen al in Europa iets van 20.000 van dat soort signalen per jaar bekeken. Een keer of 50 is het iets waar je echt wat mee moet. De eerste stap is echt kijken: wat speelt hier en wie kan daar meer informatie over bieden? Dan ben je afhankelijk van de informatie die komt van de plek waar zoiets speelt. Wat er meteen die

eerste week gebeurde, was intensief contact vanuit de WHO met de gezondheidsdiensten van China. Zij deden een zogenaamd request for information, zo van: "Hé, vertel ons wat jullie zien. Wat zijn jullie aan het doen? Zien jullie meer verspreiding? Wat is jullie duiding van waar we naar zitten te kijken?" Dat proces heeft echt tijd nodig. Dat is niet anders dan momenteel gaande is met ebola in Oost-Congo. Waar zit het allemaal precies? Waar kijken we precies naar?

Ergens 10 januari werd voor het eerst gezegd dat het inderdaad een nieuw coronavirus was. Dan weet je dat je echt naar iets nieuws zit te kijken. Dan heb je eigenlijk bij elke uitbraak een hele serie standaardvragen. Hoe kan ik vaststellen wie dat heeft en wie dat niet heeft? Dat heb je nodig om te weten waar dat virus allemaal zit. Dat heb je ook nodig om vervolgens te weten hoe je het tegenhoudt. Het gaat ook om zaken als: wat doet het eigenlijk; welke klachten veroorzaakt het? Dat proces duurt gewoon een tijd. Ik heb veel gesprekken en interviews gehad, en mensen zeggen dan: dat moet toch veel sneller kunnen? Ik denk eerlijk gezegd dat bij elke volgende uitbraak die onzekere fase steeds opnieuw zou gebeuren. Je hebt een fase van weken, misschien wel maanden, waarin je een heleboel niet weet en te weten probeert te komen door heel goed te kijken naar wat er zich ontwikkelt. Dan ben je dus ook afhankelijk van de informatievoorziening vanuit de mensen die dat onderzoek doen op de plek waar het zich voordoet.

Mevrouw **Mutluer**:

Zoals ik net zei: u bent een vooraanstaand viroloog. Dat was u ook in die tijd. Ik begrijp dat u ook korte lijnen had met de Wereldgezondheidsorganisatie, de World Health Organization. Had u toen al het vermoeden, toen u het een en ander las en zag, dat dit een pandemie zou worden?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, daar hou je rekening mee. De reden waarom er internationale netwerken zijn op dit gebied, is om juist heel vroeg bij zo'n situatie te zijn, om juist die cruciale vragen te kunnen beantwoorden. Die antwoorden heb je nodig om de vragen van nu te kunnen beantwoorden. Dat weet je aan het begin niet. We hebben vaker dit soort zogenaamde spill-overs, infecties die uit dieren overspringen. We hebben net de cruiseschipuitbraak gezien; dat is

er ook zo een. Of zoiets zich verder gaat verspreiden, weet je aan het begin niet. Dat is dus ook waar heel veel van de vroege detectie, bron- en contactopsporing en onderzoek op gericht zijn, om te leren hoe het virus zich gedraagt. Waar moeten we rekening mee houden en wat heeft dit voor gevolgen voor de verdere verspreiding?

Hier was de eerste inschatting ... Ik was ook lid van het spoedcomité van de WHO. Dat wordt bij elkaar geroepen als er zoiets speelt. Daarin werd aan China gevraagd – aan het Chinese RIVM, zal ik maar zeggen – wat ze precies aan het doen waren. Zij vertelden bijvoorbeeld dat zij in de gezinnen, in de straten en in de buurten waar de eerste verdachte personen met symptomen gezien waren, deur-aan-deuronderzoek hadden gedaan om te kijken of er meer gevallen waren. Dat leek mee te vallen. Het leek zich eigenlijk niet heel gemakkelijk te verspreiden. Dat was de eerste informatie in de eerste pakweg twee weken van januari. Daarbij was het beeld: het lijkt misschien wel meer op SARS. SARS was een ernstige infectie met veel ernstige ziekte, maar het was relatief makkelijk te bestrijden. Dat is natuurlijk de hamvraag: hoe kom je daarachter?

De eerste informatie over dat er misschien toch wel overdracht tussen personen was, kwam – ik weet het nog letterlijk – op 19 januari. Daar werd dat ook besproken.

Mevrouw **Mutluer**:

Waar werd dat besproken?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat werd besproken in ... Het was beschreven in een publicatie die een van mijn collega's ter beoordeling kreeg. Normaal gesproken moet je dat geheimhouden, maar hij vond het zo belangrijk – hij zei: dat is zo'n bepalende vraag – dat hij het toen ook heeft gedeeld met de Wereldgezondheidsorganisatie. Daaruit kwam het eerste bericht dat dit ook overdraagbaar was. Dan weet je nog niet hóé overdraagbaar het is. Daarvoor kijk je dan naar de volgende stappen. Er kwamen infecties via reizigers in Taiwan en in Japan. Wat daar gedaan werd, was eigenlijk het basiswerk dat in Nederland ook gedaan wordt door de GGD'en in samenwerking met het RIVM in zo'n situatie, namelijk: je speurt gevallen op, die gaan in isolatie, je

kijkt naar de contacten en die gaan in quarantaine. Met die public-healthbasismaatregelen stopte het daar. Ook daarmee leek dat aanvankelijk meer te passen bij het plaatje van "meer SARS-achtig" dan bijvoorbeeld "griepachtig", wat verspreiding betreft.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe ontwikkelde het virus zich gedurende de pandemie?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, het eerste signaal waardoor ik dacht "het lijkt wel echt besmettelijker te zijn", was toen het virus in Duitsland terechtkwam.

Mevrouw **Mutluer**:

Wanneer?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat was eind januari. Dat was het eerste cluster in Europa. Dat waren mensen met voornamelijk milde klachten. Dat was een nieuwe waarneming. Ik weet nog dat mijn Duitse collega Christian Drosten zei: het verspreidt zich als een neusverkoudheid. Hij heeft ook heel veel onderzoek gedaan naar SARS. Dat was echt een wereld van verschil met hoe SARS zich gedroeg. Dan weet je: dit is echt anders wat betreft overdraagbaarheid. Maar dan krijg je dus ook meteen ... Dan zijn er dus kennelijk ook meer mensen met milde klachten. Dan krijg je de vraag hoe ernstig het nou eigenlijk is. Ik schets dat vrij uitvoerig, omdat dat echt de vragen zijn waar je aan het begin tegen aan zit te kijken. Dat zou echt bij elke uitbraak weer opnieuw gebeuren. Daar kwam dus uit naar voren dat er veel meer mensen waren met milde klachten of misschien zelfs geen klachten.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil eigenlijk dat onderdeel voor nu laten wat het is, omdat ik daar straks uitgebreid op wil gaan inzoomen.

Mevrouw **Koopmans**:

O, dat is mooi.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat ik wil terugpakken, is het gegeven dat er verschillende theorieën zijn – daar refereerde u aan het begin van dit verhoor ook aan – over de oorsprong van het virus.

Mevrouw **Koopmans**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Is het van dier op mens overgegaan of was het een laboratoriumlek? In dat kader heeft u zelf met een aantal andere collega's namens de Wereldgezondheidsorganisatie onderzoek gedaan naar de oorsprong van het virus. Jullie zijn als team naar China afgereisd in februari 2021, of nee, in januari 2021. In februari 2021 is het team met een aantal conclusies gekomen. Wat kunt u ons daarover vertellen?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat was dus wel een jaar na de start van de pandemie, dus dat was rijkelijk laat, maar we waren inderdaad gevraagd om dat te doen. We hebben dat dus een aantal maanden voorbereid, zo van: wat willen we precies weten over echt allerlei gegevens aan het begin van die pandemie, dus al van de maanden voor december 2019 in Wuhan? Dat ging ook om de reconstructie. Wat is nou de eerste informatie? Wie heeft wat gemeld? Wie heeft wat onderzocht? Dat was het doel van deze eerste ... Ja, stap. We hebben daarvoor ook opdracht gegeven voor een aantal onderzoeken. Er zijn in totaal meer dan 1.000 mensen bezig geweest om op verschillende manieren te proberen te achterhalen: circuleerde dit al veel vroeger of circuleerde dit op andere plekken? We hebben gekeken naar die markt. Wat was daar eigenlijk allemaal en wat was de aanvoerketen van die markt? Dus: waar in China, en misschien ook wel buiten China, moet je misschien allemaal gaan zoeken als je wil vinden waar dat virus vandaan is gekomen? Er waren ook vermoedens of theorieën dat er wellicht een probleem was met een lab in de buurt, dus we hebben alle laboratoria die daarbij betrokken waren, bezocht, besproken en bekeken.

Alles bij elkaar, met die informatie, hebben wij geconcludeerd: het is inderdaad waarschijnlijk dat hier echt de boel los is gegaan; het is niet zeker

dat het virus ook echt hier begonnen is, want de hoek ... Het begon in de hoek van de markt. Daar waren heel veel positieve gevallen. Dat was niet overall zo, maar echt op een hoek van de markt. Dat was ook een hoek waar wilde dieren verhandeld werden. Die dieren kwamen vanuit grote delen van China. Wij hebben toen gezegd dat de volgende stap moest zijn: kijken hoe de aanvoerroute is, kijken bij de aanvoerbedrijven en kijken of daar wellicht ook vroege gevallen zijn geweest. Dat moet namelijk de volgende stap zijn in je onderzoek om te weten waar het nou precies vandaan komt.

Mevrouw **Mutluer**:

Had u voor uw gevoel voldoende informatie om dat onderzoek op een gedegen wijze tot stand te brengen?

Mevrouw **Koopmans**:

Ja. We hebben toen heel veel gegevens opgehaald en studies en analyses bekeken, maar u doelt waarschijnlijk op de kritiek die meteen daarna kwam dat dat niet genoeg was. Ik vind ...

Mevrouw **Mutluer**:

Waar kwam die kritiek vandaan?

Mevrouw **Koopmans**:

Die kwam voor een deel vanuit de Verenigde Staten. Daar was China er vanuit de overheid van beschuldigd het virus wellicht te hebben laten ontsnappen, dus dat was meteen een vrij politieke duiding. Wij hebben in ons verslag alle mogelijke afwegingen beschreven en gezegd: met alles wat wij zien en vinden, denken wij dat het het meest waarschijnlijk is dat dit virus uit dieren komt, net zoals we bij heel veel van dit soort uitbraken in het verleden hebben gezien, maar zeker weten doen we dat niet. We hebben een aantal aanbevelingen gedaan voor wat de volgende stappen zouden moeten zijn.

Er was bijvoorbeeld de kritiek: waarom heeft China jullie niet meteen alle patiëntengegevens gegeven? Tja, als ik dat in mijn ziekenhuis vraag, krijg ik die ook niet zomaar. Daar zijn processen voor. Dat moet je eerst aan medisch-ethische toetsingscommissies voorleggen. Daar heb je juridische afspraken en privacyregels voor. We hebben dat besproken. We hebben

gezegd: het zou kunnen dat we dit de volgende keer willen zien; zorg dat het dan geregeld is. Maar in de buitenwereld bleek het beeld te zijn: dat vraag je toch zo en dan krijg je dat toch zo? Maar zo werkt dat niet. Dat zou in Nederland zeker ook niet zo werken als hier een internationale onderzoekscommissie zou komen die zou zeggen: geef mij eens even al die patiëntengegevens. Dat is in China niet anders. Daar zaten dus ook wel misverstanden onder. Je kunt zeggen dat de WHO dat misschien in de afspraken met China vooraf beter had kunnen regelen, maar dat was dus niet geregeld. Wij hebben dus gezegd: dan willen we dat de volgende keer bekijken.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik hoor u zeggen dat dit het meest waarschijnlijke scenario was, maar dat het niet definitief is.

Mevrouw **Koopmans**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Er zijn bedenkingen vanuit Amerika, hoor ik u ook zeggen, maar wij weten uit ons onderzoek dat er ook serieuze bedenkingen zijn geuit door onder andere buitenlandse inlichtingendiensten, experts en wetenschappers. Er lijkt dus geen consensus te zijn over de oorsprong van het virus. U heeft aanbevelingen gedaan bij dat onderzoek. Wat waren die aanbevelingen?

Mevrouw **Koopmans**:

Onze aanbevelingen ... Wij hebben dus met alles wat wij tot dan toe gezien hadden, een soort volgorde van waarschijnlijkheid beschreven van wat hier precies van de oorsprong was. En we hebben aanbevelingen gedaan voor het vervolg. Ik weet inderdaad van de informatie van bepaalde veiligheidsdiensten, maar dat is geheime informatie. Die kun je dus niet meewegen. Ik heb zelf zelfs een keer een oproep gedaan in een publicatie: deel dat dan met de WHO; dat kan besloten gebeuren, maar zodanig dat het naast de andere informatie gelegd kan worden, want dan kun je kijken of het de inschatting verandert. Maar zonder die informatie kan ik dat als wetenschapper niet doen.

Mevrouw **Mutluer**:

Mag ik daarmee concluderen dat er dus geen consensus is over de oorsprong van het virus, dat daar onderzoek naar moet worden gedaan?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, ik denk dat dat verschilt. In de wetenschapswereld die zich met dit soort infecties bezighoudt, is het overgrote merendeel van de mensen ervan overtuigd dat het een van de vele voorbeelden is van een spill-over uit dieren, ook al weten we niet precies hoe dat gegaan is. Er is daarnaast een discussie in wat meer politieke kringen, waar ook een aantal wetenschappers bij betrokken zijn. Die zeggen: wij vinden de aanwijzingen dat het in een lab gemaakt is en ook is overgesprongen, sterker. Dan heb je dus een patstelling. Daar kom je niet uit.

Mevrouw **Mutluer**:

Daarmee zijn er dus twee theorieën.

Dan mijn laatste vraag bij dit onderdeel van het verhoor. Had het uitgemaakt voor de aanpak van de pandemie om te weten wat de oorsprong van het virus was?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou ja, het maakt natuurlijk uit voor eventuele geopolitieke maatregelen, denk ik dan. Voor de bestrijding maakt het niet uit, want je moet precies hetzelfde doen, onafhankelijk van wat nou de herkomst is. Dat maakt dus niet uit.

Ik wil toch even terugkomen op "er zijn twee theorieën". Dat vind ik een heel ingewikkeld proces, juist bij deze pandemie. Er komen processen op gang, eigenlijk aanvankelijk buiten de wetenschap, waarmee steeds meer van de aanvankelijke wetenschappelijke consensus in twijfel getrokken wordt. Nu is het dus inderdaad verschoven van "dit is het meest waarschijnlijk" naar "het zijn gelijkwaardige theorieën". Dat kan en je hebt natuurlijk allebei de mogelijkheden om het verder te onderzoeken. Toch vind ik dat een heel ingewikkeld proces, dat we op meer plekken in deze pandemie hebben zien gebeuren.

Mevrouw **Mutluer**:

Dank u voor uw uitleg. Ik heb verder geen vervolgvragen.

De **voorzitter**:

Dan dank ik collega Mutluer en kijk ik of collega Poortman nog aanvullende vragen heeft.

De heer **Poortman**:

Dank, voorzitter. Ik heb op dit punt geen aanvullende vragen.

De **voorzitter**:

Dan heb ik zelf nog één aanvullende vraag. U gaf aan dat een collega van u een publicatie had, op 19 januari 2020. Nu parafraseer ik u, maar u gaf ook aan dat die eigenlijk geheim had moeten blijven, maar dat uw collega die zo bepalend vond dat die toch gepubliceerd moest worden.

Mevrouw **Koopmans**:

Dat was niet een publicatie van een collega, maar dat was een publicatie die hij te beoordelen kreeg als reviewer. Dat is hoe het wetenschappelijke proces werkt. Je doet onderzoek. Je schrijft daar publicaties over. Die bied je aan een tijdschrift aan. Dat tijdschrift zoekt daar onafhankelijke beoordelaren bij. Die worden geacht om niet te communiceren over wat ze zien, maar te adviseren over de methodiek en de conclusies – "klopt dat?" – en dat terug te koppelen naar het tijdschrift. De schrijver krijgt dat dan weer te zien. Dan kan die dat verbeteren. Hij heeft dus eigenlijk de vertrouwelijkheid van de reviewer, zoals dat dan heet, doorbroken omdat hij zei: maar dit is te belangrijk; ik ga dit toch vertrouwelijk delen met de WHO.

De **voorzitter**:

Nee, oké, helder. Dan hebben we dat ook scherp.

Dan wil ik met u naar het volgende onderwerp gaan. Dat is het Outbreak Management Team, dat ik vanaf nu "OMT" zal noemen. Voor corona waren weinig mensen bekend met het OMT. Wat voor rol heeft het OMT tijdens een pandemie?

Mevrouw Koopmans:

Het OMT is eigenlijk een al lang bestaand instrument. Dat is er vanaf 1995, naar mijn weten. Het is een groep die door de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding – dat was in dit geval Jaap van Dissel – of door het ministerie gevraagd kan worden om te adviseren bij een infectieziekte die groter of anders is, waar meer informatie over nodig is. Nederland heeft de infectieziektebestrijding georganiseerd met GGD's en het RIVM. Dat is een goede samenwerking. Daar gebeurt eigenlijk de dagelijkse gang van zaken. Daar zijn ook laboratoria bij betrokken voor de diagnosestelling. Veel van de uitbraken gebeuren gewoon binnen een GGD-regio en worden daar afgehandeld. Als het wat ingewikkelder of complexer wordt, kan er een volgende stap zijn. Dan kan het RIVM een deskundigenberaad bij elkaar roepen, zo van: hé, denk eens even mee.

Als het nog groter wordt, kan dat een OMT worden. Dat is ook formeel ingericht. Daar zitten structureel vertegenwoordigers in van de afdelingen van het RIVM, die de monitoring moeten doen. Die moeten zorgen voor de diagnostiek. Die hebben de verschillende expertises van het RIVM. Er zitten ook structureel vertegenwoordigers in van de GGD's, bijvoorbeeld. En er zitten andere deskundigen in om gezamenlijk het probleem door te werken. Dat OMT brengt dan een advies uit. Dat is dus echt een advies, dat door het RIVM opgeschreven wordt. Dat wordt uitgelegd aan een politiek-bestuurlijk orgaan. Dat is het BAO. Die kijken dan of zij het haalbaar vinden. Dat gaat dan door als advies naar de minister. Die bekijkt het dan en beslist wat ze doen met de adviezen, wat ze wel en niet overnemen.

De voorzitter:

U heeft al een aantal disciplines omschreven die in het OMT zitting hebben. Kunt u meer vertellen over de achtergronden van de mensen die zitting hebben in het OMT?

Mevrouw Koopmans:

Nou, dat was toen wat anders dan nu. Bij elke uitbraak en crisis is het geëvalueerd en bijgesteld. De basis van het RIVM is er dus altijd. Dat is ook logisch. Daarnaast zaten er toen vertegenwoordigers in, bijvoorbeeld van de laboratoria in Nederland, van de intensivistenvereniging in Nederland en van de huisartsen in Nederland. Het is een beetje afhankelijk van het onderwerp

wie daar verder precies zitten. Ik weet niet precies welke vertegenwoordigingen daar vanaf het begin zaten, maar dat is een soort standaard. Daarnaast wordt erbij gezocht: wie zijn er verder nodig? We hebben bijvoorbeeld gezien dat het virus ook in nertsen terechtkwam. Toen kwamen er experts bij vanuit de veterinaire sector. De samenstelling hangt dus echt een beetje af van het onderwerp.

De **voorzitter**:

En wie maakt dan die selectie? Op basis waarvan?

Mevrouw **Koopmans**:

Ehm ... In principe is dat het CIb, denk ik. Maar die vraag is misschien beter voor Jaap van Dissel. In principe stelt de voorzitter van het OMT – dat is het hoofd van het CIb – de commissie samen en nodigt daarbij deskundigen uit.

De **voorzitter**:

Had u als lid van het OMT ook invloed op de selectie om andere leden alsnog te laten aanschuiven?

Mevrouw **Koopmans**:

Ehm ... Hadden wij invloed? Ik denk dat als wij hadden voorgesteld "die en die" dat dat overwogen zou zijn, maar die selectie wordt niet door de leden van het OMT gemaakt.

De **voorzitter**:

Nee, dus ik maak daaruit op dat de voorzitter van het OMT de selectie maakt?

Mevrouw **Koopmans**:

Ja, ik denk dat u dat aan hem moet vragen. Volgens mij gaat het zo, maar zeker weten doe ik het niet.

De **voorzitter**:

Is de rol van het OMT gedurende de pandemie veranderd?

Mevrouw **Koopmans**:

Ehm ... Nou, niet echt. Er is ... Het soort vragen is wel veranderd. Aan het

begin van de pandemie waren het wat meer duidingsvragen. Dat zijn die vragen waar we het net over hadden: wat is er nou bekend, wat kun je afleiden uit de vroege informatie en hoe vertaal je dat naar mogelijke bestrijdingsmaatregelen? Langzaam maar zeker waren er natuurlijk maatregelen. Toen werden de vragen meer: wanneer kun je versoepelen, op grond waarvan en wat zijn daar de keuzes in? De soorten vragen veranderden geleidelijk, maar de basis en de manier van werken bleven eigenlijk hetzelfde, want het OMT heeft ... Dat staat ook in elke adviesbrief: wat zijn de vragen en waarover gaat dit advies?

Het OMT heeft steeds gekeken naar de informatie die door het RIVM werd verzameld over de stand van de epidemiologie van het virus. Waar zitten clusters en wat zijn de ontwikkelingen van het virus zelf? De modellering was daar natuurlijk heel belangrijk in. Wat kun je op grond van de modellering verwachten? Welke mogelijke maatregelen hebben welke effecten en wat betekent dat voor de overbelasting van de zorg? Dat is eigenlijk consequent het proces geweest dat wij hebben gedaan en bekeken. Ook bij detailvragen over versoepeling was dat steeds de basis: wat is de stand van de circulatie, gegeven de vragen waarvoor het OMT bevraagd werd? Dus als je op één, twee of drie manieren versoepelt, wat doet dat dan met de verspreiding van het virus? Wat zou dat, op grond van de modellering, voor gevolgen kunnen hebben voor de zorg? Op grond daarvan adviseerden wij.

De voorzitter:

Goed. We zullen later, in het vervolg, uitgebreider ingaan op de adviesaanvragen. U gaf zojuist ook aan dat het met name begon met duiding van het virus. Ik wil met u teruggaan naar – ik kijk even naar de collega's of ik de datum goed zeg uit mijn hoofd – naar vrijdag 24 januari 2020. Dat was het eerste OMT waarin het coronavirus werd besproken. Wat kunt u ons vertellen over die vergadering?

Mevrouw Koopmans:

Ja. Dat was het eerste OMT, waarin we het eigenlijk nog vooral hadden over de beginfase en de beginvragen, die net besproken zijn. Dus dat is ook daar bekeken. Ook het RIVM heeft natuurlijk internationaal allerlei overleggen, via de overleggen die daarvoor zijn. Alle informatie, voor zover die bekend was, is daar gepresenteerd door verschillende mensen. Ik heb daar zelf ook wat

gepresenteerd. Daar is door het hele OMT bediscussieerd: waar kijken we nou precies naar?

De **voorzitter**:

En wat heeft u daar gepresenteerd?

Mevrouw **Koopmans**:

Ik heb daar gepresenteerd wat ik wist over het virus. De exacte presentatie weet ik niet meer. Maar dat staat vervolgens beschreven in de OMT-adviesbrief. Daarin staat gewoon beschreven wat bekeken is en wat de observaties zijn die het OMT heeft meegenomen in zijn afwegingen.

De **voorzitter**:

En wat was toen, op 24 januari 2020, bij het OMT de inschatting van de ernst van het virus?

Mevrouw **Koopmans**:

Ehm ... De ernst ... Het leek een behoorlijk ernstige ... Het leek sowieso een ernstige uitbraak. Wat uit China beschreven werd, was dat er in ieder geval veel mensen met een ernstige longontsteking waren, waaraan ook behoorlijk wat mensen overleden. We hadden hier heel veel vragen over. Je weet dat je bij het begin van zo'n uitbraak altijd naar het topje van de ijsberg zit te kijken, dus naar het meest ernstige deel. Want dat zijn de mensen die zich melden bij de zorg of de ziekenhuizen. Je weet niet of het al veel groter is en of er al heel veel milde gevallen zijn. Dat weet je niet. Maar die discussie hebben we wel gehad: wat zit er onder water, zal ik maar zeggen, en hoe kom je daar zo snel mogelijk achter?

Er waren wat berekeningen gemaakt door een instituut in Londen, het Imperial College. Zij hadden gezegd: als je nu al een aantal reizigers hebt uit een miljoenenstad, een heel klein beschreven groepje mensen met zo veel vlieguren, dan kan het bijna niet anders dan dat het in Wuhan groter is dan we nu zien. Toen hadden ze het over enkele duizenden. Dat was de onzekerheid waarin we toen zaten. Hoe houd je dat in de gaten en wat doe je nu, waar bereid je je nu op voor, voor het geval dit virus zich ook naar bijvoorbeeld Nederland zou begeven?

De **voorzitter**:

Was u bezorgd?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, ik was bezorgd in die zin dat het een grote uitbraak was. Je zit echt in een soort afwachtende en afhankelijke positie, want je bent afhankelijk van de kennis die gegenereerd wordt op een plek waar je zelf eigenlijk geen invloed op hebt. Er was, ook in de WHO-overleggen, echt behoefte aan informatie, want dat bepaalt mede waar je naar kijkt. Bij de afweging ... Het werd net ook gevraagd. Eén vraag is: hoe ernstig is dit? Nou, dat was al snel duidelijk. Er zitten in ieder geval hele ernstige ziektebeelden bij. Maar de tweede vraag is: hoe gemakkelijk verspreidt dit zich? Die twee bepalen of je kijkt naar iets wat lokaal een heftige en ernstige epidemie kan zijn, zoals ebola nu, of naar iets wat zich ook gemakkelijk kan gaan verspreiden, waarbij je ook internationaal van alles stevig moet gaan doen. Dat was toen nog niet duidelijk.

De **voorzitter**:

Oké. Dank u wel. Ik kijk even naar de collega's of er aanvullingen zijn. Dan geef ik collega Mutluer het woord voor het volgende onderwerp.

Mevrouw **Mutluer**:

Zoals ik net ook aangaf, wil ik het gegeven terugpakken dat u op 19 december 2021 informatie en berichten kreeg over het virus. Uw zoon heeft een boek over u geschreven. Daar staat in dat u er eind januari echt van overtuigd raakte dat corona zich ook kon verspreiden via mensen die het virus bij zich droegen maar geen klachten hadden, en dat ook milde klachten van het virus lijken op een verkoudheid. In dat boek staat dat u beseft dat virologen maar – dat zei u net ook – het topje van de ijsberg zagen. Wat bedoelt u precies met "het topje van de ijsberg"?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, dat is een bekend gegeven bij uitbraakonderzoek. Je ziet dan: er is een uitbraak. Je hebt in het begin eigenlijk nog niet de mogelijkheden om te testen. Dat was natuurlijk hier in het begin ook ingewikkeld. Zeker met een nieuw virus heb je gewoon geen testen. Wat je ziet, zijn de mensen die echt ziek worden. Wat je niet ziet, zijn de mensen die bijvoorbeeld een

neusverkoudheid hebben of de infectie wel hebben maar niet ziek worden. Dat betekent dus dat je in het begin eigenlijk grotere studies moet doen. Vaak is dat bijvoorbeeld het onderzoek in huishoudens. Bron- en contactonderzoek moet informatie leveren over: wat zien we verder nog en wat leren we daarvan over de verspreidingskenmerken van dit virus? Dat was toen gaande. Het topje van de ijsberg. Aanvankelijk leek het dus dat er veel met name ernstige infecties waren. De eerste echt harde informatie over milde infecties kwam uit Duitsland. Dan hebben we het over eind januari. Dat was wat ik net vertelde over die collega uit Duitsland, die zei dat de eerste patiënt in het cluster zelfs geen symptomen bleek te hebben. Dat bleek later niet helemaal te kloppen, maar dat was eigenlijk het moment dat duidelijk was dat er ook hele milde klachten tussen zaten. Dat vermoeden hadden wij wel, maar het bewijs was er niet. Dat was eind januari.

Mevrouw **Mutluer**:

Is dat wat er onder het water lag?

Mevrouw **Koopmans**:

Ja. Het was echt het klassieke plaatje van de ijsberg. Je ziet wat boven water zit. Je weet niet hoe groot de rest van de ijsberg is die onder water zit. Het maakt ook wel uit. We hebben dat bijvoorbeeld gezien in de griepdemie van 2009. Toen hadden we precies hetzelfde aan het begin. Je kreeg verhalen dat ziekenhuizen in Mexico-Stad overliepen van mensen met longontstekingen. Daar was pas drie, vier maanden later duidelijk dat er ook heel veel milde gevallen waren en dat de ernst van die demie dus heel erg meeviel. In dit geval zagen we het in het begin in China. Ja, dan weet je het gewoon niet. Toen in Italië – dan hebben we het over eind februari – was de verwachting: als er echt heel veel milde gevallen zijn, dan zal de zogenaamde case fatality rate, dus het percentage personen dat overlijdt, misschien wel flink omlaaggaan. Dat viel eigenlijk tegen in Italië. Dan zie je dus dat die ernst echt wel groot is, met de verspreiding erbij. Dat is hoe het plaatje langzaam maar zeker helderder wordt.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik begrijp uit het boek dat eind januari ... Ik citeer: "Mijn moeder raakte er nu echt van overtuigd dat ze pas het topje van de ijsberg zagen. De besmettingen in Europa hadden net zo goed in Nederland de kop op kunnen

steken. Er leek nog heel weinig gevoel van urgentie te zijn." U antwoordde net op de vraag van mijn collega dat op 24 januari het OMT bij elkaar kwam en dat u daar een presentatie gaf. Heeft u dit gevoel van weinig urgentie, de ernst van de zaak, ook op die wijze ingebracht?

Mevrouw **Koopmans**:

Ja, dat denk ik wel, maar dan is het misschien ook wel goed om het even te hebben over hoe zo'n OMT werkt. Ik ben viroloog. Ik zie uitbraken. Ik ben nu bezig met ebola. Ik ben nu bezig met hanta. Dus voor mij is die urgentie altijd hoog. Er zitten ook mensen die met de dagelijkse infectieziektebestrijding bezig zijn, die heel veel uitbraken zien in de Nederlandse steden bijvoorbeeld en die de uitbraakbestrijding vormgeven. Die kijken daar ook naar. Je kijkt met elkaar. Je hebt verschillende deskundigheden. Je hebt een verschillende inbreng. Met elkaar bekijk je: hebben we nou consensus over het beeld? In feite was de consensus: het beeld is onvoldoende duidelijk om hier allerlei verdere stappen in te ondernemen totdat duidelijk is wat je precies aan het bestrijden bent. We hebben zelf ook al vroeg, in januari zelfs, met het RIVM gezorgd dat er testen ontwikkeld werden zodat, als er reizigers met een vermoeden van infectie zouden worden gezien, we snel zouden kunnen testen. Dat was in ieder geval al geregeld. Het was ook duidelijk dat de bron- en contactopsporing goed georganiseerd moest worden. Dat is allemaal wel besproken. Verder was het toch ook: laten we nog even zien wat er verder op ons afkomt.

Mevrouw **Mutluer**:

U bent een vooraanstaand viroloog. U heeft, begreep ik net ook, korte lijnen met de Wereldgezondheidsorganisatie. U zegt eind januari: ik ben er nu echt van overtuigd dat het ernstig is. Dat brengt u in tijdens de presentatie. De conclusie is: er is consensus; we moeten nog nader onderzoek doen. Wat deed dat met u?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, nee ... Ik krijg nu het beeld alsof ik de enige zou zijn die waarschuwde. Nee, want er is natuurlijk wel degelijk van alles gedaan. Er is ook bij het RIVM al van alles voorbereid. Er is gekeken: wat moeten we doen als er reizigers komen? Er is gekeken naar: hebben we diagnostiek? We waren zelfs

met een internationale groep, samen met die Duitse collega, de eersten die überhaupt buiten China testen operationeel hadden. We hebben op verzoek van de WHO ook bij verdachte gevallen in verschillende delen van de wereld geholpen, zoals in Kenia en Sudan. Er is van alles gebeurd in afwachting van verdere helderheid over waar we precies naar keken, dus ik was echt niet de enige die in de actiestand stond. Er gebeurde van alles, maar je bent afhankelijk van verdere duiding en verdere ontwikkelingen.

Mevrouw **Mutluer**:

Waren er meer waarschuwingen, ook richting bijvoorbeeld de overheid?

Mevrouw **Koopmans**:

Ik weet niet wat u precies bedoelt met "waarschuwingen".

Mevrouw **Mutluer**:

De OMT-vergadering is geweest. U geeft net aan dat er allerlei acties zijn ondernomen, dat er waarschuwingen zijn geuit, dat het RIVM aan de slag is gegaan. Mijn vraag is: is het kabinet in die tijd ook gewaarschuwd dat als er coronabesmettingen in Nederland gevonden zouden worden, die waarschijnlijk het topje van de ijsberg zouden zijn?

Mevrouw **Koopmans**:

In de duiding van de ... Ik kijk even in mijn aantekeningen, want ik heb wat steekwoorden; ik weet het natuurlijk ook allemaal niet meer letterlijk. Maar in de duidingen van die eerste OMT-brief zijn deze onzekerheden natuurlijk beschreven. Er is ook beschreven dat er testen ontwikkeld zijn en wat het advies is hoe ermee om te gaan als er patiënten naar Nederland zouden komen, dus de eerste adviezen over hoe te bestrijden.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus het kabinet wist hiervan?

Mevrouw **Koopmans**:

Het kabinet heeft de OMT-brieven natuurlijk ontvangen, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Voelde men daarmee ook de urgentie?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat is, denk ik, een vraag voor de leden van het kabinet. Er was natuurlijk heel veel aandacht voor, ook media-aandacht, dus ik denk dat die urgentie op zich wel gevoeld werd, maar vooral ook de onzekerheden. Dat is toch ook wel een boodschap die ik wil meegeven. Ik ben bang dat dat bij elke uitbraak hetzelfde gaat zijn, want je hebt met een hele onzekere fase te maken. De kunst is dus om met elkaar te kijken hoe je toch die advies- en beslisstructuur gaande houdt in de fase van onzekerheid die hoort bij beginnende uitbraken.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan gaan we naar februari. Dan komen veel Nederlanders terug van wintersport. Ook carnaval wordt gevierd in die tijd. Dat leidt uiteindelijk tot een flinke uitbraak in Noord-Brabant. Ik wil begrijpen wat er in de tussenliggende periode, van eind januari, de adviezen van het OMT, tot eind februari, na carnaval, is gedaan om ons ondanks alle onzekerheden voor te bereiden op een pandemie; een epidemie, moet ik zeggen.

Mevrouw **Koopmans**:

Ik denk dat u daar ... Wij zitten erin vanuit de wetenschap. Ik ben betrokken geweest bij allerlei overleggen, ook in WHO-verband, over wat nou de essentiële kennisvragen zijn en hoe we ervoor zorgen dat die zo snel mogelijk boven tafel komen. Dat ging over kennis over het virus, de verspreiding, het ziekmakend vermogen: die drie vragen vooral. Er waren daarnaast ook al allerlei voorbereidingen om te kijken: stel dat het verdergaat, hoe kunnen we dan zorgen dat er behandelstudies zijn? Daar zijn ook internationale netwerken voor. Daar was bijvoorbeeld de Universiteit Utrecht een belangrijke partij in om dat te gaan opstarten. Dat zijn een aantal voorbeelden van het soort activiteiten dat toen gaande was. We hebben zelf in Rotterdam een aantal dierstudies gedaan met een vergelijking tussen MERS en SARS en dit virus om te zien of we grote verschillen zagen. Dat bleek niet zo te zijn. Dat was dus ook weer een onderdeel van die duiding: het ziekmakend vermogen lijkt vergelijkbaar. Dat zijn allerlei zaken die gedaan zijn in die tussentijd.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan gaat het met name om onderzoeken en studies. Zijn er nog andere dingen gedaan?

Mevrouw **Koopmans**:

Het RIVM is natuurlijk continu bezig met internationaal en nationaal monitoren. Dat is dus ook het vertalen van bijvoorbeeld een OMT-advies in een behandelingsrichtlijn voor de GGD'en: wat doe je als er een patiënt via Schiphol binnenkomt? Wat moet je doen? Wat moet je bemonsteren? Die protocollen moesten allemaal gemaakt worden. Dat is gewoon het dagelijkse werk van een groot aantal mensen bij een onderdeel van het RIVM, dus daar was volop actie.

Mevrouw **Mutluer**:

Als we terugkijken: het OMT wist van de mogelijkheid, als ik dat zo mag stellen ...

Mevrouw **Koopmans**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

... van de onzichtbare verspreiding van het virus. Desondanks adviseerde het OMT ook na carnaval niet om evenementen geen doorgang te laten vinden. Waarom niet?

Mevrouw **Koopmans**:

Eigenlijk omdat er nog steeds heel weinig duidelijk was. Ik meen dat op 23 februari – ik weet het niet precies, maar het is de week van carnaval – in Italië de diagnose werd gesteld. Er waren wel geruchten, maar toen werd in Italië de diagnose gesteld. Een week later bleek dat het daar echt, zeker in een bepaald dorp, in Bergamo, heel hard ging en dat de zorg en de ic overbelast werden. Op 8 maart is Noord-Italië in lockdown gegaan. Het zit allemaal in diezelfde fase van: waar zit dit virus überhaupt? Dat was toen. We hadden nog geen geval in Nederland. Er was net een diagnose gesteld in Italië. Je zag clusters in Iran en Korea die groot waren. Ik weet dat ik dacht: het gaat lastig worden om dat in te dammen. Maar daar zat je nog steeds naar te kijken. Dan is dus de vraag: ga je daarmee, dus met "hé, we zien in

het buitenland gevallen", adviseren om carnaval te stoppen? Dat ging toch een stap te ver.

We hebben wel gesproken en geadviseerd over reizigers die terugkwamen van wintersport, namelijk om thuis te blijven bij klachten. Dat is een belangrijk advies en een belangrijke maatregel. Dat werkt ook echt, is uit allerlei onderzoek gebleken. Maar dat is natuurlijk ook een lastige, want dat is niet de Nederlandse aard. Wij blijven lekker doorwerken. Het was gewoon een fase waarin dat toch de onzekerheid was: waar kijk je naar en hoe snel spring je erop? Ik denk dat het belangrijk is om te blijven kijken, achteraf ... Ik vraag het ook als ik publiekspresentaties doe: wanneer zou er een groot effect zijn geweest op de verspreiding in Europa? Ik denk dat dat begin februari was geweest. Toen hadden we in heel Europa, groot Europa, dus WHO-Europa met 1 miljard inwoners, 50 gevallen. Had je dan voor elkaar gekregen dat Nederland bijvoorbeeld allerlei maatregelen ging nemen? Ik denk dat dat gewoon niet realistisch is. In theorie had dat heel veel uitgemaakt, maar ...

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom niet? Want u zag de ernst van het virus goed in. Met de kennis van nu blijft de vraag: was het niet verstandig geweest om direct, niet voor carnaval maar na carnaval, de grote evenementen geen doorgang te laten vinden?

Mevrouw **Koopmans**:

Met de kennis van nu zeg je: dat had je dan meteen kunnen doen. Maar het is ook gemakkelijk om met de kennis van nu terug te kijken. Je moet dus kijken hoe je dat een volgende keer zou doen. Waar baseer je dat op? Want dan moet je eigenlijk op basis van heel beperkte informatie ... Dat is dus ook een politieke keuze: wil je uit voorzorg nu heel veel doen, wetende dat dat misschien niet nodig is, of doe je het stapsgewijs? Het is niet zo dat er geen maatregelen zijn genomen. Ze zijn wat meer stapsgewijs genomen.

Mevrouw **Mutluer**:

U zegt: een politieke keuze. Was het ook uw keuze geweest?

Mevrouw **Koopmans**:

Ik vond dat toen ook ingewikkeld. We hebben daar echt veel over gesproken. Het is niet een debat ...

Mevrouw **Mutluer**:

Binnen het OMT?

Mevrouw **Koopmans**:

Binnen het OMT, en ook internationaal, in allerlei overleggen die er waren. Ik vond dat toen ook moeilijk. U zegt: u wist het zeker. Nee, ik wist het niet zeker. Ik hield rekening met een aantal mogelijkheden, maar ik wist het ook niet zeker.

Mevrouw **Mutluer**:

Het is een politieke keuze, dus de regering nam een andere afslag, of deed het stapsgewijs, als ik u mag herhalen. Maar mijn vraag is met name of de politiek wel goed is geadviseerd om de juiste keuze te maken ...

Mevrouw **Koopmans**:

Ja, dat snap ik.

Mevrouw **Mutluer**:

... met name ten aanzien van die vermoedens van onzichtbare verspreiding.

Mevrouw **Koopmans**:

De echte harde informatie die we daarover kregen, was er begin maart. Het vermoeden was er. Dat is ook uitgesproken. Dat is volgens mij ook beschreven. Maar ...

Mevrouw **Mutluer**:

Wanneer was dat beschreven? Voor 8 maart?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat zou dan in de OMT-brief van het eerste covid-OMT moeten staan.

Mevrouw **Mutluer**:

24 januari.

Mevrouw **Koopmans**:

De discussie ging ... We hadden ook mensen uit de regio Brabant. Die zeiden: we hebben elk jaar na carnaval veel mensen met luchtwegklachten. Dus je weet het niet. Toen hebben we in een weekend samen met allerlei partijen een groot aantal, meer dan 1.000, personeelsleden van tien ziekenhuizen getest. Die wilden daaraan meewerken. Dat was ook heel belangrijk. We zagen dat er daarvan eigenlijk al tientallen op dat moment positief waren. Die hadden milde klachten. We hebben ook nog gekeken: wat zegt het virus zelf als je daarnaar kijkt? Dat is gekarakteriseerd. Toen zagen we dat het niet één virusstam was, maar allerlei verschillende. Dan weet je ten eerste: hé, het gaat al veel verder rond en het veroorzaakt veel milde klachten, dus je ziet het niet zo goed. Ten tweede: er zijn al meerdere transmissielijnen gaande in Nederland; het is niet één introductie vanuit Italië of vanuit een van de plekken waar het dan al circuleerde. Het is al meerdere keren binnengekomen, en dat missen we. Dat maakte – er waren ook plaatjes bij – in één klap duidelijk: dit is dus onder de radar en we moeten echt strenger gaan adviseren.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat was 8 maart bij het OMT-advies. We zien en lezen ook over dat vermoeden van verspreiding. Er wordt een onderzoek aangekondigd naar eventuele ongemerkte verspreiding die in Noord-Brabant mogelijk gaande is, zoals u net ook aangaf. Vond u niet dat dat te laat in het OMT-advies is gekomen?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat was het vroegste wat kon gebeuren. Ik weet niet of dat veel eerder had gekund. Dan heb je het eigenlijk over – daar kunnen we het misschien ook nog over hebben – wat pandemische paraatheid is, ook wat onderzoek betreft. Maar je bent natuurlijk toch afhankelijk van ... Je moet ergens beginnen, dus we zijn begonnen rondom de eerste gevallen. Toen is dat grote net uitgegooid om te kijken: hoe snel kunnen we boven tafel krijgen hoe de piramide eruitziet? Daarbij bleek dat er dus heel veel onder water zat, dat er al heel veel verspreiding was, en dat je daar met de gerichte bron- en contactopsporing een beetje achteraan liep.

Mevrouw **Mutluer**:

Even voor mijn helderheid: 24 januari hadden jullie het wel geadresseerd, maar jullie hadden consensus over wat jullie communiceerden. Daarbij werden onzekerheden benoemd. Op 8 maart worden de woorden "eventuele ongemerkte verspreiding die mogelijk gaande is" gebruikt. Waarom gebruikte het OMT zulke voorzichtige bewoordingen terwijl men op dat moment eigenlijk iets meer zekerheid had?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat is ook wetenschappelijke formulering. Je adviseert op basis van wat je weet en wat je niet weet. Dat is ook een beetje de wetenschappelijke taal, die veel minder stellig is dan bijvoorbeeld als je echt een besluit neemt. Dit is wetenschappelijke advisering, dus dat is waarom dat daar zo staat.

Mevrouw **Mutluer**:

We gaan even verder. Het OMT vindt dat er landelijke maatregelen moeten worden getroffen. Dat advies volgt op het OMT dat op 12 maart in de ochtend heeft plaatsgevonden. Welke landelijke maatregelen heeft u geadviseerd op 12 maart?

Mevrouw **Koopmans**:

Die heb ik niet echt allemaal paraat. Volgens mij waren ... Nee, ik heb ze niet paraat. Volgens mij waren in ieder geval belangrijke: blijf thuis bij klachten, de hoesthygiëne, het stevig inzetten op BCO – bron- en contactonderzoek, sorry. Dat was volgens mij de basis, maar de exacte adviezen staan in de brief. Die heb ik niet in mijn hoofd. Er stond wel als bijlage al een lijstje in, "de volgende stappen die ook te overwegen zijn, zijn ...", een langere serie, ter voorbereiding.

Mevrouw **Mutluer**:

Een soort longlist en shortlist?

Mevrouw **Koopmans**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Om u te helpen: thuisblijven, evenementen, scholen niet dicht, zorg voor

ouderen/kwetsbaren, werktijden, vluchten uit risicogebieden, contactonderzoek, testbeleid, beleid ziekenhuizen et cetera.

Mevrouw **Koopmans**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe reageerde het kabinet daarop?

Mevrouw **Koopmans**:

Volgens mij zijn die overgenomen, maar dat kunt u beter aan de kabinetsleden vragen. Ik herinner me wel dat er ook gewoon nog discussie was, want er was gewoon een groot verschil in Nederland. In Noord-Nederland was nog niet zoveel gaande. In Brabant werd echt wel die urgentie gevoeld. Er waren ook overleggen in Brabant. Het ziekenhuis Bernhoven zat een beetje aan de frontlinie. Daar zijn overleggen geweest. Dat heb ik ervan meegekregen, maar ik ben niet bij die verdere implementatie betrokken. Dat weet ik dus niet.

Mevrouw **Mutluer**:

Vindt u dat het kabinet tijdig heeft ingegrepen?

Mevrouw **Koopmans**:

Ik denk dat zij toen die adviezen hebben opgevolgd. Later was in de moduleerstappen ook duidelijk dat dat echt al wel een effect had; dit pakket maatregelen had zeker ook effect op de verspreiding. Dat zag je ook terug in de bekende R-waarde. Maar goed, in de weken daarna bleek natuurlijk dat je meer maatregelen nodig had om die verspreiding verder in te dammen.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat had het kabinet, met de kennis van nu, kunnen doen om het land beter voor te bereiden? Aanvullende maatregelen ook?

Mevrouw **Koopmans**:

Ook die vraag vind ik lastig. Sorry, ik ben een wetenschapper. Ik weet dat er ook discussie is over "zijn wij te laat met bepaalde dingen?" Er zat ongeveer een week tussen de snelste en de latere reageerders. Nederland zat wat

meer aan het eind van die week. Evaluatiestudies, bijvoorbeeld van het Europese CDC, hebben de gegevens op een rij gezet, met als belangrijke maat voor de impact van maatregelen hoeveel minder contacten er zijn. Eigenlijk zijn heel veel maatregelen daarop gericht. Zij hebben dat berekend. Daarin zie je dat dit in heel Europa eigenlijk vrijwel tegelijkertijd gebeurde, dus in diezelfde korte periode van een aantal dagen. Ik denk dus eigenlijk dat Nederland het niet zo heel veel slechter heeft gedaan dan de rest van Europa.

Mevrouw **Mutluer**:

En toch blijft die vraag er. In juni 2024 heeft het RIVM becijferd dat drie dagen later ingrijpen tot dubbel zoveel doden zou hebben geleid. Heeft u als viroloog zelf een vermoeden hoeveel minder overledenen we zouden hebben als het kabinet eerder had ingegrepen?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, ik weet dat die discussie er is. De vraag is: minder doden wanneer? In de eerste golf: hoe vroeger je begint, hoe sneller je ook aan het indammen bent in de eerste golf. We hebben, ook weer in allerlei evaluatiestudies, gezien dat er later uiteindelijk nauwelijks verschil is.

Mevrouw **Mutluer**:

Nee, het gaat mij echt met name om de eerste golf.

Mevrouw **Koopmans**:

Ja, de eerste golf. Natuurlijk, als je wat eerder bent, dan heb je in die eerste golf minder verspreiding en dus ook minder doden. Hoeveel? Dat kan ik niet zeggen, maar dat maakt natuurlijk uit.

Mevrouw **Mutluer**:

Daarmee blijft de vraag nogmaals: had het kabinet, met de kennis van nu, niet eerder kunnen ingrijpen, ook naar aanleiding van de OMT-adviezen van 24 januari en van 8 maart?

Mevrouw **Koopmans**:

Bij mijn weten – maar hou me ten goede – is het advies in feite gevolgd.

Mevrouw **Mutluer**:

Waar baseert u dat op?

Mevrouw **Koopmans**:

Op de website van de overheid kun je de adviesbrieven lezen en kun je zien wat daarmee gedaan is. In die periode werd er veel overgenomen.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar volgens het RIVM had een paar dagen eerder mogelijk gescheeld. Deelt u die mening?

Mevrouw **Koopmans**:

Ja, natuurlijk, maar dat is op grond van bijvoorbeeld je modellering. Dat maakt uit, maar dat neemt niet weg dat je werkt met onzekerheden. In de griep пандеміe in 2009 werd gezegd dat we veel te veel hadden gedaan, want in diezelfde periode met diezelfde onzekerheid is er gekozen voor bepaalde maatregelen die achteraf niet nodig waren omdat het een hele milde пандеміe was. Je weet het gewoon niet in die fase.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik heb voor nu geen meer vragen op dit onderdeel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, collega Mutluer. Ik kijk nog even naar collega Poortman om te zien of hij aanvullingen heeft.

De heer **Poortman**:

Ja, op een paar punten. Allereerst even over dat gebrek aan urgentie waar u in uw boek over schrijft. Het werd me net niet helemaal duidelijk bij wie u merkte dat er een gebrek aan urgentie was. Kunt u daar iets meer over zeggen? Bij wie ontbrak die urgentie?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat is iets wat ik zelf vaker ervaar. Ik ervaar nu ook urgentie ten aanzien van ebola, waar we helemaal niks aan doen. Zo moet u dat ook duiden. Ik ben een viroloog. Ik zie dat. Bij mij is de urgentie ook van: hoe snel halen we boven tafel dat we weten waar we naar kijken, zodat we precies op het juiste

moment de juiste dingen kunnen doen? Dat was de urgentie die ik ervoer. Die ervaar ik bij elke uitbraak.

De heer **Poortman**:

Maar ervoer u die urgentie bijvoorbeeld bij het OMT, dat toen al was samengeroepen?

Mevrouw **Koopmans**:

Nee. Ik deelde dus ... Ehm ... Die discussies ... Ik deelde die afwegingen. Ik sta ook achter de adviezen. Dat is ook hoe een OMT werkt. Je zit daarin vanuit bepaalde invalshoeken. Iedereen brengt zijn eigen kennis, expertise en ook wel afwegingskaders mee. Op grond daarvan kom je gezamenlijk tot een advies. Dat is bijvoorbeeld ook de medische praktijk, hoe die werkt. Daar sta ik dus gewoon achter, ja.

De heer **Poortman**:

Maar nog even los van het advies wil ik het toch even hebben over het gevoel van urgentie. Het wordt me namelijk nu nog steeds niet duidelijk bij wie dat gevoel van urgentie dan ontbrak. U schrijft daar in uw boek wel duidelijk over. Of laat ik het correct zeggen: dat is in elk geval in uw boek opgeschreven.

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, dat is hetzelfde gevoel van urgentie dat ik nu heb als we het bijvoorbeeld hebben over pandemische paraatheid. Ik denk: er kan morgen weer een ... Er is een grote uitbraak gaande. Er kan morgen weer wat gebeuren. Wij zijn heel lang aan het praten over wat er nodig is, terwijl de wereld doorgaat. Uitbraken blijven komen. Wat mij betreft moet er gewoon wel serieus gekeken gaan worden naar hoe we dit nou structureel beter gaan doen.

De heer **Poortman**:

Zeker. Juist vanuit het gegeven van pandemische paraatheid en wat we willen leren, denk ik dat het goed is dat we gewoon helder krijgen bij wie dan urgentie ontbreekt op het moment dat u waarschuwt.

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, dit is de urgentie van de wetenschapper die zoekt naar hoe we zo veel mogelijk te weten kunnen komen, zodat we zo goed mogelijk kunnen adviseren. Dat is mijn soort van urgentie. Dat het proces nu eenmaal in het begin met plussen en minnen en met vallen en opstaan werkt, is ook all in the game. Daarvan vind ik het lastig ... Nee, u hoort mij niet zeggen: dat en dat en dat had precies anders gekund. De urgentie voor dat moment vind ik dus wel in: wat leren hier nu van? Want wat we natuurlijk zagen in die vroege fase, is dat we al heel snel tegen allerlei beperkingen aan liepen.

De heer **Poortman**:

Nee, dat begrijp ik. Dat heeft u net ook duidelijk gemaakt. Het gaat me nu vooral om – ik krijg dat nog steeds niet helder – bij wie u dan op een muur liep, bij wie u dan die urgentie niet voelde.

Mevrouw **Koopmans**:

Ik liep niet op een muur. De vragen die je aan het begin hebt, vragen bijvoorbeeld om studies. Wat wij moesten doen, was subsidieaanvragen schrijven, ook in Nederland, om een aantal van die basisvragen te kunnen beantwoorden. Dat zou je graag in de toekomst anders zien, bijvoorbeeld. Dat is dus hoe we de basis hebben ingericht. Dat is eigenlijk vrij zuinig. Dat is begrijpelijk, omdat we allemaal op de kosten moeten letten, maar daardoor ben je dus toch een beetje met handen gebonden in de vroege fase van zo'n soort crisis. Die crisis is heel uitzonderlijk, maar daarin heb je dat soort dingen juist allemaal nodig.

De heer **Poortman**:

Ik trek dat toch even door naar het advies van 24 januari. U had het over het punt van de onzichtbare verspreiding, dat u daarin noemt, maar wij lezen dat niet terug in het advies. Had dat daar wel in moeten?

Mevrouw **Koopmans**:

Ik weet niet precies hoe ... Als het daar niet in staat, had dat wel benoemd kunnen worden, maar dat weet ik dus niet. De studie die gedaan is, is zo'n voorbeeld van een studie die snel gedaan is door allerlei partijen. Het is niet iets wat klaarligt. Dat zijn toch improvisaties die je moet doen tijdens zo'n vroege fase. Dáár zat mijn gevoel van urgentie: dit moeten we doen; dit

moeten we snel te weten komen. Die urgentie had bijvoorbeeld een Jan Kluytmans ook.

De heer **Poortman**:

Ik hoorde u net zeggen dat u, als u terugkijkt, ook met de kennis van nu, niet vindt dat er op dat moment te laat is ingegrepen, terwijl ook bleek dat het virus op 12 maart niet meer in te dammen was. Zou u dan, niet met de kennis van toen, maar met de kennis van nu, niet toch zeggen dat er wél te laat is ingegrepen?

Mevrouw **Koopmans**:

Ja, met de kennis van nu hadden we al in de eerste week van januari, kijkend naar Wuhan, gezegd: waar moet je nu als wereld gezamenlijk iets aan doen? Maar ik denk dat dat ook wel een beetje theoretisch is. Ik denk wel dat voor de adviezen voor de toekomst de vraag van belang is hoe Nederland aangehaakt wil zijn bij die internationale besluitvorming. Op werkniveau zijn er allerlei overleggen, ook vanuit het RIVM en vanuit de wetenschap, maar ik zat in het spoedcomité ebola en één land heeft niet meegedaan aan de herziening van de International Health Regulations; dat is Nederland. Daar zitten wat mij betreft, ook vanuit mijn wetenschappelijke blik, urgentie en lessen voor de toekomst.

De heer **Poortman**:

Met de kennis van nu zegt u dat er eerder ingegrepen had moeten worden.

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, ik denk dat met de gegevens waar we het mee moesten doen ... Ja, natuurlijk, achteraf is alles makkelijk.

De heer **Poortman**:

Het gaat ook over de kennis van nu.

Mevrouw **Koopmans**:

Met de kennis van nu had je eerder kunnen ingrijpen. Of de pandemie dan heel anders was gelopen, waag ik te betwijfelen.

De heer **Poortman**:

Dank u wel. Dan heb ik op dit moment verder geen vragen.

De **voorzitter**:

Dank. U geeft aan dat de heer Kluytmans en u wél die urgentie zagen. Nog aanvullend op de vragen van de heer Poortman: kunt u naam en rugnummer noemen van degenen bij wie er een gebrek aan urgentie was?

Mevrouw **Koopmans**:

Nee, ik denk dat dat echt een verkeerde samenvatting is van wat ik zeg. Jan Kluytmans en ik hebben besproken dat je zo'n soort studie zou willen doen. Daar heeft het RIVM ook heel hard aan meegewerkt. Die urgentie was er dus wel, maar de informatie en wat je daar vervolgens mee kunt, is wel de situatie waarmee je het te doen hebt. Ik wil dus bestrijden dat er hier een groot verschil was in het serieus nemen van het probleem.

De **voorzitter**:

Oké. Dan wil ik met u naar het volgende onderwerp, namelijk de adviesaanvragen. Het OMT was de belangrijkste medisch-epidemiologisch adviseur van het kabinet en kwam gedurende die coronajaren ook met veel adviezen, maar er kwamen ook veel adviesaanvragen vanuit het ministerie van VWS. Hoe kwamen die adviesaanvragen tot stand?

Mevrouw **Koopmans**:

De procedure – ik neem aan dat die ook hier zo gevolgd is – is dat het secretariaat van het OMT zit bij het RIVM, bij de Landelijke Coördinator Infectieziektebestrijding. Dat was op dat moment Aura Timen. Die stelt ook de agenda voor het OMT op en heeft daarvoor contact met VWS over de adviesaanvragen. Daar is dus overleg over. Je kunt ook te veel vragen in één keer of je kunt de vragen willen verhelderen. Dat proces gebeurt dus tussen het RIVM, specifiek de secretaris van het OMT, en VWS.

De **voorzitter**:

Kon het OMT altijd uit de voeten met die adviesaanvragen?

Mevrouw **Koopmans**:

"Altijd" is een groot woord. Zoals ik zojuist al beschreef, veranderden de

soorten adviesaanvragen natuurlijk in de loop van de tijd. Het basisproces was steeds hetzelfde: "Wat is, gegeven de situatie, de duiding? Wat zijn de mogelijke gevolgen als er niks gebeurt? Wat zijn, ondersteund door modellering, de mogelijke medische en biomedische gevolgen als er wel wat gebeurt?" Maar er kwamen steeds meer vragen bij in de zin van: "Als we nu willen gaan versoepelen, wat is dan beter: die, die of die groep?" Dat vonden wij lastigere vragen. Dat vond ik in ieder geval lastigere vragen. Dan pakte het OMT eigenlijk steeds terug op het feit dat de keuze van "welke groepen eerst?" een politieke keuze is. Wij kunnen wel aangeven of er ruimte is om te versoepelen. Wij kunnen aan de hand van modellering ook aangeven wat de mogelijke gevolgen voor de verspreiding zijn als je verschillende groepen meer ruimte geeft. Dat was dus het proces. Die vragen vond ikzelf soms wat lastiger worden. Daar hadden we in het OMT weleens wat discussie over.

De voorzitter:

U geeft aan dat in de loop van de tijd de adviesaanvragen veranderden. In mijn eigen woorden, parafraserend: er kwamen meer politieke elementen aan bod. Dat weigerde u of het OMT. Waar lag die grens?

Mevrouw Koopmans:

Die is wat mij betreft klip-en-klaar: wij adviseren; wij zijn niet degenen die kiezen of de kappers of de fysiotherapeuten eerder weer aan het werk mogen, maar wel of er ruimte is, gezien de epidemiologie en gezien onze opdracht, namelijk zicht op het virus, kwetsbaren beschermen en de zorg overeind houden. De vragen aan het OMT werden dus elke keer tegen dat licht getoetst. Dat is eigenlijk een hele heldere afspraak. Die is in de beeldvorming weleens gaan verschuiven. Ik heb ook wel ...

De voorzitter:

Wanneer?

Mevrouw Koopmans:

Daar hebben we het straks misschien nog even over, maar de publieke beeldvorming was dat het OMT zit te beslissen. Dat is niet zo. Het OMT adviseert, ook als er een tijd is waarin het ministerie veel van die adviezen overneemt. Dan is het nog steeds de politiek die beslist; dat is niet het OMT.

De **voorzitter**:

Zijn er ook adviesaanvragen geweest waar het OMT op is ingegaan en waarvan u nu zegt: dat hadden we achteraf moeten weigeren?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, een adviesaanvraag weigeren vind ik nogal ver gaan. Nee, daar heb ik geen voorbeelden van, eigenlijk.

De **voorzitter**:

Of adviesaanvragen waar het OMT niet op in had moeten gaan?

Mevrouw **Koopmans**:

Wat bedoelt u?

De **voorzitter**:

Nou, u vindt weigeren ver gaan, maar zijn er adviesaanvragen geweest waar u liever niet op was ingegaan?

Mevrouw **Koopmans**:

Nee, nee. Zoals ik zei, waren er langzaam maar zeker ook wel adviesaanvragen waarvan je zegt: is dit nog wel aan een OMT? Het proces was immers helder. Dat was eigenlijk steeds hetzelfde proces: dít is de epidemiologie, dit is de modellering en dit zijn de mogelijke adviezen. Op een gegeven moment kwamen er wat veel zogenaamde implementatievragen in de zin van: doen we nu die, die of die of welke combinatie doen we? Voor het doorrekenen is dat wel nog steeds ook een OMT-vraag, maar voor de rest ... Er was een moment waarop we in het OMT ook wel zeiden: "Het OMT kan hierover geen uitspraken doen." Dat staat ook wel in een aantal van de OMT-brieven. Maar ik kan geen vraag bedenken waarvan ik denk dat die nooit bij het OMT thuis had gehoord.

De **voorzitter**:

U had het over implementatievragen. Zat daar de juiste kennis voor aan tafel?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, implementatie is niet aan het OMT. Je hebt wel ... We moeten weer even

terug naar hoe het geregeld is. Het OMT adviseert op basis van inhoudelijke expertise. Er zijn ook mensen uit het werkveld aanwezig. Het bestaat dus niet alleen uit wetenschappers; er zijn ook mensen die in de dagelijkse bestrijding zitten, bijvoorbeeld. Dat is ook expertise. Maar daar zit een politiek-bestuurlijke toetsing achter. Die was bij de eerste twee OMT-adviesmomenten wel zichtbaar. Toen was dat heel duidelijk in de beschrijving en reacties vanuit het ministerie. Daarna was dat wat minder duidelijk, waardoor het leek alsof het OMT die implementatie deed, maar dat is niet aan het OMT. Het is wel zo dat daar allerlei partijen een rol in hebben. Het RIVM doet bijvoorbeeld heel veel met wat dat betekent voor wat een GGD moet doen. De Landelijke Huisartsen Vereniging doet veel met wat dat betekent voor de huisartsen. De koepelorganisatie voor verpleeghuizen en het ROAZ, het Regionaal ... Ik weet niet precies waar die afkorting voor staat.

De **voorzitter**:

Regionaal Overleg Acute Zorg.

Mevrouw **Koopmans**:

Er zijn dus allerlei partijen die een rol hebben in de implementatie. Die kunnen aankloppen bij het RIVM voor advies: help ons, hoe moeten we dit doen? Dat is de rolverdeling.

De **voorzitter**:

Had het OMT voldoende tijd en ruimte om ook ongevraagd advies te geven?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, tijd ... We hebben heel veel bijeenkomsten gehad en heel veel adviezen opgesteld. Er was niet heel veel vrije tijd, zal ik maar zeggen. Was er behoefte aan bottom-upadviezen? Nou, nee. Daarvoor was het echt gewoon te veel een pressurecooker, denk ik.

De **voorzitter**:

Zou dat anders moeten?

Mevrouw **Koopmans**:

Een punt waarvan ik denk dat het goed is om het mee te nemen, is het volgende. Het is goed om af en toe achterover te kunnen leunen en te

kijken: hoe gaat het nu? Dat is in zo'n continue pressurecooker lastiger. Je zou kunnen bekijken hoe je dat doet. Het is natuurlijk gebeurd. Bij VWS zijn er, volgens mij, in de zomer van 2020 discussietafels geweest. Dat was niet met het OMT. Dat heeft af en toe ook wel een soort intern moment gehad, zo van: waar staan we nu en hoe kijken we ernaar? Ik denk dat het goed is om dat misschien wat structureler te organiseren, op de een of andere manier.

De **voorzitter**:

Ik heb geen vragen meer. Ik kijk even naar collega Mutluer en collega Poortman.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil met name nog even ingaan op de adviesaanvragen die van het ministerie van Volksgezondheid kwamen. Bleef VWS ook vragen stellen over onderwerpen waar het OMT al over had geadviseerd, maar waarbij het ministerie van VWS ontevreden was over het antwoord dat gegeven werd door het OMT?

Mevrouw **Koopmans**:

Sommige vragen kwamen weleens terug. Ik weet niet of dat was omdat ze ontevreden waren. Het kan ook zijn dat ze het nog een keer opnieuw wilden bekijken. Er zijn wel momenten geweest dat er vragen terugkwamen waarvan we hebben gezegd: het OMT heeft daar toen en toen over geadviseerd en er zijn nu geen nieuwe argumenten of ontwikkelingen om mee te nemen, dus dat advies is ongewijzigd.

Mevrouw **Mutluer**:

Kunt u daar enkele voorbeelden van geven?

Mevrouw **Koopmans**:

Daar was ik al bang voor. Ehm ... Nou, dan zou ik echt weer eventjes in de vele voorbeelden moeten duiken.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik kan me niet voorstellen dat u nu niet één voorbeeld in gedachten heeft.

Mevrouw **Koopmans**:

Nee, nee, serieus niet. Nee. Het type vraag dat vaker terugkwam, was ... Op een gegeven moment kwam er, wat ook begrijpelijk en logisch is, maatschappelijke druk op: meer open. Er kwam ook politieke druk op: meer open. Dat kwam ook terug in de vragen aan het OMT. Dat waren vragen als: "Wat als we ..." Ja ... Nee, ik ga geen voorbeeld noemen, want ik heb geen voorbeeld paraat. Kunnen we bijvoorbeeld specifiek groep A, B of C nu wat meer ruimte geven? Je merkte dat er druk zat onder die vragen, wat ik ook heel begrijpelijk vond.

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom vond u dat begrijpelijk?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou ja, omdat het natuurlijk ook een hele lastige maatschappelijke ... Het is een crisis. Je hebt een infectieziekteprobleem en een ziekteprobleem, maar het had ook een grote maatschappelijke impact. Dat er allerlei discussies op gang komen, vind ik begrijpelijk, maar voor het OMT bleef de rol toch staan: wij waren gevraagd – dat is ook bij herhaling benadrukt – om de medische advisering te blijven doen.

Mevrouw **Mutluer**:

Vindt u dat door die politieke druk ook de onafhankelijkheid van het OMT in het gedrang kwam?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, dat vind ik niet. Dat heb ik zelf ... Volgens mij is dat juist steeds heel scherp bewaakt, ook door de voorzitter, die daar ook heel scherp op was en is, denk ik. Dus nee, dat vind ik niet. Dat is ook de interactie die er is. Je hebt een adviesorgaan en je hebt een besluitvormingsorgaan. Je kunt met elkaar ... Soms is het advies wat anders dan je misschien zou willen en soms is de vraag wat anders dan je zou willen, maar het is belangrijk om rolvast te blijven. Volgens mij is dat echt gebeurd.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik stel de vraag nog één keer.

Mevrouw **Koopmans**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Is er bij de advisering een moment geweest waarop u als lid van het OMT de politieke druk heeft ervaren als aantasting van of als risico op aantasting van de onafhankelijkheid van het OMT?

Mevrouw **Koopmans**:

Ehm ... Er zijn twee momenten geweest. We hebben één keer een situatie gehad waarin er nauwelijks tijd was voor een OMT-advies, tussen de OMT-vergadering en de advisering, omdat er heel veel druk stond op het snel kunnen beslissen.

Mevrouw **Mutluer**:

Wanneer was dat?

Mevrouw **Koopmans**:

Ik weet niet precies het OMT-nummer, maar het ging er toen om dat er die avond al een persconferentie moest komen. Toen hebben wij gezegd: dit is niet goed. Toen hebben we ook echt als OMT voorgesteld: laten we de dag van de vergadering veranderen, zodat we niet achter het Torentjesoverleg zitten maar voor het Torentjesoverleg, want dat heeft toch de schijn tegen. Dat was een moment waarop we echt als OMT ...

Mevrouw **Mutluer**:

Om welke maatregel ging het toen?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat weet ik niet, maar dat is na te zoeken.

Het tweede was de discussie rondom de toegangsbewijzen; die was ook lastig. Dat was een complexe vraag. Daar waren ook allerlei bewegingen omheen. Dat was ook een vraag waar best veel druk lag op: wat vindt het OMT nou eigenlijk? Daar hebben we ook best veel discussie over gehad. Maar uiteindelijk hebben we ook daar wel gewoon over geadviseerd.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik zal het later met u hebben over het toegangsbewijs. Over dit onderdeel heb ik geen vragen meer.

De **voorzitter**:

Collega Poortman.

De heer **Poortman**:

Ik heb misschien toch nog één vraag. Kreeg u de indruk dat het kabinet – ik zoek een beetje naar woorden – zich ook weleens wat verschool achter een advies van het OMT, of dat gebruikte, niet alleen om advies in te winnen, maar ook om het beleid daarmee een beetje te verdedigen?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, ook dat vind ik dus meer een vraag aan de bewindslieden. Ik weet in ieder geval dat dat ook wel is gezegd. Er is een verschil tussen een advies overnemen en je verschuilen. Bij de eerste twee reacties na de eerste twee OMT's stond heel duidelijk: dit is het OMT-advies, dit is wat het BAO gezegd heeft en dit is wat we gaan doen. Die helderheid is, voor mij in ieder geval, langzaam maar zeker wat minder geworden. Ik denk dat het wel goed is om dat scherp te houden. Bij mijn weten is het wel gebeurd, maar was het wat minder zichtbaar. Dat is, denk ik, wel belangrijk.

De heer **Poortman**:

Dank u wel. Ik heb ook geen vragen meer op dit moment.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we voor het volgende onderwerp naar collega Mutluer.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil graag een aantal vragen aan u stellen over de coronamaatregelen, want het is ons niet geheel duidelijk hoe de adviezen over die maatregelen tot stand kwamen. Op het moment dat de besmettingen zo toenamen dat er ook mensen, te veel mensen, op de intensive care zouden belanden, adviseert het OMT het kabinet om maatregelen te nemen. Het OMT stelt vaak maatregelen voor als een pakket met meerdere maatregelen tegelijkertijd. Denk aan de sluiting van de horeca, winkels en evenementen.

In statistische modellen wordt dan berekend wat het verwachte effect van dat pakket aan maatregelen op het aantal besmettingen is: het R-getal, zoals u al zei. Kunt u inzichtelijk maken hoe die advisering ten aanzien van dat pakket aan maatregelen in het OMT tot stand kwam?

Mevrouw **Koopmans**:

Ja. We hadden in elk OMT eigenlijk eerst de epidemiologische overzichten. Dat overzicht werd door het RIVM voorbereid, op basis van alle meldingen die er waren. Dat was aanvankelijk beperkt. Er was bijvoorbeeld geen overzicht van hoeveel opnames er in ziekenhuizen waren en hoeveel van die opnames doorgingen naar de intensive care, terwijl dat een heel belangrijke maat is. Dat was er niet.

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom niet?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat was er niet. De ziekenhuizen hadden dat gewoon niet. Dat is toen wel met vliegende haast opgezet. Ik weet niet precies met wie. Dat kwam er op een gegeven moment dus wel. Dat was hetzelfde bij verpleeghuizen. Daar waren ook geen echte reallimedata van, die je eigenlijk bij elkaar zou willen hebben. Dat werd steeds completer. Die gegevens werden door het RIVM, dus de epidemiologen van het RIVM, gepresenteerd. Eigenlijk is er geen maatregel die 100% werkt. Het maatregelenpakket is weleens vergeleken met een gatenkaasrijtje. Dat is een beetje gek, maar ik vond dat eigenlijk heel erg mooi. Dat model is ontwikkeld door een Australische collega, die zei: "Elke maatregel is eigenlijk een plakje gatenkaas. Als je dat voor een virus zet, houdt het wel wat tegen maar kan er ook van alles doorheen, want er zitten gaten in. Hoe meer je er op elkaar stapelt, hoe minder erdoorheen kan." Dat is eigenlijk het hele denken over die maatregelen. Dat betekent dus ook dat je niet per se overal altijd dezelfde maatregel hoeft te nemen, als je er maar genoeg neemt om die verspreiding te remmen.

Zo keken wij eigenlijk ook naar de mogelijkheden en de keuzes van wat "de toolbox" is gaan heten. Je kunt een aantal verschillende dingen doen, die naar schatting ook een aantal verschillende effecten hebben. Bij elkaar opgeteld krijg je die R-waarde omlaag. Dat is hoe wij keken naar mogelijke

maatregelen, naar de epidemiologie en naar de modellering, die zei: "Als het zo doorgaat en het blijft bij hoe de dingen nu gaan, dan kun je verwachten dat er over zoveel tijd zoveel zorgbelasting en zoveel ic-opnames gaan zijn; als je deze maatregelen daarbij neemt, dan is de verwachting dat het zoveel minder wordt" of "Als je deze maatregel weghaalt, dan is de verwachting dat het zoveel meer wordt." Dat was eigenlijk elke keer het proces en wat er gebeurde.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik hoor u zeggen dat de epidemiologische overzichten in het begin ontbraken en dat ook de realtimecijfers pas later completer werden. Wat deed dat in het begin met de advisering?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, dat betekent dat je daar slagen om de arm moet houden, vooral weer in die vroege fase. Al heel snel waren bijvoorbeeld de eerste modellen er. Daar is Nederland ... De modellers van het RIVM zijn echt van wereldfaam. Die zeiden – dat was ook bij internationale meetings heel duidelijk – dat we een aantal dingen moeten aannemen, bijvoorbeeld dat er van de zoveel mensen met een infectie zoveel op de ic terechtkomen. Als je die gegevens niet hebt, dan moet je daar maar naar gissen. Dat betekent dus ook er onzekerheden zitten in wat je dan berekent. Dat is ook steeds benoemd. Hoe beter je informatievoorziening is, hoe betrouwbaarder die berekeningen dus ook worden. Dat proces speelde hier natuurlijk doorheen. Het werd steeds helderder. De gegevensbasis werd steeds duidelijker, ook al moest die best op veel verschillende manieren provisorisch aan elkaar geknoopt worden. Dat is de basis waarmee je steeds beter kunt zien wat die projecties zijn en wat het gaat betekenen voor de zorg.

Mevrouw **Mutluer**:

Om het te snappen: hoelang duurde het voordat die informatievoorziening completer werd?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat heb ik niet paraat. Ik weet het niet precies. Dan gaat het bijvoorbeeld over ... Ik weet in ieder geval dat er een aantal OMT's waren waarin de gegevens over hoeveel mensen er op de ic lagen gewoon van een OMT-lid

kwamen. De vertegenwoordiger van intensivisten moest dan een rondje gaan bellen. Dat is vrij snel geprofessionaliseerd, maar dat is zo'n voorbeeld. Ik weet niet wanneer dat er precies was.

Mevrouw **Mutluer**:

Om ook het proces te snappen: hoe werd er uiteindelijk in het OMT gediscussieerd over dat pakket aan maatregelen?

Mevrouw **Koopmans**:

De basis die ik net schetste, was steeds de basis. Is er meer nodig? Is er ruimte? Dat zijn eigenlijk de twee hoofdvragen die steeds aan het OMT gesteld werden. Wat wordt er nu gedaan en waar zitten nog mogelijkheden om dat proces te beïnvloeden? Meer of minder circulatie? Wij keken gewoon naar de aantallen. Je kunt eigenlijk simpel zeggen: als je ziet dat de ic-opnames naar verwachting weer oplopen, dan moet er een maatregel bij. Dat is de simpele redenering. We zagen ook dat dat niet nodig is als meer mensen zich houden aan de bestaande maatregelen. Dat was ook altijd een discussie. Wat is er mogelijk om het belang van de maatregelen die er al zijn te benadrukken? Je kunt heel veel maatregelen adviseren, maar als ze vervolgens wel besloten maar niet opgevolgd worden, dan heeft dat natuurlijk weinig effect op de bestrijding. Veel ging dus ook over wat de Gedragsunit ziet. Daar waren op een gegeven moment ook gegevens over. Er waren peilingen onder een groot aantal burgers: wat vinden jullie van de maatregelen? Met welke hadden mensen meer moeite of minder moeite? Er werd ook gekeken of je kon zien hoeveel van die maatregelen opgevolgd werden, bijvoorbeeld door te kijken naar gegevens. Bij het thuiswerkadvies zie je minder treinverkeer, bijvoorbeeld. Dat soort gegevens werden allemaal bekeken. Dat waren allemaal soorten informatie die gebruikt werden om te kijken ... We weten wat die maatregelen doen als ze volledig opgevolgd worden, maar we zijn afhankelijk van wat er gebeurt, dus op die manier probeerden we er zicht op te krijgen.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar er zitten meerdere OMT-leden in zo'n vergadering en er moet op enig moment wel consensus zijn over het advies dat wordt verstrekt. Hoe ging dat in het proces?

Mevrouw **Koopmans**:

We hadden dus de gegevens. We hadden de modellering. We hadden discussie. We hadden soms discussie over de gegevens: weet je dit wel zeker; weet je dat wel zeker? Dan kwam er een eerste voorstel. Dat is echt een belangrijke rol van de voorzitter; dat is volgens mij ook heel goed gegaan. Dat was een voorstel van: alles gehoord hebbende, zijn we het eens dat dit de richting van het advies kan zijn? Nou, dan kwam daar nog weer aanscherping op. Dan waren daar de conclusies van de vergadering. Dat betekende dan dat dit de componenten van het advies waren.

Mevrouw **Mutluer**:

Was het zo dat er ook weleens OMT-leden waren die het niet eens waren met de maatregelen?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, een OMT is natuurlijk een groep experts, een diverse groep experts, en natuurlijk was daar wel discussie over. Maar dat is juist ook waarom ik denk dat zo'n gremium heel belangrijk is, want je scherpt elkaar aan. We hadden het net over mijn gevoel van urgentie. Ja, als viroloog wil je altijd heel veel. Er zijn ook allerlei andere elementen in de discussie. Met elkaar kom je, denk ik, tot beter afgewogen en onderbouwde adviezen. Dat is gewoon het proces. Het is niet een uitruil. Het is: "Ja, zo kan je er ook naar kijken. Ja, nou, er zit wat in." Dat maakt uiteindelijk het OMT-advies.

Mevrouw **Mutluer**:

Kregen de andere meningen een plek in het advies dat naar het kabinet ging?

Mevrouw **Koopmans**:

Er zijn ook weleens vragen vanuit het kabinet beantwoord met: hier kan het OMT geen uitspraak over doen, want er is geen consensus over. Dat kan ook.

Mevrouw **Mutluer**:

Waar denkt u dan aan?

Mevrouw **Koopmans**:

Die voorbeelden heb ik echt niet paraat. Excuus, maar dat is dus na te lezen in de adviesbrieven. Maar die voorbeelden zijn er.

Mevrouw **Mutluer**:

U zei net dat jullie ook naar de adviezen van de Gedragsunit keken en die meenamen in de adviezen, terwijl wij weten dat de OMT-leden met name met een medische blik naar de maatregelen keken. Hoe moet ik dat zien?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, eigenlijk vooral, misschien een beetje oneerbiedig gezegd, als instrumenteel: kunnen we uit de gegevens van de Gedragsunit en de peilingen van de Gedragsunit iets te weten komen over hoe de maatregelen vallen en opgevolgd worden? Dat was informatie van de Gedragsunit. Die stelde vragen als: als je positief test, blijf je dan thuis? Dat veranderde over de tijd heel erg. "Blijf thuis als je klachten hebt of positief getest wordt." In het begin zeiden heel veel mensen: dat doen we. Later zeiden heel veel mensen: dat doen we niet. Dat betekent dus dat je weet dat zo'n maatregel minder effectief gaat zijn, als je die informatie meeneemt. Zo hebben wij die gegevens dus gebruikt.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil nog even door. In de Tweede Kamer ontstaat gedurende het coronavirus toch wel wat frustratie over de maatregelenpakketten die het kabinet presenteert. Er is een plenaire vergadering geweest en de heer Hijink van de SP zegt bijvoorbeeld op 1 december 2020 dat hij graag zou willen dat de jeugd ook na 17.00 uur nog kan sporten. Dat wil hij inruilen voor de maatregelen die de commerciële sector zouden raken. Premier Rutte zegt in dat debat dat de maatregelenpakketten van het OMT niet zo werken. Was het volgens u mogelijk geweest om afzonderlijke maatregelen uit die pakketten uit te ruilen? Denk bijvoorbeeld aan het niet sluiten van de scholen, maar wel een avondklok?

Mevrouw **Koopmans**:

Ik denk dat dat zo'n voorbeeld is zoals we net bespraken. Volgens mij is de vraag over sport ook weleens in een OMT-advies terechtgekomen. Dat is zo'n voorbeeld waarbij het enige wat je als OMT kunt zeggen, is: er is zo veel

ruimte en dan kun je dit of dat of een aantal combinaties doen en dat heeft dan dat effect op het virus, de verspreiding, de zorg en de kwetsbaren, maar de keuze daarin is niet aan het OMT. Dat is een voorbeeld. U stelt de vraag letterlijk met de term "uitruil". Doe je dit of dat? Dat is inderdaad een keuze die aan de kant van de politiek ligt.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar de vraag was: was het mogelijk geweest om afzonderlijke maatregelen uit die pakketten te veranderen?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat is altijd mogelijk, zeker.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus toen premier Rutte zei dat de maatregelenpakketten van het OMT niet zo werken, klopte dat niet.

Mevrouw **Koopmans**:

Ik weet niet in welke context dat gezegd is, dus dat kunt u beter met hem bespreken.

Mevrouw **Mutluer**:

Een ander punt dat ook in dat Kamerdebat naar voren komt, is de vraag of het OMT verschillende pakketten had kunnen adviseren, dus een pakket voor het net genoeg de kop indrukken van het virus of juist wat ruimer of een pakket om eerder dan wel later in te grijpen, zodat er voor de politiek meer te kiezen valt. Was dat mogelijk geweest?

Mevrouw **Koopmans**:

Ehm ... Nou, ik denk dat een deel van die overweging wel zat in wat er aan het eind van een adviesaanvraag in een adviesbrief stond. Het proces van modellering bijvoorbeeld nam verschillende opties en combinaties mee, bijvoorbeeld van een minder zwaar naar een zwaarder pakket. Dat werd gewoon meegenomen in de onderbouwing van de adviezen. Als u vraagt: is dat mogelijk? Ja, dat is mogelijk. Dat is ook te beschrijven. Ja, ik denk dat dat kan.

Mevrouw **Mutluer**:

Mag ik daarmee concluderen dat de politiek volgens u iets te kiezen had?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat denk ik wel ja, zeker.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan heb ik voor nu geen vragen meer.

De **voorzitter**:

Dank, collega Mutluer. Mevrouw Koopmans, we zijn al een tijdje onderweg in dit openbare verhoor. Het hoofdthema van vandaag, maar ook van volgende week, is het begin van de pandemie. Maar goed, de meeste getuigen, waaronder op dit moment ook u, worden slechts één keer opgeroepen. Er komen dus ook andere onderwerpen aan bod. Daar zullen we na de schorsing mee verdergaan. Ik stel voor dat we nu gaan schorsen voor vijftien minuten. Ik verzoek de bode om de getuige en haar bijstandsverlener naar buiten te leiden.

(Mevrouw Koopmans wordt naar buiten geleid door de bode.)

De **voorzitter**:

Dan dank ik de Bodedienst en is de vergadering voor vijftien minuten geschorst.

De vergadering wordt van 11.52 uur tot 12.07 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. Aan de orde is het openbare verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona met mevrouw Koopmans. Ik verzoek de griffier de getuige en haar bijstandsverlener binnen te geleiden.

(Mevrouw Koopmans wordt binnengeleid door de griffier.)

Mevrouw Koopmans, welkom terug. We hervatten het openbare verhoor. We willen het met u hebben over de andere effecten van de maatregelen. Het OMT bestond uit virologen, uit medici, maar de maatregelen hadden ook

effect op andere disciplines in de samenleving. Ze hadden bredere gevolgen, die niet alleen medisch waren. Hoe ging het OMT daarmee om?

Mevrouw **Koopmans**:

Eigenlijk al vrij vroeg – in april kwam dat ergens langs – is expliciet gezegd: wij verwachten van jullie focus op de medische kant van het verhaal en de sociaal-economische informatie komt van elders. Dat was heel specifiek bijvoorbeeld het geval rondom een vraag over het schetsen van scenario's over hoe dit zich zou gaan ontwikkelen. Daarbij werd heel expliciet gemaakt: dat gebeurt elders. Dat is eigenlijk consequent het geluid geweest. Dat betekent dus ook dat wij in de discussies en de processen binnen het OMT zijn blijven focussen op wat ik net voor de pauze geschetst heb: echt het biomedische verhaal. Natuurlijk kwam in de discussie ook wel af en toe de vraag voorbij hoe je omgaat met de impact van allerlei maatregelen op jongeren of ouderen. Wij zijn zelf ook allemaal mensen en hebben ook allemaal ervaren hoe zo'n crisis ingrijpt. Maar uiteindelijk was de vraag aan ons – die werd ook echt steeds opnieuw gesteld – de vraag naar het biomedische.

De **voorzitter**:

Welke rol hadden grondrechtenafwegingen binnen het OMT?

Mevrouw **Koopmans**:

Die hadden geen rol binnen het OMT.

De **voorzitter**:

Nooit?

Mevrouw **Koopmans**:

Nee. Dat is niet de vraag aan het OMT. De OMT-vraag zag echt op de biomedische advisering. Natuurlijk werken de biomedische wereld en de wereld van de publieke gezondheid met rechten en privacyregels. Daar hielden we op alle mogelijke manieren rekening mee en dat moest ook. Maar niet anders dan dat. Het biomedische was de focus.

De **voorzitter**:

Was het wel altijd mogelijk om de andere effecten van maatregelen niet mee te wegen?

Mevrouw **Koopmans**:

Ik weet niet precies wat u vraagt. Kunt u wat verduidelijken waar u naar vraagt?

De **voorzitter**:

Maatregelen hadden bredere gevolgen dan puur virologisch of medisch. Was het altijd mogelijk om dat buiten beschouwing te laten?

Mevrouw **Koopmans**:

Ehm, nou, "altijd" ... Kijk, de impact van maatregelen zagen wij natuurlijk ook wel; die kregen wij ook wel mee. Dat kwam dus wel in de OMT-discussies terug. Als je kijkt naar mogelijkheden voor verruiming – daarvoor werden wij om advies gevraagd – dan was er bijvoorbeeld de mogelijkheid om aan te geven dat er ruimte was voor verruiming en wat de opties daarvoor waren. Dan kon het OMT zeggen dat het dacht dat ruimte voor sporten voor jongeren misschien belangrijk is op inspraak van sommige discussies. Maar dat was ongeveer de manier waarop dat aan bod kwam.

De **voorzitter**:

Uit ons onderzoek komt naar voren dat in enkele adviezen van het OMT nadrukkelijk wel aandacht is voor die bredere gevolgen. Denk daarbij aan eenzaamheid als het gaat om de avondklok of de sociale gevolgen van het sluiten van scholen. Hoe weegt het OMT dat?

Mevrouw **Koopmans**:

Het OMT krijgt natuurlijk ook informatie mee uit de brede maatschappelijke geluiden, dus het is niet een gremium dat blind is voor wat zich daar afspeelt. In die zin is ook ... Ja, dat kleurt. Ik bedoel, ik heb zelf kinderen. Ik heb ook gezien wat de impact is op jongeren. Dat gold voor allerlei OMT-leden, dus natuurlijk ervaar je dat ook. Dat is ook echt wel af en toe aan bod geweest. Ik heb zelf ook weleens gezegd: ik geloof dat ik hier niet neutraal in kan zijn. Want ja, je bent ook gewoon onderdeel van de samenleving. En toch, bij de discussies over de vraag of informatie ook wel gewoon gedeeld

kon worden, is er wel steeds procesbewaking geweest, ook weer door Jaap van Dissel, in de zin van: dít is waar wij over adviseren.

De voorzitter:

U geeft aan dat iedereen persoonlijke ervaringen heeft. Dat begrijp ik, maar u geeft ook aan dat het advies puur virologisch-medisch moest zijn. U noemt echter wel voorbeelden waarin die bredere gevolgen aan bod komen, dus ik herhaal de vraag: in hoeverre zat de discipline aan tafel om dit mee te nemen?

Mevrouw Koopmans:

Wat aan tafel zat, heeft u gelezen. De expertise over bijvoorbeeld verschillen in de samenleving zit ook echt in de GGD-praktijk. Dat is een opleiding: sociale geneeskunde. De mensen in de dagelijkse GGD-praktijk zijn zich dus ook heel erg bewust van de kwetsbaarheden in bijvoorbeeld grote steden en in wijken, en zijn zich ervan bewust dat je verschillen hebt in wie er bereikt wordt. Dat soort informatie zat dus zeker aan tafel, dus ook informatie over waar de knelpunten zaten en over dat er verschillen waren. Dat zagen we ook terug in de epidemiologische overzichten. Dat zagen we terug in de overzichten over de gezondheidsimpact. Maar tot daar reikte de expertise in het OMT. Het is ook meermaals bevestigd dat dat zo moest blijven en dat sociale en maatschappelijke advisering via andere gremia belegd zou zijn. Als ik één punt naar de toekomst mag meegeven: ik heb dat zelf wel gemist. Waar is die dan? Ik denk dat die andere adviezen, waarvan ik begrepen heb dat ze er wel waren, in verhouding tot de OMT-adviezen veel minder zichtbaar waren. Ik denk dat het wel goed zou zijn om die te hebben.

De voorzitter:

Daar komen we zo nog op, maar hoe borgt het OMT dan dat je die afbakening behoudt?

Mevrouw Koopmans:

Dat is toch door ... Het is een heel belangrijke rol van de voorzitter, maar ook van alle OMT-leden, om elkaar erop aan te spreken als je het gevoel hebt dat dat aan het vervagen is. Dat is ook echt wel met enige regelmaat een gesprek geweest in het OMT, zo van: hé, maar wacht even; hier gaan wij niet over.

De **voorzitter**:

Op 20 april 2020 bracht het OMT namelijk een advies uit waarin het aangaf dat er naast het OMT ook een adviserende rol zou moeten zijn die wél kijkt naar die bredere maatschappelijke gevolgen. Hoe is er met dat advies omgegaan?

Mevrouw **Koopmans**:

Ik weet dat niet precies. Uiteindelijk is er besloten tot een Maatschappelijk Impact Team, maar dat was vrij laat. Ik heb begrepen dat er in eerste instantie besloten is om dat bij bepaalde bestaande organisaties neer te leggen – dat zag ik in het eerste OVV-rapport – maar ik ken die organisaties niet goed, dus ik weet niet precies hoe dat in elkaar heeft gezeten. Uiteindelijk was er dus het MIT. Daarvoor waren er andere vormen van advisering, maar die zijn bij mij ...

De **voorzitter**:

Dat Maatschappelijk Impact Team kwam er inderdaad een stuk later, maar het gaat me nu om 20 april 2020. Toen al gaf het OMT aan dat er een adviesorgaan zou moeten komen dat kijkt naar de bredere maatschappelijke effecten. Heeft u vanuit het kabinet terugkoppeling gehad over wat er met dat advies is gebeurd?

Mevrouw **Koopmans**:

Ik herinner mij niet dat we daarover terugkoppeling hebben gehad, maar ik heb aangenomen dat dat wel gebeurde. Ik heb ook gelezen dat dat gebeurd is, niet via een specifiek adviesorgaan, maar via een aantal bestaande organisaties, zoals het Sociaal en Cultureel Planbureau. Maar hoe dat precies in elkaar zit, weet ik gewoon niet.

De **voorzitter**:

Vindt u dat er op dat moment voldoende is gebeurd met het advies van 20 april?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou ja, dan vraagt u mij om een oordeel te geven over het functioneren van die organisaties, die ik niet ken, dus daar waag ik mij niet aan.

De voorzitter:

We zitten hier om te leren voor een eventuele volgende pandemie of langdurige crisis. Wat zou u mee willen geven als het gaat om het wegen van die bredere maatschappelijke effecten?

Mevrouw Koopmans:

Dat is, denk ik, een van de grote thema's: hoe doe je dat? Dat het belangrijk is, is evident, en dat er wat geprobeerd is ook, maar ik denk dus dat ... Kijk, de OMT-BAO-adviesstructuur bestaat al vanaf 1995. Wil je iets vergelijkbaars gaan doen voor het sociaal-maatschappelijke, dan denk ik dus dat dat heel erg ontwikkeld en geoefend moet worden, en dat daarbij ook gekeken kan worden hoe dat schakelt met een OMT. Daar zijn momenteel onderzoeken naar gaande – die doen we zelf ook met ons pandemiecentrum – om te zien: als je die vraag terug zou leggen bij de wetenschap, hoe werkt dat dan eigenlijk? Hoe weeg je bijvoorbeeld een medisch gezondheidseffect ten opzichte van een mentaal gezondheidseffect of ten opzichte van toenemende maatschappelijke onrust? Dat zijn hele complexe vragen waarvan je idealiter in de toekomst zou zeggen: de wetenschap vanuit het biomedische levert dit; die is getraind vanuit toch zoveel jaar ervaring met allerlei verschillende infectieziektecrises. Je zou hand in hand daarmee hetzelfde willen doen voor andere wetenschapsgebieden, om te zien hoe dat elkaar versterkt en waar het botst – dat is ook belangrijk om te weten – en voor de politiek om te oefenen met de vraag hoe je dan omgaat met die verschillende soorten van advies.

De voorzitter:

U geeft aan dat hoe je dat weegt een complex vraagstuk is. Ik kijk naar collega Mutluer en vraag of ze een citaat kan voordragen uit de adviesaanvragen. Wij hebben in ons onderzoek namelijk wel gezien dat ook maatschappelijke effecten in een OMT-advies terugkwamen, bijvoorbeeld eenzaamheid van de avondklok of het voorbeeld van de scholen dat ik al noemde.

Mevrouw Mutluer:

Versoepelingen januari 2021: "In meerderheid erkent het OMT dat er op grond van diverse maatschappelijke afwegingen dringend ruimte gewenst is voor perspectief en enige versoepeling, ondanks de risico's die dat met zich

meebrengt op verspreiding van het virus, mits deze uiteraard niet te groot zijn. Het OMT stemt dan ook in met een advies om nu als eerste het primair onderwijs en de kinderopvang voor kinderen van 0 tot 4 jaar al wel te heropenen."

De **voorzitter**:

Kunt u voor deze situatie omschrijven hoe die weging door het OMT plaatsvond?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat is dan weer grotendeels het verhaal: is er ruimte en hoeveel impact zou zoiets hebben? Want dat was dus een hele dringende vraag. Volgens mij was er toen een nieuwe variant; dat was weer een onbekende factor. Maar toen is bekeken: we denken dat dit niet heel veel gaat uitmaken. We hebben dat dus toen zo geadviseerd.

De **voorzitter**:

Hoe komt u dan tot de keuze voor in dit geval deze sector?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat weet ik voor dat moment niet heel goed. Ik weet niet of dat letterlijk in de adviesaanvraag stond. Dat weet ik niet meer zo goed, nee.

De **voorzitter**:

Dit was een citaat. Het stond inderdaad letterlijk in de adviesaanvraag. Er wordt wel een keuze gemaakt waar versoepeling mogelijk is. Vandaar toch de vraag: hoe kan het OMT, dat virologisch-medisch kijkt, tot dit advies komen?

Mevrouw **Koopmans**:

Virologisch-medisch kijk je dan naar wat de impact op kinderen is. Dan is dus ook de medische impact op kinderen. Ook kijk je wat de impact is op de circulatie. Daarvan werd gedacht dat die niet zo groot zou zijn – het was toen echt nog wel heel druk – dus niet dusdanig dat dat grote effecten zou hebben op het verdere beloop. Dat is dan de discussie die er is.

De **voorzitter**:

Oké. Ik heb voor dit onderwerp geen vragen meer. Ik kijk naar collega Mutluer.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik heb enkele vragen. U zei dat aan het OMT duidelijk werd gemaakt dat er een medische advisering werd verwacht. Door wie werd dat duidelijk gemaakt?

Mevrouw **Koopmans**:

Ik neem aan dat dit vanuit het ministerie was. Dat was bij de vraag – dat was ook in april – of we over een aantal scenario's of strategieën wilden doordiscussiëren. Daarbij werd dit expliciet gezegd.

Mevrouw **Mutluer**:

Kunt u de context iets meer schetsen?

Mevrouw **Koopmans**:

Volgens mij was dat de vraag over de transitie. Dat was na de eerste lockdown. Daar zaten we in. Toen kwam natuurlijk de vraag: en hoe nu verder? Dat werd "de transitiestrategie" genoemd. Daarbij werd expliciet gezegd: we vragen jullie om de biomedische advisering, en de sociaal-maatschappelijke advisering vragen we elders. Volgens mij staat dat letterlijk in de aanvraag.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus dat werd duidelijk gemaakt door het ministerie van VWS?

Mevrouw **Koopmans**:

Ik zou dat moeten checken, maar volgens mij staat dat zo in de aanvraag.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar u zegt ook dat u, en overigens ook collega's van u, als lid van het OMT gegevens over sociale omstandigheden meekregen van buitenaf. Van wie kreeg u die gegevens?

Mevrouw **Koopmans**:

Nee, er zit veel kennis over bijvoorbeeld grootstedelijke thematiek en grote verschillen tussen wijken, bijvoorbeeld in de infectieziektebestrijdingswereld, bij de GGD's. De GGD's weten daar heel veel van. Dat is dus informatie die specifiek benoemd werd en bekeken werd, waarbij de epidemiologie ... Bij de epidemiologie zet je op een rij wat er uit allerlei meldingen komt, inclusief dat wat de GGD's doen met hun bron- en contactonderzoek. Dat bron- en contactonderzoek laat je zien waar de meeste verspreiding zit, welke leeftijden dat zijn, of dat bepaalde wijken zijn, of dat bepaalde groepen zijn. Ook laat het je zien waar op dat moment – dat was natuurlijk een steeds veranderend beeld – de meeste infecties zijn en daarmee dus ook waar je het liefst het zo gericht mogelijk op zou willen adviseren. Dat is expertise die ook bij de GGD's zit en die opgehaald wordt met het bron- en contactonderzoek dat zij doen. Dat is ook waarom dat een onderdeel was van de afwegingen voor versoepeling. Als je vraagt of je kunt versoepelen op een manier waarmee je nog steeds zicht hebt op wat er gebeurt, was een van de criteria waar wij ook naar keken of er voldoende ruimte is, ook zodanig dat je daar waar nodig dat bron- en contactonderzoek kunt doen. Dat was een van de afwegingen.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus de gegevens over de sociaal-maatschappelijke omstandigheden kreeg u van de GGD?

Mevrouw **Koopmans**:

In relatie tot de infectieziekten, dus in relatie tot waar de meeste problemen zijn, tot wie het meest getroffen zijn, maar ook bijvoorbeeld tot waar de laagste vaccinatiegraad zit. Het gaat om dat soort informatie.

Mevrouw **Mutluer**:

En andere gegevens?

Mevrouw **Koopmans**:

Zoals?

Mevrouw **Mutluer**:

Jongeren. De jeugd laten sporten. De maatregelen wat betreft de avondklok anders insteken, om maar een voorbeeld te geven.

Mevrouw **Koopmans**:

Nee, dat zit niet specifiek in het OMT. We hadden natuurlijk ook de Vereniging voor Kindergeneeskunde aan tafel, die dingen inbracht over effecten op jongeren, ook vanuit haar netwerk. Maar daar waren niet specifiek meetgegevens over.

Mevrouw **Mutluer**:

Heeft het OMT de maatschappelijke effecten soms toch wel meegewogen, juist omdat een Maatschappelijk Impact Team, waaraan u net refereerde op basis van uw advies, ontbrak?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, met dit voorbeeld zou je kunnen zeggen dat dit misschien inderdaad een MIT-achtige vraag zou zijn geweest. Ik denk dat het meevalt, maar de vraag is welke andersoortige informatie je gaat wegen. Dat weet ik niet.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik heb verder geen vragen.

De **voorzitter**:

Collega Poortman.

De heer **Poortman**:

Ik heb geen vragen.

De **voorzitter**:

Dan gaan we naar het volgende onderwerp. Ik geef collega Mutluer het woord.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik had beloofd dat ik terug zou komen op het coronatoegangsbewijs, dat in uw woorden "best wel een complex vraagstuk" was.

Mevrouw **Koopmans**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer** (GroenLinks-PvdA):

Ondanks het feit dat we dit onderwerp pas in de zesde week van de openbare verhoren gaan behandelen, heb ik een aantal concrete vragen aan u, temeer omdat wij u maar één keer gaan spreken. Het is een lastige maatregel om over te adviseren, met name het 2G-coronatoegangsbewijs; ik zal zo uitleggen wat dat is. We zitten in het najaar van 2021. Een groot deel van de mensen in Nederland is gevaccineerd. Het kabinet komt eerst met een manier om delen van de samenleving te openen voor mensen die gevaccineerd zijn, mensen die corona recent hebben doorgemaakt en mensen die negatief getest zijn. Dat is de 3G-variant. Maar niet lang daarna wil het kabinet overgaan op een 2G-variant, die inhoudt dat alleen gevaccineerden worden toegelaten of mensen die corona recent hebben doorgemaakt. Met andere woorden, ongevaccineerden kunnen dan niet meer met een negatieve test naar bijvoorbeeld een restaurant gaan. Het kabinet vraagt het OMT uiteindelijk om een advies ten aanzien van de 2G-variant. U was kritisch op deze variant van het coronatoegangsbewijs. Wat vond u van de onderbouwing van het OMT van deze variant van het coronatoegangsbewijs?

Mevrouw **Koopmans**:

Zoals u al zegt, was dit een complexe afweging met opnieuw veel onzekerheden. Dat heeft veel discussie gegeven, ook in het OMT. Dat is ook gereflecteerd in het advies.

Mevrouw **Mutluer**:

Kunt u dat laatste herhalen?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat is gereflecteerd in het advies.

Mevrouw **Mutluer**:

Oké.

Mevrouw Koopmans:

Kijk, het zijn complexe vragen. Er was apart om een studie gevraagd – ik meen door VWS, maar ik weet eerlijk gezegd niet door welk ministerie precies – aan een aantal universiteiten om te komen met modelberekeningen. Die werden ons ook voorgelegd. Die werden gepresenteerd. Daarin werd vergeleken wat de effecten zouden zijn als je 1G zou doen – dat betekent: iedereen testen en dan toegang – en wat de effecten zouden zijn op verdere verspreiding van het virus. Ten tweede: wat zouden de effecten van 2G – óf je bent gevaccineerd óf je hebt corona gehad – zijn op de verspreiding? De derde was 3G: óf je bent gevaccineerd, óf je bent geïnfecteerd geweest óf je bent net getest.

Dat was allemaal met modellen en daar zaten heel veel aannames aan. We wisten daarvan al ... Met het testen voor toegang waren bijvoorbeeld al experimenten gedaan. Daarbij waren anonieme boa's ingezet en het was al duidelijk dat de naleving heel beperkt was. De modellering gaf aan: het meeste effect is er misschien wel bij 1G, iedereen testen. Daar hadden we discussie over, maar gezien de uitvoering en de naleving was dat een gok. 2G was de next best, maar daarbij was de redenering en – u citeer mij als kritisch – zo zat ik er ook in: maar iedereen moet dan ook toegang hebben gehad tot de vaccinaties. Er was op dat moment nog incompleet geboosterd, bijvoorbeeld. Plus: moet je eigenlijk wel willen dat iets gaat voelen als vaccinatiedruk? 3G was dan gegeven: je hebt beperkingen en het is niet leuk, maar iedereen heeft een keuze om mee te doen.

Dus die discussie was er. Dat was dan natuurlijk voor een deel ... De vraag was dan ... Dat was ook een advies vanuit de Gedragsunit, vanuit wat zij hadden onderzocht aan reacties van mensen. Hun adviesinput was: je zou 2G kunnen doen als het echt heel veel uitmaakt; als het gradueel is, dan zou dat slecht vallen. Dat hadden zij vanuit hun gedragsonderzoek ingebracht. Die mix van complexiteit heeft dus geleid tot het advies waarin aanvankelijk ook 2G stond. Vervolgens is er ook wel gezegd dat dat met meer nuances omkleed moest worden, want er was echt veel discussie over.

Mevrouw Mutluer:

Voordat we ingaan op die discussie, om het te begrijpen: er ligt dus een adviesaanvraag vanuit het ministerie over de 2G-variant, en naast de

aanvraag krijgt u onderzoeken te zien van andere universiteiten, los van de eigen modellering die door het OMT werd gedaan, en bevindingen van de Gedragsunit. Klopt dat?

Mevrouw **Koopmans**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

U zegt: er was best wel wat discussie. Ik wil met name ingaan op de discussie. Hoe keek u zelf naar de uitsluiting van ongevaccineerden die de maatregel, de 2G-variant, tot gevolg zou hebben?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou ja, ik heb ook wel elders publiekelijk gezegd dat ik dat geen goede keuze vond, omdat we dat niet doen in Nederland. Dat zou dus wel echt een afwijking zijn van het reguliere ... Nou ja, van de mogelijkheden die je hebt.

Mevrouw **Mutluer**:

Wilt u dat onderbouwen?

Mevrouw **Koopmans**:

Wij hebben in Nederland geen vaccinatieplicht.

Mevrouw **Mutluer**:

Vindt u dat uiteindelijk kiezen voor een 2G-variant zou zorgen dat mensen die niet gevaccineerd waren, niet meer zonder een negatieve testuitslag mee konden doen en dus eigenlijk werden uitgesloten van deelname aan de samenleving?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, ik vond dat een risico. Dat is ook een deel van de discussie geweest. Deel van de discussie was ook hoe zeker de getallen eigenlijk waren; er was eigenlijk weinig ervaring mee. Die combinatie van elementen heeft er inderdaad ... Die hebben we meegenomen.

Mevrouw **Mutluer**:

U zegt: een deel van de discussie ging hierover. Waar ging het andere deel van de discussie dan over?

Mevrouw **Koopmans**:

Over hoe zeker we eigenlijk zijn van die getallen, hoe zeker we zijn van de effecten, hoe zeker we zijn van de naleving. Want het is een hele stap. Dan moet je ook wel weten hoe goed die onderbouwing is.

Mevrouw **Mutluer**:

Ja. Ondanks uw bezwaren ...

Mevrouw **Koopmans**:

Het was dus niet zozeer of je iets met een ctb, het coronatoegangsbewijs, zou willen. Het was, nou ja, een van de mogelijkheden. Het kan effect hebben, dus het was een van de maatregelen in het pakket. Dat kunnen echt grote effecten zijn. Maar wat betreft de onderlinge verschillen was het eigenlijk weer zo'n voorbeeld van: is er nou wel echt een zwaarwegend inhoudelijk argument om te zeggen dat die het moet zijn en niet die andere, of is die keuze weer aan de politiek? Dus dat was weer de discussie.

Mevrouw **Mutluer**:

Met die onzekerheden gaan we uitgebreid het een en ander doen in week 6, als we weer verhoren hebben. Maar ik wil wel dit voorbeeld aanhalen om de werkwijze van het OMT iets beter te begrijpen en te snappen. Ondanks uw bezwaren adviseerde het OMT namelijk toch positief over de 2G-variant van het coronatoegangsbewijs. Kunt u ons meenemen in hoe dat is gegaan?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat is in feite een voorbeeld zoals ik straks heb uitgelegd: je hebt een discussie, argumenten en onderzoeksgegevens. Op grond van die combinatie komt er uiteindelijk een advies tot stand. Er is ... Eh ... Dit was wel echt een verhitte discussie. Dat kan ik inderdaad wel zeggen.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan komt opeens het positieve advies van het OMT over de 2G-variant. U las dat. Wat deed dat met u?

Mevrouw **Koopmans**:

Ehm, nou, er is toen ... We hebben naar aanleiding van de eerste versie van de brief met een aantal OMT-leden gezegd: kunnen we het daar nog eens over hebben? Er is toen ook nog wel wat bijgesteld, omdat de ... Dat is eigenlijk het enige voorbeeld waarin de formulering in de uiteindelijke adviesbrief ... We hebben gezegd: we zouden dat graag toch echt ... We willen de reflectie van de discussie over dat ctb meer terugzien in het advies. Dat is de enige keer dat we dat hebben gedaan.

Mevrouw **Mutluer**:

Wie zijn "we"?

Mevrouw **Koopmans**:

Dat waren een aantal OMT-leden.

Mevrouw **Mutluer**:

U zegt: er is een brief gekomen. Aan wie was die brief uiteindelijk gericht?

Mevrouw **Koopmans**:

Wij hebben toen aan Jaap van Dissel gevraagd om daar even over te overleggen.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat stond er concreet in die brief?

Mevrouw **Koopmans**:

Daar stond in dat wij het er nog een keer over wilden hebben. Wij vonden dus dat de discussie in het OMT niet voldoende gereflecteerd was in de adviesbrief.

Mevrouw **Mutluer**:

Zegt u daarmee dat u een publieke nuancering wenste?

Mevrouw **Koopmans**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer** (GroenLinks-PvdA):

Hoe reageerde de heer Van Dissel hierop?

Mevrouw **Koopmans**:

Die zei: dat is prima; dan moeten we het er snel over hebben. Dat was de volgende dag. Dat hebben we ook gedaan. Het is in het eerstvolgende OMT ook besproken. Zo hebben we dat gedaan.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat hebben we overigens niet teruggezien tijdens ons onderzoek. Wij hebben niet gezien dat in het eerstvolgende OMT-advies was opgenomen dat er unanimititeit ontbrak over de 2G-variant of dat daarin het expliciete advies om niet voor de 2G-variant te kiezen, was opgenomen. Kunt u dat uitleggen?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, dat was het niet. Het ging over de verwoording van de onzekerheden. Daar ging het specifiek over. Het was niet zozeer dat het hele advies anders moest. Wij wilden dat de mate van onzekerheid over wat de effecten zouden zijn, duidelijker verwoord werd. Het leek ons namelijk te stellig in de eerste versie van de adviesbrief. Daar is dus ook wat aan aangepast.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar zijn die onzekerheden nou wel of niet publiekelijk en duidelijk verwoord, ook richting het kabinet?

Mevrouw **Koopmans**:

De adviesbrief is aangepast. Ik weet niet hoe het in de Kamerbriefings is geweest. Die heb ik voor dat onderwerp niet teruggekeken.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan heb ik ...

Mevrouw **Koopmans**:

Kijk, u vraagt er terecht op door. Ik denk wel dat het een voorbeeld is van hoe zo'n adviesproces werkt. Het zijn héle ingewikkelde discussies, waarin het juist goed is als het af en toe schuurt, want dat houdt je scherp. Ik vond het daarbij zelf heel prettig dat we het daar onmiddellijk over konden hebben. Het is dus ook onmiddellijk meegenomen in de vervolgstappen. Dat is uiteindelijk hoe je zo'n proces scherp houdt. Je spreekt elkaar aan. Je spreekt elkaar ook kritisch aan. In mijn optiek is dat eigenlijk in al die

verschillende OMT-processen heel goed gegaan. Dit is een voorbeeld van dat je, ook als het echt schuurt, toch een proces hebt met de openheid om dat aan te kaarten en daar wat mee te doen.

Mevrouw **Mutluer**:

Toch kunnen wij over deze onzekerheden, verhitte discussies, de wens voor een publieke nuancering – in mijn woorden was dat een rectificatie – niks vinden in onze dossiers over de advisering richting het kabinet. Herkent u dat?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, niet echt. Ik heb natuurlijk in de voorbereiding een flink aantal adviezen nog eens teruggelezen. Daarin staat regelmatig: "Er is nog veel onduidelijkheid over." Ik heb dat regelmatig zien staan.

Mevrouw **Mutluer**:

U heeft dat regelmatig zien staan. Wij hebben dat ook regelmatig zien staan bij andere onderwerpen, maar niet ten aanzien van 2G, dus niet specifiek over dat advies over de 2G-variant. Waarom niet?

Mevrouw **Koopmans**:

Ik zou het echt eens even willen nalezen, want er stond ook een heleboel informatie bij over al die discussies. Daarin staat wel degelijk ook welke onzekerheden daarin zitten.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan herhaal ik opnieuw: wij hebben dat niet in ons dossier gezien. Wij weten wel dat dit onderdeel werd van het politieke debat in de Kamer, waarbij uiteindelijk ook de Kamerleden een keuze moesten maken over de variant. Ik denk dat ik het hier even bij laat. Ik heb geen vragen meer.

De heer **Poortman**:

Ik heb nog wel een vraag. Een woord dat bij me bleef hangen, is het woord "vaccinatiedruk". Dat noemde u net in uw betoog. Ik pelde dat voor mezelf even af. 3G is: genezen, gevaccineerd, getest. 2G is: genezen, gevaccineerd. 1G is: getest. Begrijp ik dat goed?

Mevrouw **Koopmans**:

Ja.

De heer **Poortman**:

1G zou eigenlijk het beste zijn als je de verspreiding van het virus wilt voorkomen.

Mevrouw **Koopmans**:

Als je het goed doet, ja.

De heer **Poortman**:

Als je het goed doet, zit je met 1G dus het meest safe?

Mevrouw **Koopmans**:

Als je het goed doet, in die zin dat het kort van tevoren gedaan wordt met de juiste test en er ook op toegezien wordt dat dat gedaan is. Op al die fronten wisten we – want er waren experimenten met testen voor toegang – dat dat niet goed ging.

De heer **Poortman**:

Oké. Dan het woord "vaccinatiedruk". Als je kiest voor 2G, waarin "getest" helemaal ontbreekt, is vaccinatiedruk dan een strategie?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, nee. Ja, dat kan een strategie zijn.

De heer **Poortman**:

Kreeg u het idee dat dat eronder lag?

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, dat weet ik niet. Dat is ook weer een vraag aan de bewindslieden. Ik vond in ieder geval dat je dat risico niet moest lopen. Ook daar kun je discussie over hebben, maar dan heb je het dus meer over de keuzes. Mijn redenering is: we hebben geen vaccinatieplicht in Nederland, maar iedereen moet toegang hebben gehad tot die vaccins, inclusief de boosters. Dat was ook nodig voor sommige van die ctb's. Als je wil dat iedereen mee kán doen, is het als maatregel beter om iets te nemen wat voor iedereen werkt.

De heer **Poortman**:

Als ik het goed begrijp, heeft u daarmee niet de indruk gekregen dat die vaccinatiedruk eigenlijk een gewenst positief bijeffect zou zijn?

Mevrouw **Koopmans**:

Laten we helder zijn: hoe meer mensen gevaccineerd zijn, hoe meer ruimte je krijgt voor minder maatregelen. Dat is duidelijk, want veruit de meeste bescherming tegen ernstige ziekte komt van de vaccins. Daar kan geen enkele andere maatregel tegenop. In die zin is het natuurlijk weleens besproken, niet in de zin van "je moet zorgen dat je dingen doet waardoor mensen zich verplicht voelen om zich te laten vaccineren", maar wel in de zin van "alles wat helpt om de vaccinatiegraad te verbeteren, inclusief in steden en wijken waar dat niet meteen voor de hand ligt; alles wat daarin gedaan kan worden, is meegenomen". Want dat is echt een maatregel die heel veel effect heeft.

De heer **Poortman**:

Dat klinkt toch wel wat strategisch, zo van: als we dit mee kunnen pakken, als dit een effect is, is dat mooi meegenomen.

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, nee. Er zijn twee dingen, hè. Heeft de vaccinatie een groot effect? Absoluut. Hebben wij gesproken over: wat is er allemaal gaande en wat zijn mogelijkheden om de vaccinatiegraad te verhogen? Belangrijk. Dat werd ook meegenomen in de gegevens die het RIVM verzamelde. Het RIVM moest die ook weer uit allerlei verschillende systemen halen. Daar hebben we niet één groot, nationaal systeem voor, dus dat is ingewikkeld. Maar dat was wel belangrijk, ook om te weten hoe het met de vaccinatiegraad zit. Dat is namelijk een van de parameters waarmee je kunt werken als biomedisch adviseur: hoeveel ruimte is er? Het is ook een hele belangrijke parameter in modellering, bijvoorbeeld. In die zin namen we het dus absoluut mee.

De heer **Poortman**:

Dan blijft dat voor mij toch een beetje hangen. U zegt: ik wil die vaccinatiedruk voorkomen. U noemt het zelfs "een risico". Tegelijkertijd is er wel besproken wat goede manieren zijn om de vaccinatiegraad te verhogen. Dan kan ik me ook voorstellen dat op tafel komt te liggen dat zo'n 2G-

strategie eraan kan bijdragen dat de vaccinatiegraad omhooggaat. Is dat op die manier besproken?

Mevrouw **Koopmans**:

Het is genoemd, maar niet als zijnde het doel. Opnieuw, dat komt dan langs in de effecten die iets kan hebben. Zo is het ook wel besproken, maar niet zo van: dit is het doel, dus ... Want nogmaals, dat is weer een politieke keuze.

De heer **Poortman**:

Zijn voor u het doel en de strategie twee verschillende dingen? Je zou kunnen zeggen: het is niet het doel, maar het kan alsnog een strategie zijn. Ik wil niet in een woordspelletje belanden, maar ik zoek daar een beetje naar.

Mevrouw **Koopmans**:

Ja, dat wordt het wel een beetje. Ik probeer ... Nee, ja, kijk, je moet vanuit de inhoud bekijken welke effecten 1G, 2G en 3G hebben. Dat hebben wij gedaan. Dat hebben we besproken, bijvoorbeeld voor 1G. We hadden testen voor toegang. Eigenlijk wil je dan een PCR een dag van tevoren, maar het werd een antigeentest twee dagen van tevoren. Dan weet je al dat die minder doet dan je denkt dat die zou gaan doen. Zo hebben we alle voors en tegens per optie afgepeld. Die zijn allemaal op tafel gekomen. Het OMT moet ook gewoon vertrouwelijk kunnen discussiëren; je pelt alle mogelijke dingen af. Maar het is niet vertaald in iets als: om de vaccinatiegraad te verhogen, gaan we dit adviseren. Zo is het niet besproken.

De heer **Poortman**:

Wat was voor u dan de kern van het advies om toch 2G te adviseren? Waar bestond dat uit?

Mevrouw **Koopmans**:

Toch de combinatie van doorgerekende effecten. Dat vooral. De combinatie van doorgerekende effecten, alle voors en tegens afwegend, en met de nadruk op dat er wel veel onzekerheden omheen zaten.

De heer **Poortman**:

Dank u wel. Dan heb ik voor nu geen vragen meer.

De voorzitter:

Daarmee sluiten we dit onderwerp af. In week 6 gaan we uitgebreider door op het coronatoegangsbewijs en vaccinaties.

Dan wil ik het met u hebben, mevrouw Koopmans, over bedreigingen. Corona leidde tot veel emoties en spanningen in de samenleving. Veel mensen hadden te maken met bedreiging en intimidatie in die periode, of nog steeds zelfs. Helaas is dat ook voor u het geval. Als commissie betrachten we enige terughoudendheid en bij uitzondering wil ik het echt aan u laten of u deze vragen wil beantwoorden. Wilt u ons iets vertellen over de bedreigingen waarmee u te maken had?

Mevrouw Koopmans:

Ja, ik wil daar iets over zeggen, omdat ik het heel belangrijk vind, ook voor toekomstige adviseurs en de procesgang. Dat is namelijk iets waar je niet op voorbereid bent als wetenschapper. Daar ben je ook niet op voorbereid als politicus, journalist of wie dat verder ook overkomt. Ik heb me wel verbaasd – ik herinner me nog wel dat ik verbijsterd was – over de omvang en de manier waarop dat allemaal ging. Dan heb ik het dus niet over kritisch, boos en geïrriteerd zijn. Natuurlijk heb je dat en ik vind dat je daar ook tegen moet kunnen. Ik vind ook dat publiekslezingen door wetenschappers heel gezond zijn, dat je laat zien dat je in de maatschappij staat, dat je bevraagd mag worden, dat het geen ivoren toren is. Dat is heel belangrijk.

Waar ik wel echt moeite mee heb – dat stond afgelopen week ook in de krant over politici – is de ongelofelijke haat, lompheid en seksisme die je over je heen krijgt. Als vrouw is dat nog eens extra erg. Die vind ik eigenlijk wel grenzeloos. Waar ik me echt zorgen over maak, is dat er via social media wel echt duidelijke beïnvloeding is door actoren waarvan je je kunt afvragen wat daar nou de bedoeling achter is. Daar heb ik echt wel heel veel last van gehad. Dan heb ik het over beschuldigingen dat ik het virus gemaakt heb, beschuldigingen dat ik onderdeel ben van een grote, complexe samenzwering onder leiding van "de nazi Klaus Schwab", dat ik erin zit om mijn eigen zakken te vullen, dat ik onderdeel ben van een pedonetwerk. Dat heeft allerlei afgrijselijke bedreigingen gegeven, met als gevolg dat ikzelf en mijn gezin niet meer vrijuit konden bewegen. Dat vind ik bizar en echt ver over grenzen heen gaan.

Ik vind het ook heel ingewikkeld dat je daar eigenlijk heel weinig tegen kunt doen. Er zijn keer op keer rechtszaken over "je hebt een biologisch wapen ontworpen" of "je bent een genocidepleger". Keer op keer kan dat en elke keer hoop je dat dat goed afloopt. Dat vind ik bizar. Ik ben echt helemaal voor een democratie en ik vind ook dat het heel belangrijk is, maar ik denk wel dat naar de toekomst toe voor het omgaan met dit soort crises ... Er komen er meer. We gaan meer infectieziekten krijgen als we elkaar niet weten te vinden, juist in zo'n complexe situatie waarin het schuurt. Ik denk dat we dan echt heel veel kwijtraken, ook aan mogelijkheden voor bestrijding. Dat is wat mij betreft dus echt – u merkt het – een hartenkreet, want het is gewoon bizar. Het is gewoon bizar.

De **voorzitter**:

Hebben die bedreigingen en intimidatie invloed gehad op uw werkzaamheden in die tijd? Even los van de persoonlijke invloed natuurlijk.

Mevrouw **Koopmans**:

Nou, dat niet. Ik heb het wel benoemd. Ik heb het ook apart besproken met de voorzitter, die daar zelf ook heel veel last van heeft gehad. We hebben ook advies gekregen van organisaties die daarvoor zijn. Ik heb zelf ook wat mensen gesproken die goed thuis zijn in hoe dat eigenlijk werkt. Dat is allemaal wel goed geregeld. Nou ja, u heeft daar zelf misschien ook allemaal wel mee te maken. In je professionaliteit geef je dat wel gewoon een plek. Maar vind ik het normaal? Nee. Ik vind eerlijk gezegd ook echt dat dit iets is om serieus naar te kijken, welke elementen hiervan een aanbevelingen naar de toekomst toe hebben, temeer omdat het voor een deel ook vermeerderd wordt door uitingen van bepaalde politici.

De **voorzitter**:

Als parlementaire enquêtecommissie willen wij lessen trekken. Welke les zou u ons willen meegeven op dit thema?

Mevrouw **Koopmans**:

Wat we natuurlijk zien, is dat er veel onrust en polarisatie is in de samenleving. Dat is een gegeven. Dat is ook echt heel belangrijk. We zien ook dat informatievoorziening, en ook kwaadwillige informatievoorziening, daarbij een steeds belangrijker issue wordt. Ik denk dat dat heel belangrijk

is, ook naar de toekomst. De WHO noemt dat nu een van de grote dreigingen: hoe zorg je ervoor dat je mensen nog weet te bereiken met de juiste informatie en dat je de discussie niet laat kapen door een kleine groep kwaadwilligen? Als ik zie hoe dat nu nog steeds gaat, denk ik dat dat echt iets is wat vraagt om een bepaalde vorm van normering. Hoe weet ik niet, maar ik denk dat dat heel belangrijk is.

De voorzitter:

Veel dank voor uw openhartigheid ten aanzien van deze vragen. Dan gaan we naar het laatste onderwerp van dit verhoor. Ik geef het woord aan collega Mutluer.

Mevrouw Mutluer:

Ik heb een afsluitende vraag. Deze gaat over de pandemische paraatheid. Mevrouw Koopmans, u bent oprichter van het Pandemic & Disaster Preparedness Center. In goed Nederlands houdt dat zich bezig met de vraag hoe Nederland zich het beste kan voorbereiden voor het moment dat er nog eens een pandemie op ons afkomt. Ik heb u al een aantal keren een aantal adviezen horen geven richting de enquêtecommissie, maar wat zouden wat u betreft echt de adviezen voor de toekomst zijn, voor het geval er weer een pandemie komt?

Mevrouw Koopmans:

Even een verheldering: het PDPC is echt gericht op onderzoek. Het vraagt aan ons in de wetenschap wat wij hiervan kunnen leren. We hebben onder andere gezien hoe belangrijk het is dat je vanuit multidisciplinariteit naar thema's kijkt. Het zijn namelijk vaak complexe vraagstukken. Dat over het PDPC.

Als het gaat over de hele linie, heb ik aantal punten. Ten eerste denk ik dat we af moeten van het idee dat je pandemische paraatheid kunt aan- en uitzetten. Ik denk dat het echt iets moet worden wat structureel onderdeel is van de hele manier waarop wij Nederland inrichten, want infectieziektecrises volgen elkaar op. Je kunt niet de brandweerwagen gaan bouwen als er brand is. Je moet het eigenlijk structureel inbedden in hoe paraatheid nu wordt ingericht.

Naar aanleiding van de eerste OVV-rapporten hebben we gezien dat er ook budgetten voor waren. Die zijn vervolgens gesneuveld en nu zijn die gedeeltelijk weer terug. Die zouden echt structureel moeten worden, zonder de zorg of die er volgend jaar wel of niet nog zijn. Dat zet namelijk een rem op wat er nodig is aan langeretermijninvesteringen om een aantal zaken te verbeteren. Er zijn al een aantal dingen langsgekomen, bijvoorbeeld de versnippering in de data-infrastructuur. Er is echt werk aan de winkel als we een volgende keer veel sneller de informatie willen hebben die nodig is om goed onderbouwd te kunnen adviseren. Wat dat betreft is er heel veel werk aan de winkel. Ik denk ook dat we hebben gezien dat het niet iets is wat je alleen ... In de uitingen over pandemische paraatheidsgelden hoor ik van de GGD, het RIVM en de GHOR dat dit een maatschappijprobleem is: hoe maak je de maatschappij paraat, en hoe doe je dat zo goed mogelijk? Dat vind ik heel belangrijk.

Ik trek weleens de parallel met de Watersnoodramp, midden jaren vijftig. Toen is gezegd: dat nooit meer. Daar zijn de grote waterwerken uit voortgekomen waar Nederland inmiddels ook gewoon wereldberoemd om is. Iets dergelijks moeten wij, vind ik, gaan willen voor pandemische paraatheid, óók omdat we een land hebben dat veel kennis heeft, maar dat eigenlijk ook wel een bijzondere verantwoordelijkheid heeft, met onze enorme veedichtheid. We hebben in die zin ook een grote voetafdruk. Dat hééft effect op infectiedynamiek. Ik vind om heel veel redenen – dat merkt u aan mij – dat dit structureel onderdeel zou moeten worden van waar Nederland in investeert.

Als laatste: internationale gerichtheid. Infectieziekten bestrijden, een pandemie bestrijden, doe je niet vanuit een heel klein landje. Dat gebeurt in een grote internationale context, dus mijn advies zou zijn om aan te haken bij de gremia die daarvoor zijn.

Mevrouw **Mutluer**:

Mag ik op basis van uw aanbevelingen de conclusie trekken dat u vindt dat wij als Nederland nog werk aan de winkel hebben en dus nog onvoldoende voorbereid zijn op een volgende pandemie?

Mevrouw **Koopmans**:

Ja. Ik denk dat we een heleboel geleerd hebben. We hebben laten zien dat er heel veel kan. Nederland heeft een enorm improvisatievermogen, maar we hebben ook gezien dat we gaten hebben en dat de pandemie als contrastvloeistof heeft gewerkt, waar we heel veel van kunnen leren, ook om te zien hoe dit naar de toekomst toe beter en structureler kan.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik dank u voor deze antwoorden. Ik heb geen nieuwe vragen.

De **voorzitter**:

Dank, collega. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van dit openbare verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona met mevrouw Koopmans. Ik verzoek de griffier om de getuige en haar bijstandsverlener naar buiten te leiden.

(Mevrouw Koopmans wordt naar buiten geleid door de griffier.)

Vanmiddag vindt er een tweede openbaar verhoor plaats. Dat zal met de heer Bruins zijn. Ik sluit de vergadering.

Sluiting 13.04 uur.