

Verslag van een openbaar verhoor

De parlementaire enquêtecommissie Corona heeft op 1 juni 2026 **de heer Kluytmans** als getuige gehoord.

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 een openbaar verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona.

Ik verzoek de griffier om de heer Kluytmans naar binnen te leiden.

(De heer Kluytmans wordt binnengeleid door de griffier.)

De **voorzitter**:

Meneer Kluytmans, van harte welkom. U bent hier bij het derde verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona. De coronapandemie leidde begin 2020 tot een wereldwijde crisis. Ook voor de Nederlandse samenleving had deze grote gevolgen. Het kabinet nam maatregelen die ons allemaal hebben getroffen in het dagelijks leven. Ook de Tweede Kamer had een belangrijke rol in de besluitvorming. Als parlementaire enquêtecommissie zijn wij ingesteld om daarvan te leren, om met een breed gedragen terugblik te komen vanuit de Tweede Kamer om te leren van die coronaperiode, zodat we beter voorbereid kunnen zijn op een eventuele volgende pandemie of langdurige crisis. U bent, en was dat ook tijdens de coronaperiode, arts en microbioloog in het Amphiaziekenhuis te Breda en vanuit die expertise ook lid van het Outbreak Management Team. Dat is de reden waarom de commissie u heeft opgeroepen als getuige. U wordt één keer opgeroepen, vooralsnog. Het thema van deze week is "Het begin van de pandemie", maar omdat u één keer opgeroepen wordt, zullen er ook andere onderwerpen aan bod komen dan enkel het begin van de pandemie.

Voordat we naar de belofte gaan, wil ik eerst de aanwezige pers de gelegenheid geven om even foto's te maken.

(Er worden enkele foto's gemaakt.)

De voorzitter:

U wordt gehoord als getuige. Dit verhoor vindt plaats onder ede. U heeft ervoor gekozen de belofte af te leggen. Ik verzoek u met de belofte te bevestigen dat u de gehele waarheid en niets dan de waarheid zal zeggen.

(In handen van de voorzitter legt de heer Kluytmans de belofte af.)

De voorzitter:

Dan staat u nu onder ede. U mag weer gaan zitten.

Voordat we van start gaan met het verhoor: heeft u aan de voorkant vragen aan de commissie of is alles helder?

De heer Kluytmans:

Het is mij duidelijk.

De voorzitter:

Oké, fijn. Dit verhoor zal worden afgenomen door collega Poortman en mijzelf. Collega Lammers zal mogelijk aanvullende vragen hebben. Ik geef graag het woord aan collega Poortman.

De heer Poortman:

Dank u wel, voorzitter. Welkom meneer Kluytmans. We beginnen bij het begin. Daar was u bij betrokken. Als korte inleiding: we herinneren ons allemaal het briefje van Bruins – zo is dat de boeken ingegaan – op 27 februari 2020. In Brabant wordt dan de eerste Nederlandse besmetting met corona bevestigd. U bent in die tijd arts-microbioloog in het Amphiaziekenhuis. U bent daarnaast ook consulent van het ziekenhuis in Tilburg, waar juist deze patiënt is opgenomen. Kunt u ons meenemen naar dat begin in Noord-Brabant?

De heer Kluytmans:

Ja. Ik heb me er de laatste dagen ook weer eens in verdiept, want het is alweer lang geleden. 27 februari is de week van de voorjaarsvakantie. Carnaval is net achter de rug. Die eerste patiënt was een man van halverwege de vijftig uit Loon op Zand, die in Italië was geweest voor werk, terug was gekomen en ziek was geworden. Die is op een gegeven

moment in het ziekenhuis opgenomen en getest. Die was positief. Wij konden toen al, als een van de eerste laboratoria in Nederland, zelf testen, maar die test moest nog wel door het RIVM bevestigd worden, wat in het begin gebruikelijk is. Wat wel zorgelijk was, en wat gemeld werd, is dat die patiënt na terugkomst nog wel carnaval gevierd had. Er werd gezegd: hij was toen nog niet zo ziek. Maar dat gaf bij ons toch al wel enige argwaan, zo van: o jee, zou dat wel goed gegaan zijn?

In de daaropvolgende dagen kreeg ik meer berichten. Het ziekenhuis in Gorkum was gesloten. Er was een patiënt opgenomen geweest. Die was zieker geworden, ging naar het Erasmus, werd daar getest en bleek corona te hebben. Dat hele ziekenhuis was toen gesloten voor nieuwe opnames. Ik werd gebeld door collega's die op vakantie waren in Noord-Italië, die zeiden: "Het voelt hier wat onrustig. Ik heb nu een snotneus. Kan ik wel komen werken maandag?" Dat was op zaterdag. Ik had ook contact met een Italiaanse collega uit Cremona. Mensen in Bergamo kreeg ik niet te pakken. Uit Cremona kwamen hele vreselijke verhalen. Die noemden het oorlogsachtige toestanden en zeiden dat patiënten niet meer behandeld konden worden.

De heer **Poortman**:

Wat waren die verhalen? Welke beelden beschreven zij?

De heer **Kluytmans**:

Dat het ziekenhuis volledig overstelpt werd en dat ze aan de poort mensen gewoon niet meer konden opnemen die normaal gesproken behandeld zouden worden. Dat gaf hele ... Ik heb die collega een maand geleden getroffen op een congres en hij zei: ik ben nu eigenlijk nog aan het herstellen van wat we daar hebben meegemaakt. Dat was een hele heftige situatie, waarbij het hele zorgsysteem overspoeld werd. Die beelden uit Noord-Italië kennen we, denk ik, ook allemaal wel. Hij zat in zo'n dorp. Dus ja, dan zie je dat het daar zo snel uit de hand is gelopen. Nederland had op dat moment nog het idee van: "Ja, hoever is het nou? Kunnen we dat ook nog echt beheersen?" Denk aan hoe we dat nu met het hantavirus en ebola hebben gedaan. Je wilt dan in containment blijven, dus zeg je: als er een patiënt komt, moet je het goed herkennen en zorgen dat het zich niet verspreidt, en dan kun je het echt beheersen. Maar dat was daar in China en in Noord-Italië niet gelukt. Er waren dus wel zorgen, zo van: lukt dat wel met dit virus? Dat was dus op zaterdagavond 29 februari. Toen heb ik het bestuur gebeld. Een van de bestuurders heeft dan dienst en die zei: nou, laten we morgen, op

zondag, gewoon samenkomen, dan kunnen we in alle rust een plan maken voor hoe we dit gaan aanpakken. Dat was dus op 1 maart. Achteraf is het een heel wijs besluit geweest om dan gewoon een crisisstructuur op te tuigen.

De heer **Poortman**:

Het was een crisisstructuur voor uw ziekenhuis?

De heer **Kluytmans**:

Voor het ziekenhuis, ja. Ik was toen net bij het OMT toegetreden, maar in principe ben je gewoon verantwoordelijk voor je ziekenhuis. Dat is ook het vak dat ik sinds 1990 doe: infecties proberen in te dammen. Dat heeft heel veel aspecten. Het heeft heel veel te maken met communicatie, isolatie van patiënten en logistiek. Je moet zorgen voor de materialen. Dat is ook verder in de crisis wel gebleken. Denk aan mondkmaskers, beschermende jassen, handschoenen en al dat soort zaken. We hadden dat dus eigenlijk opgetuigd. Op 2 maart hebben we het personeel voorgelicht. Ik vind het wel goed om je te realiseren: dan geef je voorlichting en uiteindelijk hebben we daar allerlei dingen verteld die best wel juist bleken te zijn. Het was dus wel vroeg en er waren veel onzekerheden, maar er was ook al wel veel bekend over dit virus.

De heer **Poortman**:

Wat waren de dingen die u achteraf juist bleek te hebben, die u toen al vertelde?

De heer **Kluytmans**:

Nou, die R-waarde tussen de 2 en 3.

De heer **Poortman**:

Dus een hoge overdracht?

De heer **Kluytmans**:

Ja, een hele hoge. Een R-waarde van 2 betekent dus dat iedere besmette patiënt weer twee anderen besmet. Dan krijg je zo'n exponentieel proces. Als het 3 is, gaat het natuurlijk nog vele malen sneller, maar ergens daartussen schatten we die in. De sterftetekans werd tussen de 1% en 2% ingeschat. Later bleek die 1% te zijn. We dachten ook dat er heel veel mensen op de ic zouden belanden en dat het vooral ouderen zouden zijn. Wij hebben dus ook toen al gezegd: die ic-capaciteit gaat heel snel overschreden worden als dit zich in de maatschappij gaat verspreiden.

De heer **Poortman**:

Kunt u terughalen hoe u destijds bij die intuïties bent gekomen? "Intuïties" bedoel ik niet badinerend, maar u heeft dat blijkbaar juist goed aangevoeld. Wat waren uw bronnen?

De heer **Kluytmans**:

Ja, het is wel pijnlijk om te zeggen, maar dat kwam vooral van wat toen nog Twitter was. Toen was Twitter nog best wel nuttig; daar stond goede informatie op. Ik volgde, denk ik, ook de juiste mensen, mensen die er echt verstand van hadden. En er waren veel twijfels over de Chinese data, zo van: hoe betrouwbaar zijn die gegevens uit China? Maar die bleken uiteindelijk voor een belangrijk deel best wel betrouwbaar.

De heer **Poortman**:

Dus die circuleerden toen ook al vanuit China?

De heer **Kluytmans**:

Ja.

De heer **Poortman**:

Ja. Wat maakte de situatie in Noord-Brabant uniek in die dagen?

De heer **Kluytmans**:

Dat komt dan pas later naar voren, maar wij hadden heel snel door dat het in Noord-Brabant echt mis was. Dat kwam ook omdat we als onderdeel van het crisisplan zeiden: we gaan gewoon uitgebreid testen. Wij waren, nogmaals, een van de eerste labs die ... Wij waren een aangewezen opschalingslaboratorium. Daarvan hebben we er twaalf in Nederland. Die zijn als eerste in staat om zelf te testen. Wij konden dat, dus we zeiden: we gaan gewoon breed testen, buiten de definitie die op dat moment gehanteerd werd. Je moest dan in China of in Noord-Italië zijn geweest of contact hebben gehad met een bekend positieve, en dan ook nog behoorlijk ziek zijn.

Wij zeiden: nou, we vertrouwen dat niet helemaal; laten we gewoon gaan kijken. Dat doe je door te testen, dus we hebben toen alle patiënten met luchtwegklachten en alle medewerkers met ook maar de minste vorm van luchtwegklachten getest. Daar kwam al heel direct uit dat er gelukkig geen patiënten positief waren, maar wel een behoorlijk aantal medewerkers met hele milde klachten. Die medewerkers waren niet in Noord-Italië geweest, maar – wel opvallend – ze hadden allemaal carnaval

gevierd. Dat gaf ons direct – op 6 maart was dat – aan: er is gewoon meer aan de hand.

De heer **Poortman**:

Ja.

De heer **Kluytmans**:

De verdenking op carnaval als superspreading event ... Ik weet niet of u bekend bent met carnaval, maar als je infecties wilt verspreiden, dan is carnaval wel de meest ideale manier om dat te doen, omdat ...

De heer **Poortman**:

We hebben er een beeld bij.

De heer **Kluytmans**:

Oké. Het is goed om dat te ... Ik merk dat sommige mensen er weleens wat andere beelden bij hebben dan hoe dat gaat.

De heer **Poortman**:

U noemde net al de datum van 6 maart. Ik maak even een bruggetje, want u geeft op 4 maart – dus twee dagen daarvoor – een eerste signaal aan de heer Van Dissel. U schrijft dat het virus al veel meer rondgaat dan gedacht. Van Dissel is op dat moment de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, het RIVM. Hij is ook voorzitter van het OMT, dus in die hoedanigheid zijn jullie al collega's van elkaar binnen het OMT. Werd het signaal dat u op 4 maart gaf meteen goed opgepakt?

De heer **Kluytmans**:

Op 4 maart gaf ik dat door en toen werd besloten om het op 6 maart in het OMT te bespreken. 6 maart was er een gepland OMT.

De heer **Poortman**:

En als het gaat over de inhoud van het signaal: werd dat direct goed opgepakt? Werd de urgentie meteen duidelijk?

De heer **Kluytmans**:

Ja, urgentie ... Het werd goed opgepakt en Jaap zei: laten we dit in het OMT bespreken. Dat was één dag verder en dat leek mij gewoon adequaat.

De heer **Poortman**:

Ik vraag het ook, omdat ... Dat bleek ook uit het verhoor met Marion Koopmans afgelopen vrijdag. Zij gaf aan dat de urgentie niet meteen vanaf het begin duidelijk was. Dat lezen we vaker terug in onze stukken. We zoeken nog steeds een beetje naar waar het 'm dan in zat, waar dat besef van urgentie in eerste instantie ontbrak.

De heer **Kluytmans**:

Ja, kijk, die vraag heb ik natuurlijk ook vaak gesteld. Dat blijft best wel lang doorgaan, dat het urgentiebesef heel wisselend is. Daarbij moet ik zeggen: ik zat natuurlijk in het oog van de storm, dus bij alle tipjes van het tapijt die wij oplichtten, kwamen er dingen uit waarvan we zeiden "het is hier echt mis". Tegelijkertijd waren er collega's elders in het land die zeiden: hier is niks aan de hand. Het is ook wel lastig om dat dan bij elkaar te leggen. In Groningen had collega Friedrich, die daar toen werkzaam was, ook getest en die vonden helemaal niets. Dat was ook in andere delen van het land zo. Achteraf bleek dat ook juist te zijn: het was ook maar heel patchy aanwezig in de rest van het land en in het zuiden was het volledig verspreid, op grote schaal, onder de radar.

De heer **Poortman**:

Leidde dat er ook toe – ik ben benieuwd naar uw indruk op dat punt – dat binnen het OMT op basis van die andere signalen wat u inbracht ook wel gerelativeerd werd?

De heer **Kluytmans**:

Ja, ik denk dat dat wel ... Er waren verschillende geluiden. Er zijn veel mensen die zeggen: ik was de enige van die groep of die groep in het OMT. Ik was de enige uit Brabant en daar kwamen heel alarmerende berichten vandaan, maar er waren veel andere collega's uit andere delen die zeiden: het is hier heel rustig en wij vinden heel weinig. Nogmaals: achteraf gezien klopt dat ook, maar dat maakt het wel lastig om het bij elkaar te leggen.

De heer **Poortman**:

Waar ik dan ook een beetje naar zoek, is het volgende. U heeft uw intuïties. U bent bezig met testen. Maar landelijk werd er ook met modellen gewerkt. Hoe kan het dat daar dan verschillende urgenties uit ontstaan?

De heer **Kluytmans**:

Ja, dat vind ik een moeilijke vraag om te beantwoorden. Daar kan ik alleen maar over speculeren. Ik denk in algemene zin dat je kunt stellen dat heel veel mensen moeite hebben met exponentiële processen, om te zien hoe snel dingen die nog klein lijken, misgaan. Uiteindelijk weten we dat het virus zich twee keer per week verdubbelde. Dat is nu, achteraf, gebleken. Als je dan twee weken geleden 1.000 patiënten had, zijn het er inmiddels 2.000, 4.000, 8.000, 16.000. Dat proces onderschatten heel veel mensen. Veel mensen denken in lineaire processen en dit gaat exponentieel. Ik zie daarbij dat heel veel mensen, in alle geledingen, het moeilijk vinden om goed in te schatten hoe snel dat mis kan gaan.

Wij hadden dus heel snel duidelijk dat de casusdefinitie ... Die werd internationaal gehanteerd. De WHO zei bijvoorbeeld ook: ze moeten in dat gebied zijn geweest; ze moeten koorts hebben. Het bleek dat de helft van de patiënten en medewerkers die wij testten, helemaal geen koorts hadden. Die hadden hele milde klachten. Het duurde wel even voordat dat breed werd overgenomen. Na 6 maart is er besloten om in meerdere ziekenhuizen in het Zuiden direct een onderzoek onder medewerkers te gaan doen. Wat dan weer heel knap is, is dat dat in twee dagen geregeld was. Op 7 en 8 maart is dat dus gedaan. Op 9 maart kwamen de getallen op tafel. Toen bleek het eigenlijk in alle ziekenhuizen verder verspreid. Dat was wel in wisselende mate. In Tilburg was, geloof ik, 10% van de mensen met klachten positief. Andere ziekenhuizen hadden 3%. Maar het zat eigenlijk overal. In de tussentijd gebeurde het volgende. Dat is voor mij ook nog wel een markerend moment. Op 8 maart, zondag, werd ik 's ochtends gebeld door de voorzitter van het ROAZ, om 's middags naar een ...

De heer **Poortman**:

Wat is het ROAZ?

De heer **Kluytmans**:

ROAZ is de Regionale Opschaling ... Ehm ... De organisatie voor acute zorg in Brabant. Daar zitten ziekenhuisbestuurders, verpleeghuizen en huisartsen in. Eigenlijk zijn alle sectoren van de zorg daarin vertegenwoordigd. Die zei: "Ze zijn gaan testen in Bernhoven, het ziekenhuis in Uden. Daar is het helemaal mis. We willen eigenlijk nu een overleg over wat we moeten doen." Er zaten ook een aantal burgemeesters bij. Degene die u vanmiddag zult spreken, zat er ook bij, net als ziekenhuisbestuurders en bestuurders van het

Bernhovenziekenhuis. In dat ziekenhuis was er echt gewoon op grote schaal verspreiding en er waren positieve mensen. Het ziekenhuis kon het toen al niet meer aan. We zijn daar 's middags verschenen. Daar was de heer Van Dissel ook bij. Tegelijk met het medewerkersonderzoek gaf dat ons steeds meer aanwijzingen – je hebt namelijk intuïtie, maar op een gegeven moment ook gewoon feiten – dat het echt mis was en dat het veel verder was dan wij tot dan toe dachten.

De heer **Poortman**:

We gaan het zo ook nog even hebben over het earlywarningsysteem, om het zo te noemen, het testen. Nu ga ik nog even terug naar de urgentie. U zegt de hele tijd dat die binnen het OMT niet bij iedereen even voelbaar was; laat ik het zo zeggen. Hoe was dat bij het RIVM?

De heer **Kluytmans**:

Dat is onderdeel van het OMT. Ze hebben het onderzoek van die medewerkers direct mede gecoördineerd. Dus ze hebben dat ook direct mede opgepakt. Ik denk dat u aan de mensen van het RIVM moet vragen hoe het bij het RIVM is. Ik kan niet in andermans hoofd kijken. Ik kijk gewoon naar de feitelijkheden. Ik zie gewoon dat er verschillende situaties waren. De mensen die zeiden "hier is het veel rustiger", hadden ook gelijk. Alleen, in Brabant en Limburg was dat niet het geval. Ik denk dat je met de kennis van nu zegt: de timing van de voorjaarsvakantie, waarin je het ophaalde in de gebieden waar het op dat moment endemisch was, en waarin een heel groot volksfeest tot een superspreading event heeft geleid, is voor het Zuiden gewoon ontzettende pech geweest. Het geeft een totaal andere situatie dan de rest van het land.

De heer **Poortman**:

U kijkt daar nu, een paar jaar later, vrij rustig op terug. Was het in die tijd frustrerend om te merken dat er verschil in besef van urgentie was?

De heer **Kluytmans**:

Ik heb, denk ik, zo'n beetje de moeilijkste weken van mijn leven gehad. Je maakt je grote zorgen. Je ziet dat die heel moeilijk doorkomen en dat de maatregelen ... Het was namelijk niet alleen de lockdown. Ook na de lockdown zagen we dat, ook als de besmettingen zouden stoppen – de lockdown bleek achteraf heel effectief – er al een heleboel besmettingen waren. Die gingen leiden tot ziekenhuisopnames. Ik weet nog dat wij na de lockdown heel veel moeite hebben moeten doen om de urgentie te krijgen om patiënten uit Brabant uit te plaatsen. Wij konden het als

Brabantse ziekenhuizen gewoon niet aan. We hadden berekend dat we het net aan zouden kunnen als de hele landelijke capaciteit ingezet zou worden. Dat heeft geleid tot die transporten.

Ik heb toch wel gekeken wat ik nou feitelijk kan zeggen over het verschil in urgentiebesef. Ik zit hier namelijk niet om mijn speculaties te geven, maar om te kijken wat de feiten zijn. Ik kom tot een bericht dat uitgegaan is op ... Even kijken, hoor. Ik dacht dat het 15 maart was. O, het was 16 maart. Toen hadden we de lockdown. Maar dan wordt er door de directeur van de GGD gezegd: we denken dat we op dit moment 6.000 covid-besmettingen hebben. Wij hadden in Brabant een aantal berekeningen naast elkaar gelegd. Het waren er al ten minste 40.000 à 50.000. Dan word je wel heel bezorgd, want dan zie je dat een grote, landelijke partij een hele andere inschatting van de situatie heeft dan waar wij op dat moment mee werkten en die achteraf ook juist is gebleken.

De heer **Poortman**:

Hoe wordt er dan in het oog van de storm gereageerd op u, die met een hele andere berekening komt? Hoe gaan mensen daar dan mee om?

De heer **Kluytmans**:

Die berekening die ik toen gemaakt had, zou in een OMT besproken worden. Dat had ik ook met Van Dissel gedeeld en die zei: dat gaan we in het OMT bespreken. Dat was de eerste keer dat we niet fysiek konden vergaderen. Tegenwoordig zijn we erg gewend om Teams of iets anders op te starten, maar dat was toen nog niet zo en dat ging in het begin ook technisch mis. We kregen in die vergadering zeker een halfuur lang geen verbinding en er waren ook heel veel ad-hocdingen, en uiteindelijk is dit niet meer op de agenda gekomen.

De heer **Poortman**:

Dat is eigenlijk bijzonder voor iets wat zo urgent is.

De heer **Kluytmans**:

Er waren veel dingen die mensen urgent vonden op dat moment. Het was erg rommelig; dat moet ik gewoon toegeven. Het is gewoon heel jammer dat het niet besproken is. Het ging over het uitplaatsen van die patiënten en het is ook de vraag of dat echt aan het OMT is. Dat is meer hoe de zorg ... Het heeft niet te maken met infectiebestrijding, maar met het beheersen van de gevolgen, maar daar maakten we ons grote zorgen over, want de ic's zouden het gewoon niet aankunnen.

De heer **Poortman**:

Ja, want u noemt nu ook al een paar keer de druk op de zorg. Hoe zag u dat gebeuren in Noord-Brabant? U noemt ook een paar keer de ic-capaciteit.

De heer **Kluytmans**:

Kijk, wij zijn gewend om vooruit te kijken. Op dat moment zie je 10 patiënten op de intensive care. We hebben normaal 30 bedden en we konden dat opschalen, maar je ziet gewoon dat die 10 patiënten er allemaal twee weken blijven en dus niet snel weg zijn. En in die twee weken zie je een aantal verdubbelingen op je afkomen. Die zijn er in het begin nog niet. Wij maakten ons dus zorgen over wat er op de korte termijn zou gebeuren. Op enig moment werd dat reëel en lagen de ic's gewoon vol. Die hele grote ic lag helemaal vol met covidpatiënten. Gelukkig hadden wij een grote ic en kun je de hartchirurgie voor een belangrijk deel afschalen en allerlei andere dingen doen, maar er komen ook mensen met andere ziektebeelden die ic-zorg nodig hebben. Dat kwam gewoon in de knel. Toen heeft één ziekenhuisbestuurder ook de voor mij nieuwe term "code zwart" in een notitie gebruikt, die later breder werd toegepast. Dat betekent eigenlijk dat je de zorg die je normaal zou kunnen en willen leveren, niet meer kunt leveren.

De heer **Poortman**:

Over urgentie gesproken. We gaan het straks ook nog hebben over code zwart, maar we hadden het net over de urgentie rondom het aantal besmettingen. Dit lijken me ook gewoon harde feiten. Als mensen zien dat de ic's vol liggen, heb je het over een feitelijke constatering en ...

De heer **Kluytmans**:

Dat kwam pas na deze dagen. Ik beschrijf het nu tot en met 16 maart.

De heer **Poortman**:

Ja.

De heer **Kluytmans**:

Toen begon eigenlijk de lockdown. Toen lagen de ic's nog niet vol.

De heer **Poortman**:

Het was uw inschatting dat die snel vol zouden kunnen komen te liggen.

De heer **Kluytmans**:

Ja, ja. Ik had een bepaald model gebruikt om te kijken hoe we ervoor stonden, en een bestuurder van het Jeroen Bosch Ziekenhuis had een andere groep aan het werk gezet, volgens mij van de Technische Universiteit Eindhoven, die het op een andere manier had benaderd. Uiteindelijk heb ik het ook met Jacco Wallinga samengelegd, die ook nog op basis van de actuele ic-bezetting, die toen wat beter in kaart kwam, had ... Want dat moet u zich ook realiseren ...

De heer **Poortman**:

Jacco Wallinga is de modelleur van VWS.

De heer **Kluytmans**:

Van het RIVM.

De heer **Poortman**:

Van het RIVM, ja.

De heer **Kluytmans**:

Ja, ja. De getallen van hoeveel mensen er op de ic lagen, waren in het begin bijvoorbeeld nauwelijks beschikbaar. Later kregen we dat allemaal keurig geregeld en hadden we dat goed op orde, maar in het begin was dat er niet. Ik heb nog even bekeken hoe we dat toen deden, en ik weet nog dat we gewoon appjes hadden van alle ziekenhuisbestuurders over hoeveel mensen er dagelijks op de ic lagen met deze aandoening. Dat was toen de situatie en dat was hoe we onze data verzamelden. De mensen van het RIVM hadden die data dus ook niet direct ter beschikking.

De heer **Poortman**:

Zijn ze, toen u dat aangaf, meteen op uw systeem van data verzamelen overgegaan of heeft dat lang geduurd?

De heer **Kluytmans**:

Die appjes? Nee, nee, volgens mij is er toen een site opgezet vanuit de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. Die heeft toen een nationale site opgezet. NICE heette die; er waren veel afkortingen. Die hebben dat toen opgezet.

De heer **Poortman**:

Hoe heeft u dit signaal kenbaar gemaakt bij het RIVM? U heeft contact gehad met Wallinga, zei u net. Hoe is dat gegaan?

De heer **Kluytmans**:

Dat was op verzoek van de directeur-generaal van VWS. Het ROAZ heeft onze berekeningen volgens mij op 18 maart meegenomen naar VWS, naar de directeur-generaal Publieke Gezondheid. Die schrok toen van die inschattingen en zei: ik zou dit graag door Wallinga laten verifiëren. Dat heb ik toen met hem kortgesloten en die was het ... Het was een vrij simpel model, en voor modellers was het niet zo moeilijk om dit ... Het was gebaseerd op het aantal overleden patiënten. Als je uitgaat van het aantal overleden patiënten heb je harde gegevens, want "overleden" is een hard gegeven; dan was covid aangetoond.

De heer **Poortman**:

Ja.

De heer **Kluytmans**:

Als je zegt dat 1% van de mensen met een besmetting zal overlijden en je weet dat er natuurlijk een bepaalde tijd zit tussen besmetting en overlijden, kun je, als je dat samenlegt, zeggen: twee, drie weken geleden moeten er zoveel besmettingen zijn geweest om te leiden tot dit aantal overlijdens. Eigenlijk ga je dan een soort van "in de achteruitkijkspiegel" bepalen hoe de situatie twee, drie weken geleden was. Daar kun je dan weer uit afleiden hoe het nu ongeveer zal zijn.

De heer **Poortman**:

Nog even over die druk op de zorg. Die kun je verlichten door patiënten over te plaatsen naar andere ziekenhuizen of andere regio's. Is dat, wat u betreft, voor Noord-Brabant op tijd gebeurd?

De heer **Kluytmans**:

Net op tijd.

De heer **Poortman**:

Net op tijd. Wat bedoelt u daarmee?

De heer **Kluytmans**:

Eén minuut voor twaalf. Op 20 maart hadden ziekenhuizen niet meer zelf zeggenschap over het al dan niet opnemen van een patiënt. Toen werd het gedwongen overname. Toen werd Kuipers de baas. Dat was voor ons de redding, want de ziekenhuizen waren niet altijd heel bereidwillig om patiënten over te nemen. Op een gegeven moment was er geen keuze meer. Als het nodig was, werd een patiënt gewoon overgeplaatst. Dat

gebeurde net op tijd om de capaciteit te bieden die we eigenlijk nodig hadden vanuit het Zuiden, door de hele landelijke capaciteit daarvoor te benutten.

De heer **Poortman**:

U zegt: het gebeurde één minuut voor twaalf. Wat zou er om twaalf uur gebeurd zijn?

De heer **Kluytmans**:

Dan hadden we de zorg niet meer kunnen leveren zoals we dat willen.

De heer **Poortman**:

Dan had u gesproken over "code zwart".

De heer **Kluytmans**:

Zo werd dat toen genoemd.

De heer **Poortman**:

Ja. Daar gaan we het straks over hebben. Voor nu heb ik geen vragen meer op dit onderwerp.

De **voorzitter**:

Ik kijk naar collega Lammers. Heeft zij nog vragen op dit onderwerp?

Mevrouw **Lammers**:

Ja, ik heb nog een aantal vragen. Ik zou nog met u willen teruggaan naar de signalen en de urgentie daarvan. Voelde het kabinet de urgentie volgens u?

De heer **Kluytmans**:

Ik had niet zo veel contact met het kabinet. Dat weet ik gewoon niet. Daar hebben wij vanuit het veld gewoon geen connectie mee.

Mevrouw **Lammers**:

Ook niet vanuit uw hoedanigheid als lid van het OMT?

De heer **Kluytmans**:

Nee. Het OMT is later tot hele andere proporties gegroeid, en de status ook, maar dat was natuurlijk helemaal niet zo'n bekende rol. De connecties die het OMT heeft met het kabinet of VWS lopen via de voorzitter, meneer Van Dissel.

Mevrouw **Lammers**:

Dan stel ik nog een keer dezelfde vraag over het RIVM. Had u het idee dat het RIVM die signalen goed oppikte?

De heer **Kluytmans**:

Ik denk dat die signalen echt wel doorkwamen, maar dat er ook andere signalen binnenkwamen.

Mevrouw **Lammers**:

Welke?

De heer **Kluytmans**:

Uit de rest van het land, waar dus veel minder aan de hand was. Ik denk dat het moeilijk was om dat bij elkaar te leggen. Maar dat zou u, denk ik, aan de heer Van Dissel moeten vragen. Er zat zo'n groot verschil tussen de situatie in Brabant en die in de rest van het land. Ik denk niet dat een ander land in Europa dat zo extreem heeft meegemaakt. Dat maakt het wel moeilijk om daar één beeld van te maken. Het was uiteindelijk een beeld met een heel groot probleem in het zuiden en een matig probleem in het noorden. Wat veel vergelijkbaarder was ... Van Duitsland wordt gezegd dat ze het in de eerste golf veel beter hebben gedaan, maar dat bestrijd ik. Zij hebben gewoon maatregelen genomen toen het nog niet zo erg verspreid was. Bij ons was het al zó ver. Hoewel we hele effectieve maatregelen hebben genomen op 16 maart, waren er eigenlijk gewoon al te veel mensen besmet, waardoor je daarvan veel meer nadelige gevolgen hebt ondervonden. Ik heb in geen enkel ander land gezien dat er zo'n groot verschil zat tussen twee landsdelen.

Mevrouw **Lammers**:

Oké, dat waren mijn vragen.

De **voorzitter**:

Dank. Dan gaan we door naar het earlywarningsystem. Het RIVM had in maart 2020 duidelijke richtlijnen over het testen bij gezondheidsklachten gecombineerd met dat mensen afkomstig waren uit gebieden waar veel verspreiding was. U noemde Italië en China al. U heeft ook aangegeven dat u buiten die casusdefinitie bent gaan testen. U maakte u zorgen, u had contact met Jaap van Dissel en toen kwam die steekproef in het Amphiaziekenhuis van 6 tot 8 maart. Hoe kwam die tot stand?

De heer **Kluytmans**:

Als ik ... Kijk, dank u wel. De bode kan mijn gedachten lezen, want er wordt water voor mij ingeschonken. Vanuit mijn vak weten we: onder het topje van de ijsberg, de hele zieke mensen, zit er altijd een reservoir, de ijsberg. Om controle te krijgen over de verspreiding, wil je weten: hoe groot is dat onderwatergedeelte. Toen wij konden testen ... We waren in de gelukkige omstandigheid dat we in die fase al grootschalig konden testen.

De **voorzitter**:

Was dat toeval?

De heer **Kluytmans**:

Nou ja, we hadden gewoon een lab dat goed geoutilleerd was met heel bekwame mensen, met name één medisch moleculair microbioloog die daar was. Die was zeer ervaren en zeer bedreven. Wij waren ook een opschalingslab. Daar word je voor aangewezen. Zo werkt de structuur. We hebben twee referentielabs: het RIVM en het Erasmus. Van daaruit ga je eerst twaalf opschalingslabs in staat stellen om die testen te doen. Dat doe je door materialen en technieken uit te wisselen. Wij waren daardoor in die omstandigheid. Het is voor u goed om u te realiseren dat een heleboel ziekenhuizen dat op dat moment nog niet konden; zij konden dus nog niet testen. Dat geeft ook wel aan dat je voorzichtig moet zijn met zeggen: iedereen moet gaan testen. Als lang niet iedereen dat kan, is dat ook iets waar je schade mee kunt berokkenen. Wij konden testen. Wij zijn gewoon gaan kijken en zeiden: we willen weten hoe groot het is. Dan ga je niet het topje testen, maar dan ga je kijken of er onder die top wat meer zit. Wij hebben dus gezegd: iedereen met ook maar de minste luchtwegklachten gaan we testen. Dat was ons eigen initiatief. We waren eigenlijk een beetje ...

De **voorzitter**:

Iedereen, dus zowel personeel als patiënten?

De heer **Kluytmans**:

Ja.

De **voorzitter**:

Welk beeld kwam daaruit naar voren?

De heer **Kluytmans**:

Daar kwam uit naar voren dat we gelukkig geen andere patiënten hadden.

We hadden één patiënt opgenomen waarvan we wisten dat die positief was, omdat die contact had gehad met de patiënt door wie het ziekenhuis in Gorkum gesloten was. Die was ook heel ziek. Die lag op de ic en lag keurig beschermd. Maar alle andere patiënten met luchtwegklachten die we hadden getest – ik meen dat dat er 150 of zo waren – waren negatief. Dat gaf dus vertrouwen. Maar bij het personeel was het heel zorgelijk. De eerste die ik zag, was een collega die terugkwam van vakantie in Italië. Die had zich op maandag niet laten testen, omdat hij vond dat het allemaal wel meeviel en dat hij eigenlijk niet zo ziek was. De volgende dag werd hij wat zieker en toen was hij positief. Toen dachten we al: o jee, die was gisteren dus ook al positief en hij was nauwelijks ziek. Hij hoestte toen wat en had een snotneus. Dat viel volledig buiten die casusdefinitie. Wat nog zorgelijker was, was dat er ook best wel een aantal verpleegkundigen, volgens mij 4% van de mensen met klachten, positief was.

De **voorzitter**:

3,9% inderdaad.

De heer **Kluytmans**:

U heeft het paraat. Ja. Die hadden bijna allemaal carnaval gevierd. Daar werd Prinsenbeek genoemd. Dat is een deelgemeente ten noorden van Breda met een redelijk fameus carnaval. Dat zagen we later ook. Collega's van mij die daar werkten, zeiden ook: het is hier echt drama. Wat mij het meest bijstaat, is een foto van een kaartenstandaard in een boekenwinkel, waarvan alle rouwkaarten op waren. Dan zie je ook dat dat heel erg heftig heeft uitgepakt in het soort omgevingen waar die superspreading events in de vroege fase plaatsvonden.

De **voorzitter**:

U ging breed testen. Die cijfers werden bekend. Welke invloed had dit op het landelijke testbeleid?

De heer **Kluytmans**:

Dat is dus 6 maart in het OMT geweest. Toen werd er direct besloten om op 7 en 8 maart in een tiental ziekenhuizen in het zuiden van het land te gaan testen. Nijmegen was daarvan het meest noordelijke ziekenhuis. Toen kwam er op 9 of 10 maart officieel uit dat het eigenlijk in al die ziekenhuizen speelde. Die casusdefinitie is pas later aangepast. Dat had te maken met het feit dat de WHO die nog niet aangepast had, maar ook met het feit dat een heleboel labs niet in staat waren om buiten die

casusdefinitie om te gaan testen, omdat ze zelf die testen niet konden doen en het niet aan zouden kunnen. Daar is dus veel beleid gemaakt dat niet formeel Nederlands beleid was, maar dat is ontstaan doordat ziekenhuizen onderling zeiden: we gaan alvast testen volgens de veel bredere definitie. In Brabant hebben we dat bijvoorbeeld besloten binnen het ROAZ.

De **voorzitter**:

Die casusdefinitie is pas later aangepast. Wat vond u daarvan?

De heer **Kluytmans**:

Dat is een heel moeilijk spanningsveld. Formeel had je die definitie eerder aan kunnen passen. Dan moet je ... Wat ga je dan zeggen? Als je zegt "iedereen met luchtwegklachten", zou dat voor een heleboel ziekenhuizen in Nederland gewoon volstrekt onmogelijk zijn, omdat ze überhaupt nog niet in staat waren om zelf te testen. Het RIVM en Rotterdam waren ook niet in staat om alle testen van die ziekenhuizen te verwerken. Je moest daar dus ook de praktijk wel bij betrekken. Volgens mij is de oplossing gekozen dat we onderling keken naar wie het kon en dat die dan breder gingen testen. Er is toen gekozen om nog niet een soort beleid te maken, omdat je daardoor toch een heleboel reuring zou krijgen, omdat een heleboel mensen het gewoon niet konden. Het duurt enige tijd voordat je die testen kunt doen.

Het is misschien ook goed voor u om te realiseren dat wij toen allemaal in staat waren om zelf testen te maken. Met de nieuwe Europese regelgeving die sinds kort van kracht is, kan dat eigenlijk niet meer, omdat het allemaal aan zulke hoge eisen moet voldoen dat het eigenlijk alleen nog maar voor commerciële testen te doen is. De afhankelijkheid is voor de toekomst dus alleen maar toegenomen, terwijl we de vorige keer nog in staat waren om de testen zelf te maken. Ik denk dat we, als we lering willen trekken, ons er wel van bewust moeten zijn dat het zelf kunnen fabriceren van testen je echt ontzettend helpt in dit soort situaties. Die afhankelijkheden, waarvan we geopolitiek allemaal zeggen dat we ervanaf moeten, worden eigenlijk alleen maar groter, ook op het gebied van laboratoriumdiagnostiek.

De **voorzitter**:

U had meer zicht op het virus dan de rest van het land. U zag ook dat er al een bredere verspreiding was. Wat had het ingehouden als er enkele dagen eerder maatregelen waren getroffen?

De heer **Kluytmans**:

In die eerste golf telt iedere dag. Er is door mensen van het RIVM een berekening gemaakt van hoe de respons is geweest in verschillende Europese landen, in Nederland, Denemarken, Duitsland, België, UK en Zweden, en wat het uitmaakt als je dat later had gedaan. Je ziet dat het echt ontzettend grote verschillen zijn. Allereerst het goede nieuws. De respons in Nederland bleek een van de meest effectieve. Toen we de lockdown afkondigden, was het effect op de R-waarde er heel snel. Dat is dus misschien niet zozeer het beleid, maar ook hoe de Nederlandse burgers zich op dat moment gingen houden aan het beleid. Bij iedere andere respons van de landen die je daartegen afzet, waren er in Nederland meer mensen overleden. Verder hebben ze berekend dat als je het één dag later doet, er ongeveer 20% meer overlijdens zijn, en als je het drie dagen later doet ruim twee keer zoveel. In het begin maakt die timing dus heel veel uit. U vraagt: wat als we het eerder hadden gedaan? Dat is getalsmatig niet berekend, dus dat kan ik niet zeggen, maar het maakt natuurlijk heel veel uit. Met name als we het voor carnaval zouden hebben gedaan, denk ik, maar er waren toen nog nauwelijks aanwijzingen. Dan had je carnaval af moeten lasten. Ik denk dat dat, als je terugkijkt, volstrekt niet geaccepteerd zou zijn gezien de geringe mate van problematiek en hoe we toen nog naar deze situatie keken.

De **voorzitter**:

Maar die berekening van het RIVM waarop u doelt, gaat uit van drie dagen later ingrijpen. Kunt u vanuit uw expertise een inschatting maken wat de gevolgen waren geweest voor het aantal slachtoffers wanneer je drie dagen eerder had ingegrepen?

De heer **Kluytmans**:

Ja, normaal gesproken zou je zeggen: dan zou het halveren. De vraag is wat ... We deden natuurlijk niet niks. Er waren al maatregelen afgekondigd, met name voor Brabant, vanaf 6 maart, in mijn geheugen. Je kunt dus niet zeggen dat er niks gebeurde. Dat maakt het moeilijk om dat getalsmatig hard te zeggen. Maar dat het een groot verschil maakt in die eerste fase, staat buiten kijf.

De **voorzitter**:

Dus eerder ingrijpen had wel degelijk veel slachtoffers kunnen schelen op dat moment?

De heer **Kluytmans**:

Ja, als je in zo'n exponentiële fase zit, maakt het veel uit op welk moment je dat doet.

De **voorzitter**:

Ik heb op dit onderwerp geen vragen meer. Ik kijk even of collega Poortman aanvullingen heeft.

De heer **Poortman**:

Ik zou graag op één punt nog wat duidelijkheid willen. U had het over het testen. Het lijkt me van wezenlijk belang dat we dat bij een volgende pandemie op orde hebben. Wat zouden we daarvoor kunnen doen? Wat is er nodig om daarin goed voorbereid te zijn? U noemde al het zelf kunnen fabriceren van testen. Hoe zou dat eruit moeten zien?

De heer **Kluytmans**:

Nederland doet een aantal dingen best wel goed. In onze laboratoria werken zeer hoog opgeleide mensen, die de expertise hebben om zelf die testen te maken. Dat is zeker niet in alle Europese landen het geval. Om Europese regelgeving te begrijpen, moet je natuurlijk ook weer het Europese perspectief pakken, maar voor Nederland vind ik de regelgeving zoals die er nu is best wel beperkend. Je kunt nog wel zelf testen maken, maar door aan alle eisen die daaraan gesteld worden te voldoen, wordt dat ontzettend duur en complex, waardoor het eigenlijk alleen interessant is als je het commercieel uitnut. Je zult dan meer afhankelijk worden van commercieel testen, maar daarbij is het gevaar dat die expertise niet meer zo nodig wordt gevonden en zal verdwijnen. Dat is wat je nu voor je ziet. Het maken van die testen heeft te maken met de voorzieningen, de apparatuur, open platforms, waar je zelf je testen met simpele reagentia kunt maken, maar ook met de expertise. Daar maken wij ons wel zorgen over. Ik denk dat dat een ontwikkeling is die haaks staat op wat je bij een volgende pandemie zou willen. De commercie had ook wel testen, maar het duurde veel langer voordat die op grote schaal beschikbaar waren. Daarnaast was er veel meer competitie: aan wie worden die testen wel of niet verkocht? Dat is hetzelfde als we bij de mondmaskers hebben gezien. Eigenlijk zijn bij alles waar schaarste in ontstaat, afhankelijkheden heel vervelend.

De heer **Poortman**:

Heeft u een idee waarom dat testen zo streng gereguleerd is?

De heer **Kluytmans**:

Daar kan ik over speculeren, maar er zijn ook landen waar het allemaal niet zo ...

De heer **Poortman**:

Ook Europese landen?

De heer **Kluytmans**:

Europese landen waar de technische kennis gewoon veel minder is. Dan zijn die testen misschien van mindere kwaliteit en dan kun je door dit soort regels te maken de kwaliteit verbeteren. Het neveneffect is echter wel dat je dus ook de mensen die het wél zelf goed regelen, eigenlijk gewoon buitenspel zet.

De heer **Poortman**:

U had het net even met mijn collega over het tijdstip van ingrijpen en maatregelen nemen. Was u het ermee eens dat in eerste instantie alleen in Brabant werd ingegrepen qua maatregelen?

De heer **Kluytmans**:

Ik weet het niet precies meer. Ik weet het niet precies meer. Ik voelde veel urgentie in Brabant. Ik voelde in Brabant ook bij iedereen die daarbij betrokken was de urgentie wel. Alle bestuurders en alle burgemeesters hadden absoluut urgentiebesef. Het werd lastiger als je met mensen die in andere delen van het land actief waren sprak, omdat die gewoon in een heel andere situatie zaten. We zeiden: de testen worden krap. Dan zei iemand uit Groningen: o, hier is dat helemaal geen probleem. Hij had gelijk en wij hadden ook gelijk.

De heer **Poortman**:

Ja.

De heer **Kluytmans**:

Maar dat naast elkaar leggen heeft, denk ik, wel tijd gekost.

De heer **Poortman**:

Op het punt van die maatregelen zijn we net al een stap verder, denk ik. Had u toen niet het gevoel "dit moeten we gewoon meteen landelijk doen"?

De heer **Kluytmans**:

Niet direct, maar ik had wel eerder het gevoel dat we landelijk wat moesten doen, ja.

De heer **Poortman**:

Voor nu dan: dank u wel. Ik heb geen vragen meer op dit onderwerp.

De **voorzitter**:

Collega Lammers, nog aanvullingen?

Mevrouw **Lammers**:

Nee, ik heb geen aanvullingen.

De **voorzitter**:

Dan kunnen we naar het volgende onderwerp, meneer Kluytmans. Dan geef ik het woord aan collega Poortman.

De heer **Poortman**:

Dank, voorzitter. Het kwam in het eerste onderwerp al een paar keer langs: het woord "code zwart". In de coronaperiode loopt tot driemaal toe het aantal besmettingen fors op en daarmee ook de bezetting van het aantal ziekenhuizen. In de media – zo hebben we het als publiek gezien – wordt dan verwezen naar code zwart; u noemde het net zelf al. Dat is ook een term die nog weleens wat verwarring met zich meebrengt. U heeft net al een tipje van de sluier opgelicht, maar kunt u ons eens meenemen in wat het betekent om code zwart te hebben?

De heer **Kluytmans**:

Ja, code zwart, ik weet niet of dat in de Dikke Van Dale staat; ik denk het niet.

De heer **Poortman**:

Na deze verhoren wel.

De heer **Kluytmans**:

Het werd voor het eerst gebezigd in een notitie die ik kreeg van een bestuurder van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Waar hij op dat moment op doelde, was dat de zorg dusdanig overspoeld werd dat de zorg die we wilden geven, en normaal gesproken zouden kunnen geven aan mensen, niet meer te leveren was. Dat ging dan ook over levensbedreigende situaties, niet over electieve zorg.

De heer **Poortman**:

Wat bedoelt u daarmee?

De heer **Kluytmans**:

Dus de acute zorg. Letterlijk dat je mensen die beademd zouden kunnen worden, moet laten stikken, om het maar even in begrijpelijke tekst te zeggen.

De heer **Poortman**:

Als code zwart aan de orde zou zijn, wie merken daar dan iets van? Er zullen mensen wel geholpen worden; er is natuurlijk altijd capaciteit beschikbaar. Er zijn dan mensen die wel geholpen worden en mensen die niet geholpen worden. Wie merkt er wat van?

De heer **Kluytmans**:

Dat is dus heel vervelend. Dan moet je gaan kiezen. Dat is dus, hoorde ik van de Italiaanse collega's, het meest traumatische voor zorgverleners. Wij hebben ... Ik dacht nog: ik heb nog niet zo vaak onder ede gestaan, maar ik heb ook ooit een belofte afgelegd als arts. Dat betekent dat je je uiterste best doet om mensen te helpen. Dan moet je dus zeggen: wie ga ik nou wel helpen en wie niet? Daar zijn op een gegeven moment ook draaiboeken voor gemaakt, maar dat gaf ontzettend lastige discussies, al in de fase dat je die keuzes moet gaan onderbouwen. Ga je dat op leeftijd doen? Ga je dat op geslacht doen? Mannen deden het slechter met corona. Het ging over overgewicht. Het ging over allerlei dingen waar je heel moeilijk in kunt kiezen. Het ging er zelfs over of je dan mensen van de beademing af gaat halen om iemand die betere kansen heeft, eraan te leggen, dat soort ... Nou, gelukkig zijn we daar nooit in terechtgekomen. Dat is een situatie die we normaal niet kennen in Nederland en die we ook echt heel ver weg zouden willen houden.

De heer **Poortman**:

Welke richtlijnen zijn toen opgeschreven? U schetst nu wat keuzes die dan voorliggen, rondom gewicht, maar ook of je iemand van de beademing moet afhaken, ja of nee. Welke richtlijnen zijn toen in elk geval opgeschreven qua "mocht het aan de orde zijn, dan gaan we deze keuzes maken" of "dit zal de keuze bepalen"?

De heer **Kluytmans**:

Precies weet ik dat niet meer. Daar hebben de intensivisten, maar ook de ethici bij gezeten. Volgens mij heeft de KNMG, de Koninklijke

Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, daar het voortouw in genomen. Er is toen een draaiboek gekomen, maar de precieze criteria durf ik niet te noemen.

De heer **Poortman**:

Welke rol heeft het idee van code zwart gespeeld in de overleggen van het OMT en de adviezen die jullie gaven?

De heer **Kluytmans**:

We kregen op enig moment als OMT de kaders waar we op moesten adviseren. Dat was om de zorg niet overbelast te laten raken – dat is eigenlijk die code zwart – om zicht te houden op het virus en om de kwetsbaren zo goed mogelijk te beschermen. De eerste was dus: de zorg overeind houden. Dat kun je vertalen als "code zwart voorkomen".

De heer **Poortman**:

Is het dan ook zo dat we de strategie kunnen omschrijven als "het voorkomen van code zwart"?

De heer **Kluytmans**:

Dat was een opdracht. We kregen de opdracht: op die drie parameters moet je je adviezen baseren.

De heer **Poortman**:

Dat is de opdracht aan het OMT geweest?

De heer **Kluytmans**:

Ja.

De heer **Poortman**:

Ja. Ik kan me ook voorstellen dat het vervolgens een opdracht aan zorgverleners is, maar als we het meer op het niveau van het kabinet vertalen, zou u dan zeggen dat "het voorkomen van code zwart" een strategie is geweest?

De heer **Kluytmans**:

Nou ja, het kabinet heeft dit aan het OMT gegeven, dus ik neem aan dat dit ook zo in het kabinet besproken is.

De heer **Poortman**:

Ik leid mijn volgende vraag even in. Het OMT adviseert niet alleen over het nemen van maatregelen in periodes dat de besmettingen en

ziekenhuisopnames oplopen, maar ook over het versoepelen van die maatregelen in periodes dat besmettingen afnemen. Op 20 april 2020 adviseert het OMT dat er versoepeld kan worden als het zorgsysteem niet langer overbelast is en de kans heeft gekregen zich te herstellen. Misschien herinnert u zich dat nog.

De heer **Kluytmans**:

Ja.

De heer **Poortman**:

Werd er ook in periodes van afnemende besmettingen en ziekenhuisopnames vooral nog gestuurd op het voorkomen van code zwart?

De heer **Kluytmans**:

Ehm ... Dat was onderdeel van de parameters waarnaar gekeken werd door de modellers. Wij lieten ons in het OMT ... In het begin was het enigszins zoeken, maar na verloop van tijd kwam er een hele vaste structuur. Dan kregen we van een medewerker van het RIVM een update van de epidemiologische situatie en dan kwamen ook altijd even de modellers met de verwachtingen. Op basis daarvan werden verdere discussies gevoerd. Daarbij was de ic-zorg steeds het meest krap. Nederland heeft een krap zorgsysteem. Dat is een van de zaken die ...

De heer **Poortman**:

Hoe zou u "een krap zorgsysteem" omschrijven?

De heer **Kluytmans**:

Nou, als je het positief benoemt, is het: efficiënt, niet te ruim bemeten en just in time. België en Duitsland hebben een vele malen grotere ziekenhuiscapaciteit. Dat heeft ook heel veel nadelen. Nederland heeft een krap systeem.

De heer **Poortman**:

En wat zijn die nadelen?

De heer **Kluytmans**:

De nadelen zijn dat er ook veel zorg wordt verleend waarvan je je af kunt vragen of dat wel nodig is. Dat leidt ook weer tot overbehandeling. Langer in het ziekenhuis liggen is in normale situaties helemaal niet zo gunstig. Nederland heeft dat dus allemaal heel krap bemeten. We kennen ook

allemaal wel de wachtlijsten en zo. Dat zijn allemaal dingen die we in Nederland weleens ter discussie stellen, maar tijdens zo'n pandemie heb je gewoon weinig capaciteit. Ic-capaciteit, intensiverecapaciteit, is niet oneindig op te plussen. Dat heeft technische beperkingen, maar ook beperkingen qua expertise en mankracht. Dat kwam steeds wel als eerste in de knel. Logischerwijs werd bij onze adviezen wel bekeken hoe dat uitwerkt op de intensive care. Dat was steeds een van de ehm, ehm ... koersen, zeg maar, waarop wij werden gewezen bij de voorspellingen in de modellen.

De heer **Poortman**:

Als leek zou je kunnen zeggen "een ic-bed is een ic-bed", maar u heeft het over opplussen. Hoe werkt het opplussen van ic-bedden?

De heer **Kluytmans**:

Ehm ... Hoe werkt dat? Nou, een ziekenhuis is een ... Ik praat even over het Amphiaziekenhuis, waar ik zelf werkzaam was; dan kan ik het uitleggen. Je hebt de intensive care. Die heeft een aantal bedden. Die worden meestal redelijk volledig benut. Je kunt dan al kiezen om bepaalde niet-spoedeisende zorg uit te stellen die wel ic-zorg nodig heeft. Ik noem maar even een hartoperatie die een keer moet in de komende maanden, maar niet morgen. Na een hartoperatie is ic-zorg nodig, dus dan kun je ruimte creëren. Verder kun je op andere plekken in het ziekenhuis ook ic-bedden ... Wij hadden bijvoorbeeld een verkoever; daar verblijf je voor of na de operatie. Daar waren de voorzieningen aanwezig om te beademen en ook andere technische voorzieningen om ic-zorg te leveren. Dan zit je nog steeds met je mensen. Tijdens de eerste lockdown heb ik verschillende specialisten, bijvoorbeeld oogartsen, gezien die patiënten aan het keren waren op de ic. Iedereen sprong daar dus in. Maar dat ging natuurlijk wel omdat andere zorg was afgeschaald. Ic-zorg kun je dus opplussen, maar technisch zitten daar ergens grenzen aan, want je hebt voor beademing bepaalde voorzieningen nodig, die niet overal aanwezig zijn. Op een gegeven moment werden ook de disposable materialen, de slangen en zo, allemaal heel kritisch, want alles werd schaars. Je hebt dus opplusmogelijkheden, maar in zo'n pandemie zijn er allerlei beperkingen en ergens zit daar een einde aan. Volgens mij hebben we het in Nederland – u zou dat aan anderen moeten vragen – opgeplust van 1.500 naar 2.000 of zo, maar dat was wel de max.

De heer **Poortman**:

Even voor mijn eigen beeld: u schetst dan een heel ander type arts die

dan patiënten aan het keren is; doen artsen dan bijvoorbeeld het werk van verpleegkundigen? Moet ik dat zo zien?

De heer **Kluytmans**:

Ook dat gebeurde, ja. Mensen wilden helpen. Ik heb een aantal moeilijke momenten gehad, maar ook wel hele mooie momenten. Je ziet dat de zorg wel ... Zorgverleners willen echt alles doen om die zorg te verlenen en zijn ook niet te beroerd om dan buiten hun comfortzone te gaan.

De heer **Poortman**:

Ik ga nog even terug naar het voorkomen van code zwart en naar het afschalen. Ik kan me voorstellen dat het belangrijk is dat de zorg genoeg herstelt tussen die golven door. Misschien is zelfs al wel te voorspellen dat er ooit weer een volgende golf aankomt. Als je alleen stuurt op code zwart, dan ben je voortdurend bezig met de beschikbare ruimte zo efficiënt mogelijk benutten in plaats van dat je gericht bent op het herstellen van het zorgsysteem. Hoe ziet u dat?

De heer **Kluytmans**:

We stuurden niet alleen op code zwart. Ik denk wel dat de ic-capaciteit een van de parameters was die altijd het eerste in het gedrang kwam. We keken ook naar andere zaken. Ik denk dat het herstellen van het zorgsysteem een heel terecht punt is dat u noemt. Ik zie in de zorg ook een relatief hoge uitval, nog steeds. Ik denk dat heel veel mensen langdurig overbelast zijn geweest en dat je daar veel meer oog voor moet hebben, maar of er oplossingen voor zijn, weet ik niet. Je bent gewoon aan het doen wat je kunt om te zorgen op alle fronten. Op een gegeven moment komt ook de zorg die afgeschaald is. Daar zitten mensen bij die toch zorg nodig hebben. Er is veel discussie over wat dat nou weer voor schade heeft gegeven. Ik denk dat dat heel moeilijk te bepalen is, maar dat daar schade is, is duidelijk. Dat wil je ook zo veel mogelijk beperken, maar het komt wel allemaal op die zorgmedewerkers neer. Ik denk dat het een terecht punt is dat je daar veel aandacht voor moet hebben. Maar ik weet niet goed wat de oplossing is, want je zit gewoon in een krappe situatie, waarbij je enerzijds die mensen met corona zo goed mogelijk wilt helpen, maar die anderen, zo snel mogelijk daarna, ook weer aan de beurt wilt laten komen.

De heer **Poortman**:

Maar als ik dan hardop denk ... Je zou kunnen zeggen: je laat een lockdown langer duren, zodat het zorgsysteem meer kan herstellen.

De heer **Kluytmans**:

Dat zou een keuze kunnen zijn.

De heer **Poortman**:

Zou zoiets helpen?

De heer **Kluytmans**:

Als je puur kijkt naar de zorg zou dat helpen, maar er zijn natuurlijk ook andere zaken die dan in het gedrang komen.

De heer **Poortman**:

Zoals?

De heer **Kluytmans**:

Nou ja, in de maatschappij heb je natuurlijk de economische, maar vooral ook, denk ik, de sociaal-maatschappelijke effecten. Die zijn niet te onderschatten. Deze crisis duurde natuurlijk ongebruikelijk lang. Ik ben al vaak lid van het OMT geweest in andere OMT's. Dat was één, twee keer vergaderen en dan was het probleem alweer over. Ik denk dat heel veel mensen ook niet wisten dat er überhaupt een OMT bestond voor dit ... Dit duurde gewoon jarenlang. Dat is een hele andere situatie. Er kwamen ook veel meer aspecten aan de orde dan alleen het medische. Wij werden geacht om het medisch-wetenschappelijke advies te geven. Maar ja, we zijn wel onderdeel van die maatschappij, waarin je ziet dat er ook heel veel vervelende neveneffecten zijn.

De heer **Poortman**:

Ik vraag er steeds een op beetje door, want waar ik naar toe zou willen is ... Leidt het idee van code zwart, de risico's die daaraan verbonden zijn en de manier waarop maatregelen steeds werden afgeschaald, namelijk dat zodra de ic-capaciteit dat toeliet, maatregelen werden afgeschaald en versoepelingen werden doorgevoerd, in de praktijk niet tot het sturen op net niet code zwart?

De heer **Kluytmans**:

Als we het even op de vroege fase, die eerste golf richten, denk ik dat het heel goed is gegaan. Die lockdown was heel effectief. Mensen waren allemaal ook heel erg gemotiveerd. Als we het over latere fases hebben, wordt dat anders, maar de eerste fase is heel effectief geweest. Eigenlijk was het in de zomer, toen de maatschappij vergaand openging, heel erg rustig.

De heer **Poortman**:
Qua besmettingen?

De heer **Kluytmans**:
Qua besmettingen. Eigenlijk hadden we toen weer veel ruimte om dingen te doen. Mensen konden ook weer op vakantie; daar was ook iedereen wel aan toe, denk ik. Als we het hebben over latere fases, denk ik dat dit anders werd, op allerlei gebieden, maar in de eerste fase vind ik dat ook de versoepelingen zo zijn gegaan dat de besmettingen voldoende onder controle waren.

De heer **Poortman**:
Was het ook iets geweest voor het OMT om dat idee van het herstellen van de zorg in het advies te betrekken?

De heer **Kluytmans**:
Ja, dat zou een overweging kunnen zijn. Er waren heel veel overwegingen. Kijk, het OMT is eigenlijk onderdeel van een crisisstructuur. Op enig moment kun je je afvragen of de crisisstructuur nog wel de juiste is om goed beleid te maken. En er was veel meer dan alleen het wetenschappelijk-medisch advies; er waren ook economische aspecten, sociale aspecten. Er is later pas, denk ik, beter duidelijk geworden hoe groot die effecten waren. Iedereen had wel door: jee, wat een ongekende situatie. Ik kende het woord "lockdown" niet eens voordat we in deze problemen kwamen en daar in China zaten we ook te kijken: wat is dat, een hele stad dicht? En ja, dat gingen we dus zelf ook meemaken. Dat heeft heel veel andere effecten gehad, met een veel grotere reikwijdte.

De heer **Poortman**:
We gaan het straks ook met u hebben over het OMT en het functioneren ervan en over de doelen die toen gesteld zijn. Maar het is een gegeven – dat bleek ook uit de gesprekken van vrijdag – dat het OMT vooral met een medische blik heeft gekeken. Juist vanuit dat perspectief zou je kunnen zeggen dat het OMT in zijn advies rekening houdt met die overbelasting van de zorg.

De heer **Kluytmans**:
Ja, maar we houden ook rekening met het feit dat er dus mensen niet geholpen worden aan andere aandoeningen die ook op enig moment weer zorg nodig hebben. Dus het is heel lastig om dat eendimensionaal te benaderen; het had gewoon heel veel effecten. Primair is het aan het OMT

om te zeggen: hoe bestrijden we deze uitbraak? Formeel hebben we geen grote rol in de neveneffecten. Dat maakt het in deze situatie wel lastig, want we kunnen onze ogen wel proberen te sluiten voor wat er in de maatschappij gebeurt, maar dat is niet helemaal realistisch. Je bent allemaal onderdeel van de maatschappij; je ziet gewoon kinderen die het moeilijk hebben, je ziet vrienden met een zaak die ernstige zorgen hebben en je ziet ook in de zorg andere dingen gebeuren. Maar onze adviezen waren toch primair gericht op: houden we die drie doelstellingen – de overbelasting van de zorg, zicht op het virus en kwetsbaren zo goed mogelijk beschermen – op orde?

De heer **Poortman**:

Ik zoek even, want een onderdeel van overbelasting van de zorg is de uitgestelde zorg die ooit nog eens een keer terugkomt. U noemt het een paar keer, maar het staat voor mij niet met elkaar in tegenspraak. Dat u als OMT gericht bent op het herstellen van de zorg, kan juist zijn omdat u zou willen dat daarmee de uitgestelde zorg weer ingehaald kan worden.

De heer **Kluytmans**:

Maar ik denk dat daar met de eerste golf ... Nogmaals, die eerste lockdown is zo effectief geweest dat die ruimte er zo snel mogelijk ook weer kwam. Ik denk niet dat daar een spanningsveld zat, in de trant van: we hebben te snel verruimd, waardoor het te snel weer opleefde. Want de hele zomer is het rustig geweest, dus die lockdown was bijzonder effectief. Voor de versoepeling die daar is toegepast – 20 april, het advies dat u noemt – kwam een hele trits van vragen vanuit allerlei departementen, volgens mij, in de trant van: kan dit en kan dat? Daar is gewoon gekozen op basis van de verzoeken die we kregen om te versoepelen, maar als je kijkt naar de uitkomst, was het begin juni heel erg goed onder controle en kon de zorg ook weer een heleboel andere dingen doen.

De heer **Poortman**:

Was de overbelasting van de zorg en het laten herstellen van de zorg onderwerp van discussie in het OMT?

De heer **Kluytmans**:

Dat durf ik niet meer met zekerheid te zeggen; er zijn zo veel dingen gepasseerd. Dat zal ongetwijfeld een keer gebeurd zijn, maar ik weet het niet.

De heer **Poortman**:

Dan heb ik over dit onderwerp verder voor u geen vragen.

De **voorzitter**:

Collega Lammers, nog aanvullingen?

Mevrouw **Lammers**:

Ja, ik heb nog een aantal vragen. Mijn eerste vraag ziet op de keuzes die gemaakt moesten worden om code zwart te voorkomen. Vindt u dat die keuzes een puur medische afweging zijn of dat het ook een politieke afweging zou moeten zijn als er keuzes gemaakt moeten worden?

De heer **Kluytmans**:

Wat betreft code zwart, dus dat je de zorg niet meer kunt verlenen die je aan mensen die levensbedreigend ziek zijn, zou willen en normaal gesproken zou kunnen geven, lijkt het mij gewoon een maatschappelijke keuze. Dokters en verpleegkundigen willen zorg verlenen. Zij vinden het vreselijk als dat niet kan. Maar ik denk dat de hele maatschappij dat vindt, dus ook de politiek zou dat in mijn beleving zou moeten zien. Dat doet ze volgens mij ook. Daar is op gestuurd in de advisering en dat was ook het verzoek. Maar dat was voor ons in het OMT nooit een discussie, omdat we dat allemaal, ook vanuit onze achterban ... De intensivisten en de spoedeisendehulpmedewerkers zeiden allemaal: wij willen gewoon die zorg kunnen leveren aan mensen die levensbedreigend ziek zijn.

Mevrouw **Lammers**:

Ik doel er dan ook meer op: stel dat er keuzes gemaakt zouden moeten worden, omdat dus code zwart intreedt, vindt u dan dat de keuzes die dan gemaakt moeten worden een medische afweging zijn of dat die bij de politiek thuishoren?

De heer **Kluytmans**:

Ik denk dat weinig politici hun vingers hieraan zullen willen branden, want je krijgt er geen kiezers mee, ben ik bang. Ik denk dat medici en ethici daar een belangrijke stem in hebben, omdat die de deskundigheid hebben. Kijk, wat je dan probeert te doen, is mensen die de beste kans hebben om er goed uit te komen, die kans geven. Dan ga je tegen de mensen die je normaal gesproken wel die kans zou bieden, zeggen: het lukt nu niet meer; nu ligt er iemand die een betere kans heeft. Dat is een medische inschatting, maar het zijn hele nare keuzes. Het kan een politiek besluit zijn, maar je zult het toch hopelijk baseren op de inzichten, zo van:

wat is er dan toch verstandig in die situatie? We maken dit soort keuzes wel in de opbouw. Op het moment dat je nieuwe behandelingen krijgt – die zijn vaak heel beperkt – zeg je: begin met de mensen die de beste kans hebben. Dat vinden mensen ook normaal; dat is inderdaad vaak zo doordat je steeds meer gaat doen. Maar hier zeg je: "Dit is ons niveau. Dit is onze ondergrens. Nu moeten we onder die ondergrens gaan." Het is heel erg moeilijk om te zeggen: we weten hoe we het moeten doen en we zouden het normaal ook kunnen, maar nu lukt het ons gewoon niet. Dat zijn situaties ... Nogmaals, die mensen in Italië die ik al jaren ken, zeggen dat hun leven nog steeds helemaal ontregeld is doordat ze in zo'n situatie hebben gezeten, dus ik ben heel blij dat we dat in Nederland hebben kunnen voorkomen, en just in time.

Mevrouw **Lammers**:

Hoe is dan die ondergrens in Nederland in vergelijking met andere landen om ons heen, dus Duitsland, België?

De heer **Kluytmans**:

Ik denk dat die ondergrens ... Als er mensen in het ziekenhuis komen die we redelijkerwijs kunnen helpen, dan helpen we ze. Hoever je gaat in behandelingen, ligt cultureel wel anders. Er zijn landen waar ze bijvoorbeeld uit geloofsovertuiging eigenlijk nooit stoppen met een behandeling. In Nederland wordt soms gezegd: verder behandelen is medisch zinloos. Dat soort keuzes worden gemaakt, maar dat is een andere afweging. Ik denk dat we het minimumniveau van hoe we het in Nederland geregeld hebben, in stand hebben willen houden, en dat is, nogmaals, ook net gelukt.

Mevrouw **Lammers**:

We zijn dus niet onder die ondergrens geraakt, volgens u?

De heer **Kluytmans**:

We zijn niet onder die ondergrens gekomen, nee.

Mevrouw **Lammers**:

Dan heb ik nog een vraag over de rol van de neveneffecten in het OMT-advies. U zegt net: het OMT had daar geen grote rol in. Vond u dat daar te weinig aandacht voor was?

De heer **Kluytmans**:

Het was niet onze opdracht. Het OMT is daar in principe ook niet voor,

maar het werd door mij persoonlijk steeds meer als knellend ervaren. Dan zeg je op een gegeven moment: moeten we niet op een andere manier gaan adviseren? Maar dat is niet de rol van het OMT.

Mevrouw **Lammers**:

Kunt u daar voorbeelden van geven?

De heer **Kluytmans**:

Nou ja, op enig moment – dat was volgens mij in de zomer van 2020 – heb ik gezegd: moeten we de samenstelling en de rol van het OMT niet eens onder de loep nemen, want dit duurt wel heel erg lang en dit gaat waarschijnlijk ook nog heel lang duren? Er kwamen heel veel adviesvragen op ons af. Dat waren begrijpelijke vragen, maar dat maakte dat je soms weleens zei: hebben we nou de tijd om eens even goed na te denken over een middellange- of langetermijnstrategie? Ik denk dat het echt wel een overweging is om dat de volgende keer op een andere manier in te richten en om, parallel aan een OMT, dat er meer is voor de acute situatie, iets op te zetten wat de middellange en lange termijn doet. Naast alleen medisch-wetenschappelijke expertise zou je daar dan ook andere zaken die relevant zijn, zoals economische perspectieven en sociale en maatschappelijke effecten, in mee willen nemen.

Mevrouw **Lammers**:

Dat waren mijn vragen.

De **voorzitter**:

Dank. Meneer Kluytmans, u gaf richting collega Poortman aan dat u in die periode te maken had met een aantal moeilijke momenten en met hele mooie momenten. We zitten hier vooral om te leren. Dat kan, denk ik, vanuit die moeilijke momenten. Wat was het meest moeilijke moment?

De heer **Kluytmans**:

Het meest moeilijke moment voor mij persoonlijk was na de lockdown. Een heleboel mensen dachten toen: ha, nu is het opgelost. Op termijn was dat ook zo, maar wij zagen dat het in Brabant alsnog mis zou gaan, omdat die mensen daar nog op de ic zouden komen en er heel snel een knellende situatie zou ontstaan. Ik merkte daar dat dat urgentiebesef ... Dat heeft dus niet meer te maken met de maatregelen om de epidemie te bestrijden, maar met hoe we ervoor gingen zorgen dat er geen schade kwam voor die patiënten in Brabantse en Limburgse ziekenhuizen. Toen is op 20 maart afgekondigd dat de zorg ... dat men patiënten verplicht moest

overnemen als daar ruimte voor was. Dat was wel het moment dat ik een héle grote zucht van verlichting heb geslaakt, want het had geen dag later moeten komen.

De **voorzitter**:

Want anders?

De heer **Kluytmans**:

Dan waren we in Brabant overgelopen, want de ic's lagen vol en er kwamen mensen binnen. Ik weet niet of u die transporten met sirenes van Brabant naar alle delen van Nederland nog voor u ziet? Op dat moment verlichtten die de nood, die echt tot het randje zat.

De **voorzitter**:

Ja. Kunt u ook een van die mooie momenten delen?

De heer **Kluytmans**:

Er zijn veel mooie momenten geweest. Ik denk dat de zorg een hele mooie sector is, waarin heel veel gemotiveerde mensen werken. We waren gedwongen om allerlei regeltjes los te laten en het ging wonderbaarlijk gezien heel erg goed. Misschien zouden we wat vaker na moeten denken over alle regels die we hebben en die ons vaak erg beknellen. In de zorg zullen altijd dingen misgaan, want het is gewoon een sector waarin soms foutjes worden gemaakt. Maar ik denk dat we veel meer ruimte hebben om regels los te laten, omdat er gewoon goede mensen werken die de goede dingen willen doen.

De **voorzitter**:

Oké. Dank voor het delen van deze verhalen. We gaan even pauzeren. Ik licht het even toe voor de mensen thuis. Ieder verhoor zullen we ten minste één keer schorsen. Ik wil de bode verzoeken om de getuige, de heer Kluytmans, naar buiten te leiden. Ik schors bij dezen de vergadering voor vijftien minuten.

(De heer Kluytmans wordt naar buiten geleid door de bode.)

De vergadering wordt van 11.08 uur tot 11.22 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering van 1 juni 2026. Aan de orde is een openbaar verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona. Voordat ik verzoek om de getuige binnen te leiden, wil ik nog even aandacht vragen

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.
Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

voor het NL-Alert dat mogelijk om 12.00 uur afgaat. Dus ik hoop dat de aanwezige mensen hier in ieder geval hun telefoon op stil hebben staan. Ik kan dan hierbij ook nog even van de gelegenheid gebruikmaken om te zeggen dat als mensen de behoefte hebben om een openbaar verhoor bij te wonen, dat kan. Je kunt je daarvoor via de Tweede Kamer aanmelden.

We kunnen weer verdergaan met het verhoor met de heer Kluytmans. Ik verzoek de griffier om de getuige binnen te leiden.

(De heer Kluytmans wordt binnengeleid door de griffier.)

Meneer Kluytmans, welkom terug. Kunt u uw microfoon aanzetten? Of misschien staat die nog aan.

De heer **Kluytmans**:
Die staat aan.

De **voorzitter**:
Oké. We gaan naar het volgende onderwerp: de doelen van het OMT en de pijlers voor de transitiestrategie. Op 6 april 2020 worden er eigenlijk drie pijlers geformuleerd vanuit het OMT: een acceptabele belasting van de zorg, zicht houden op het virus en het beschermen van kwetsbaren. Waren die pijlers doelen of kaders voor versoepelingen?

De heer **Kluytmans**:
Ik heb het als kaders gezien. Of dat helemaal juist is, weet ik ook niet zeker, maar wij hebben wel binnen die kaders geadviseerd.

De **voorzitter**:
Een dag later was er namelijk een persconferentie van de heer Rutte en de heer De Jonge. Toen heeft het kabinet deze drie pijlers overgenomen. Hoe keek u daarnaar?

De heer **Kluytmans**:
Ik heb daar geen bijzondere herinnering bij. Ik vond het vrij vanzelfsprekend dat we dat voor de medisch-wetenschappelijke adviezen hanteerden. Dus ik kan niet zeggen dat ik daar bijzondere ideeën of gevoelens bij had, nee.

De **voorzitter**:
En breder binnen het OMT?

De heer **Kluytmans**:

Volgens mij werden deze kaders wel breed geaccepteerd.

De **voorzitter**:

Maar hoe keek men breder binnen het OMT naar dat het kabinet dezelfde pijlers overnam?

De heer **Kluytmans**:

Ik weet eigenlijk niet precies meer hoe dat gegaan is, of het van het kabinet naar ons kwam of dat wij ze geadviseerd hebben en dat het kabinet ze overnam. Ik weet dat eigenlijk niet meer.

De **voorzitter**:

Op 20 april 2020 kwam het OMT met een advies om nog twee doelen toe te voegen: het behouden van draagvlak en het beperkt houden van de schade voor de bevolking en maatschappij. Kunt u zich dat nog herinneren?

De heer **Kluytmans**:

Ja, daar is toen over gesproken. Kijk, bij onze adviezen ... Dus los van deze situatie gaan de adviezen die kijken naar infectiebestrijding in de maatschappij, ziekenhuis en verpleeghuizen heel veel over gedrag, veel meer dan over technische aanpassingen. Als je zegt "je moet de ventilatie van 4 naar 6 zetten", dan is dat duidelijk. Maar als je het over gedrag hebt, is draagvlak en naleving cruciaal. Dat is dus eigenlijk onderdeel van onze advisering in alle situaties. Dat begon ook duidelijk te worden. Dat draagvlak in de maatschappij begon ook wat te schuren. Dat vind ik eigenlijk logisch. Het beperken van schade is ook een geneeskundig principe. Wij behandelen mensen vaak met stoffen die genezen, maar die ook bijwerkingen hebben. Je zoekt altijd naar de beste behandeling met zo min mogelijk schade. Dat is eigenlijk ook in dit geval daarvan een onderdeel geworden.

De **voorzitter**:

Ja. Het OMT is een medisch-epidemiologisch adviseur. Deze twee doelen zien, zoals u zelf aangeeft, meer op draagvlak en naleving. Hoe kan het OMT vanuit zijn expertise zicht houden op deze doelen?

De heer **Kluytmans**:

Wij hebben daar gedragswetenschappers in betrokken, die ons feedback gaven over hoe het draagvlak op verschillende onderdelen was. Die zijn

verschillende keren aangesloten bij de OMT-vergaderingen en hebben ook hun bevindingen kenbaar gemaakt.

De **voorzitter**:

En toch kiest het kabinet het ervoor om tot februari 2021 – ik had het net over een advies van 20 april 2020 – vast te houden aan die drie eerdere doelen en deze twee niet toe te voegen. Hoe keek u daarnaar?

De heer **Kluytmans**:

Ik heb dat niet zo nadrukkelijk beleefd. We hebben het in het OMT altijd wel meegenomen.

De **voorzitter**:

Heeft er terugkoppeling in het OMT plaatsgevonden over waarom het kabinet die twee doelen, waarvan het OMT zei dat die moesten worden toegevoegd, niet heeft toegevoegd?

De heer **Kluytmans**:

Dat kan ik me niet herinneren. Het zou gebeurd kunnen zijn, maar ik kan het me niet herinneren.

De **voorzitter**:

Nee. Oké. Ik kijk even naar collega Poortman om te zien of hij aanvullingen heeft hierop.

De heer **Poortman**:

Ja, ik wil misschien toch nog even doorvragen. Er is wel gezegd dat het OMT zich te veel op de medische kant van het verhaal en het indammen van het virus heeft gericht en te weinig op de maatschappelijke gevolgen, of dat er misschien zelfs een ander orgaan naast zou moeten komen, namelijk het Maatschappelijk Impact Team. Nu hoor ik u zeggen dat het eigenlijk vanaf het begin wel steeds onderdeel is geweest van de discussie over de advisering. Hoe moet ik dat zien?

De heer **Kluytmans**:

Nou ja, dat was wel heel beperkt. Wij hebben nooit naar de economische effecten gekeken. Er waren andere mensen die daar het kabinet over adviseerden, neem ik aan. Ik denk dat waar het moeilijker is om het af te bakenen ... We zijn medisch-wetenschappelijk. Dat is het OMT. Het is echt wel de wetenschap die voor een belangrijk deel binnen de medische expertise ligt, maar ook epidemiologisch. Binnen het medische vak zit

natuurlijk ook schade van psychologische aard. Daar krijg je wel snel dat het grijs wordt, in de zin van: hoever gaat dat? De schade die bij met name jongeren gesignaleerd werd, zagen meer OMT-leden in hun directe omgeving. Dat waren wel moeilijke onderdelen. Dan zie je dat je mensen oneindig in lockdown kunt doen, maar dat dat ook echt heel veel ongewenste effecten heeft. In die balans is primair gekeken naar hoe we het virus bestrijden, maar wel met een zijdelingse blik naar de effecten van verschillende maatregelen.

De heer **Poortman**:

Ontstaat er dan in het OMT ook een soort hiërarchie in het kennisgebied? Werd kennis rondom virologie anders gewaardeerd dan de kennis rondom maatschappelijke impact, psychologische impact of impact op jongeren?

De heer **Kluytmans**:

Nou, ik zie het niet als een hiërarchie. We wisselen onze kennis en visies uit en proberen tot een breedgedragen advies te komen. Meestal was er consensus, maar er zijn ook situaties geweest waarin we het niet eens werden. Soms werd dat ook genoteerd in een advies. Maar ja, in de wetenschap, met onzekerheid, ben je het niet altijd helemaal eens, ook omdat alle kennis er gewoon nog niet is. Ik zal een voorbeeld geven. De eerste lockdown was een situatie die voor iedereen nieuw was. Vervolgens gingen we versoepelen. Er was in eerste instantie nog geen zicht op dat er vaccins zouden komen binnen afzienbare termijn. Die kwamen veel vroeger dan iedereen verwacht had en waren ook nog effectiever dan vooraf gedacht was. Dus dan zeg je: hoe gaan we hier nou op lange termijn mee om? Moet je iedere keer van lockdown naar versoepelen naar lockdown naar versoepelen? Hoelang blijft dat doorgaan? Als er geen vaccins waren gekomen, hadden we echt nog veel langer in die situatie gezeten. Dan moet je echt goed gaan kijken hoe je schade gaat beperken. We weten welke maatregelen effectief zijn om het virus te bestrijden, maar voor de neveneffecten is er andere expertise nodig. Die zat voor een belangrijk deel niet in het OMT en werd ook niet aan ons gevraagd. Dat is wat ik u eerder vandaag zei. Dat is de spanning die ik zelf ervaren heb. Moet je wel op deze manier adviseren? Zou je niet een veel breder advies moeten gaan formuleren, dat voor de middellange tot lange termijn is? Maar goed, dat is niet gebeurd. Ik geef u ter overweging voor de toekomst mee: kijk of je dit niet toch anders zou doen als zo'n situatie zich nogmaals voordoet.

De heer **Poortman**:

Daar wil ik het straks nog iets verder over hebben. Voor nu ben ik nog benieuwd naar het volgende. U noemde net al de drie doelen, de pijlers onder de strategie en het beleid. Een daarvan is dan het oog hebben voor kwetsbaren en het effect van maatregelen en het virus op kwetsbaren. Wie waren die kwetsbaren precies?

De heer **Kluytmans**:

In eerste instantie, toen dit begon, waren dit vooral de ouderen en mensen met een onderliggende ziekte die extra vatbaar waren of de nadelige effecten van dit virus ondervonden. We weten allemaal dat de sterfte en de ziekenhuisopnames vooral bij ouderen waren. Dus daar werd aan gedacht. Op een gegeven moment zeg je: wie zijn nou de kwetsbaren? In hoeverre zie je jongeren die langer in isolatie moeten leven ook als kwetsbaren? Die zijn nooit zo geprioriteerd, maar dat zat er in het achterhoofd natuurlijk wel steeds bij.

De heer **Poortman**:

Dus wie die kwetsbaren waren, was wat u betreft best wel helder omlijdnd?

De heer **Kluytmans**:

Ja, voor het medisch-wetenschappelijke waren dat de mensen die het meest nadelige effect hadden van een virusinfectie. Long covid was bijvoorbeeld in het begin ook totaal niet bekend, omdat dat pas op langere termijn duidelijk werd. Toen waren het vooral de sterfte en de ernstige gevolgen van een op dat moment heftige infectie.

De heer **Poortman**:

Dus voor mijn beeld: de kwetsbaren zijn dan degenen die mogelijk het meest zouden lijden onder het virus ...

De heer **Kluytmans**:

Ja.

De heer **Poortman**:

... en niet degenen die het meest zouden lijden onder de maatregelen?

De heer **Kluytmans**:

Dat was zeker in eerste instantie zo bedoeld en geïnterpreteerd.

De heer **Poortman**:

Helder. Tot slot zoek ik nog naar dat vierde doel dat uiteindelijk is

toegevoegd; ik zou willen zeggen het "beruchte" vierde doel, maar daarmee omschrijf ik het niet goed.

De heer **Kluytmans**:

Het draagvlak, bedoelt u.

De heer **Poortman**:

Ja, de maatschappelijke impact. Het OMT heeft het wat anders vormgegeven en heeft twee andere doelen voorgesteld. Uiteindelijk is het gewoon als een maatschappelijk doel, als vierde doel buiten die andere drie doelen, overgenomen. Begrijp ik nou goed dat u zich niet kunt herinneren dat het kabinet die door het OMT voorgestelde doelen overnam?

De heer **Kluytmans**:

Ik vroeg me af of wij ze geformuleerd hebben of dat de doelstellingen aan ons opgelegd werden. Ik weet dat niet zeker, maar ik dacht namelijk dat het doelstellingen waren die door het kabinet aan het OMT werden meegegeven.

De heer **Poortman**:

Nee, het OMT heeft aan het kabinet twee andere doelen voorgesteld, in 2020. Dat gaat bijvoorbeeld over: beperk zo veel mogelijk de schadelijke gevolgen van maatregelen voor de bevolking en maatschappij en behoud breed draagvlak voor de maatregelen onder de bevolking. Maar pas in 2021 – dat is dus een jaar later – is er een vierde doel toegevoegd aan de drie doelen die alleen medisch van aard waren.

De heer **Kluytmans**:

Dat staat me niet meer zo precies bij, maar ik neem het aan als u dat zo zegt. Wij zeggen vanuit onze professie en ervaring in het verleden dat draagvlak gewoon essentieel is, want als mensen hun gedrag moeten aanpassen en ze het niet doen, dan kun je ... We zagen ook – er werden metingen gedaan naar hoe bewegingen van mensen waren – dat de navolging na verloop van tijd wel steeds meer bedreigd werd. Dat is gewoon onderdeel van de effectiviteit van je adviezen, dus je kunt dat in onze beleving niet helemaal los zien.

De heer **Poortman**:

Nee, dat voel ik met u mee. Daarom verbaast het me ook een beetje dat u zich die afwijzing van het kabinet niet meer kunt herinneren. Ik kan me

voorstellen dat het best wel even discussie oproept in het OMT als het OMT adviseert hier rekening mee te houden en het kabinet daar niks mee doet.

De heer **Kluytmans**:

Ik kan het me niet herinneren, dus het heeft op mij op dat moment wat minder indruk gemaakt dan u wellicht bedacht had.

De heer **Poortman**:

Dank u wel. Dan heb ik op dit onderwerp geen vragen.

De **voorzitter**:

Collega Lammers?

Mevrouw **Lammers**:

Ja, ik heb nog een korte vraag. Die gaat eigenlijk verder op de vraag van mijn collega. In 2020 zijn dus die doelen door het OMT voorgesteld. In februari 2021 wordt dus dat vierde doel toegevoegd. Heeft u ook kenbaar gemaakt of is er vanuit het OMT kenbaar gemaakt dat er een doel miste?

De heer **Kluytmans**:

Ik kan me niet herinneren dat dat gedaan is. Dat zou u misschien aan meneer Van Dissel moeten vragen – die heeft namens het OMT gecommuniceerd met het kabinet – maar ik kan het me niet herinneren.

Mevrouw **Lammers**:

Er is niet binnen het OMT – dat is ongeveer een jaar geweest – gesproken over waarom deze doelen niet werden overgenomen en die andere wel en er dus al die tijd niets gebeurde?

De heer **Kluytmans**:

Naar draagvlak is binnen het OMT-advies wel meerdere malen gekeken. De mensen van de Gedragsunit zijn betrokken geweest bij een aantal adviezen die in die tijd tot stand zijn gekomen. Dus of dat al dan niet is overgenomen, kan ik me niet herinneren. Maar dat wij dat volledig naast ons neergelegd hebben, is zeker niet zo.

Mevrouw **Lammers**:

En dat was volgens u voldoende om dat doel na te streven?

De heer **Kluytmans**:

Nou ja, we kregen goede informatie en we hebben daar in de advisering

rekening mee gehouden. We hebben het draagvlak wel gesignaleerd. Zeker in de tweede golf, najaar 2020-voorjaar 2021, zag je wel dat er steeds meer discussie over de maatregelen ontstond. Dan zie je dat draagvlak gewoon heel belangrijk is.

Mevrouw **Lammers**:

Dus er is in die tijd ook niet gesproken over het feit dat het kabinet die doelen niet heeft overgenomen en waarom het dat niet deed?

De heer **Kluytmans**:

Ik kan me dat niet herinneren. Dat wil niet zeggen dat het niet gebeurd is. Het zou best kunnen, maar ik kan het me niet herinneren. Er is veel vergaderd. Er is veel bediscussieerd. Het is niet altijd makkelijk om precies te weten wat op welk moment gespeeld heeft. Ik weet dat wij naleving en draagvlak altijd wel heel serieus hebben genomen en daar bewust de Gedragsunit bij betrokken hebben.

Mevrouw **Lammers**:

Kunt u een voorbeeld geven van op welke manier dat bewust is meegenomen?

De heer **Kluytmans**:

Nou ja, kijk, de Gedragsunit kwam met bepaalde aspecten die wel of niet goed vielen en gaf aan hoe mensen daarnaar keken. Daar is in de advisering wel rekening mee gehouden. Maar hele specifieke voorbeelden durf ik niet te zeggen. Dan zou ik het na moeten kijken.

Mevrouw **Lammers**:

Dat waren mijn vragen.

De **voorzitter**:

Oké, dank. Meneer Kluytmans, we kunnen naar het volgende onderwerp. Daarvoor geef ik graag het woord aan collega Poortman.

De heer **Poortman**:

Dank u wel. We gaan wat verder in op de rol die het OMT had in de besluitvorming. We hadden het net al over de adviesaanvragen en de doelen. Nu gaan we het hebben over de concrete besluitvorming en de advisering. Het kabinet leunt gedurende de pandemie sterk op het advies van het OMT. Premier Rutte geeft dat ergens ook aan. Als hem wordt

gevraagd of zo'n advies nou heilig is, dan zegt hij ja. Hij zegt: in principe volgen we dat. Wat betekent dat voor de rol van het OMT?

De heer **Kluytmans**:

Ik moet zeggen dat die uitspraak me toen wel verbaasde en dat ik daar ook wel met enige zorgen naar keek. Wij zijn een adviserend orgaan dat is vastgelegd in de crisisstructuur. Wij adviseren in eerste instantie aan het BAO, het bestuurlijk afstemmingsoverleg. Daar wordt ook gekeken naar haalbaarheid en de implicaties. Met dat BAO-advies erbij gaat het naar het kabinet voor het nemen van een besluit. Dat kan daar ...

De heer **Poortman**:

Dus als ik het goed begrijp, is het een getraptd advies?

De heer **Kluytmans**:

Ja.

De heer **Poortman**:

U adviseert het BAO en het BAO geeft uiteindelijk een advies aan het kabinet.

De heer **Kluytmans**:

Dat is de werkwijze, ja. Wij kijken dus naar wat je moet doen om een bepaald probleem, in dit geval het coronavirus, te bestrijden vanuit medisch-wetenschappelijk perspectief. Maar het BAO kijkt naar haalbaarheid, waar je bij de implementatie rekening mee moet houden, en andere afwegingen van meer bestuurlijke en organisatorische aard. Dat gaat naar het kabinet en dat neemt een besluit. Dat is in mijn beleving hoe het moet zijn. Kijk, enerzijds kun je zeggen: als Rutte zegt dat hij doet wat het OMT zegt – zo werd het ongeveer geformuleerd – dan is dat duidelijk. Maar ik vind dat dat niet een juiste beeldvorming is, want het besluit wordt genomen door het kabinet en dat legt verantwoording af aan de Kamer. Zo is het geregeld. Het mag afwijken van adviezen van het OMT om hun moverende redenen.

De heer **Poortman**:

U keek met enige zorgen naar die uitspraak van Rutte. Waar zit die zorg 'm specifiek in?

De heer **Kluytmans**:

Nou ja, dat hij die rol van het OMT veel te zwaar maakt. Het is geen besluitvormend orgaan. Het is een adviserend orgaan.

De heer **Poortman**:

Stel dat ik die route van dat advies samen met u afleg. Het komt bij het BAO, het bestuurlijk afstemmingsorgaan. Wat zou dat orgaan toe moeten voegen aan het advies van het OMT?

De heer **Kluytmans**:

Nou ja, in hoeverre sommige maatregelen uitvoerbaar zijn. Handhaving is bij een aantal maatregelen een belangrijk aspect gebleken. Er zijn maatregelen geadviseerd of keuzes voorgelegd die de Grondwet ter discussie stelden, zoals de avondklok. De avondklok had vanuit handhaving kanten die misschien wel of minder aantrekkelijk waren. De anderhalve meter in de horeca was qua handhaving best wel moeilijk. Daar keken wij niet naar. Dat deed het BAO. Uiteindelijk gaf het BAO een advies aan het kabinet om daar een besluit over te nemen. Dat is ook niet iets waar onze expertise ligt. Wij hebben op enig moment gezegd van: nou, de R-waarde is nu zo hoog en die moet onder de 1 komen, dus dan zijn dit en dit en dit de maatregelen die genomen kunnen worden. Daar kunnen verschillende combinaties uitkomen. Als je die optelsom maakt, kom je met allerlei combinaties onder de 1. Maar welke je daaruit kiest, maakt ons als OMT sec genomen, los van het feit dat wij in meer of mindere mate ook last hadden van de maatregelen, niet uit. Dus dat moest een keuze zijn waar het kabinet uiteindelijk een besluit over nam. Daar zat op dat moment ook keuzevrijheid in.

De heer **Poortman**:

Het waren geen pakketten die geen discussie mochten opleveren?

De heer **Kluytmans**:

Op dat moment niet, nee, nee. Het was: hier kun je uit kiezen. De optelsom van de effecten van de maatregelen moest zodanig zijn dat je onder de 1 kwam.

De heer **Poortman**:

Maar de indruk die ontstaan is, is toch dat de OMT-adviezen ongefilterd bij het kabinet terechtkwamen en ook als volledige pakketten werden ...

De heer **Kluytmans**:

Ik kan me een of twee situaties herinneren waarin het door de urgentie – toen moesten er echt acuut maatregelen komen; dat was in het begin – direct naar het kabinet is gegaan. Dat was een noodsituatie. Toen moest er heel snel iets ... Ik weet niet meer precies waar het over ging, maar dat was volgens mij in maart. Toen moest er héél snel iets gebeuren en ging het direct door, omdat er heel snel besluiten moesten worden genomen. Maar dat is zeer uitzonderlijk geweest: een of twee keer, kan ik me herinneren.

De heer **Poortman**:

Maar die uitspraak van premier Rutte suggereert toch wat anders, namelijk dat het bij bijna alle adviezen zo is geweest.

De heer **Kluytmans**:

Precies. Dat is dus niet zoals het geregeld is en zou moeten zijn. Ja, als Rutte besluiten klakkeloos overneemt, is dat zijn verantwoordelijkheid. Maar wij adviseren aan het BAO, het BAO voegt daar wat aan toe en brengt het naar het kabinet voor besluitvorming. Zo is het. Zo zit het in de regelgeving. Ik ga ervan uit dat het ook zo werkt.

De heer **Poortman**:

Als ik het met u heb over het OMT en die vergaderingen die bij elkaar komen: hoe moet ik dat dan zien? Gebeurt dat op eigen initiatief of altijd naar aanleiding van een adviesvraag?

De heer **Kluytmans**:

Ehm ... Het is nu weer iets anders, maar ten tijde van corona was het zo dat de voorzitter – dat is de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding, toentertijd de heer Van Dissel – het OMT samenriep. Hij kan dat zelf initiëren, maar vaak krijgt hij ergens een signaal waarvan hij zegt: hier heb ik een OMT voor nodig. Er liggen nog andere, minder zware instrumenten onder. Een deskundigenberaad werd ook weleens gehouden, maar in dit geval was er het OMT. Daar zitten dan q.q. een aantal mensen in, vanuit hun positie. Ik ben ook een aantal jaar voorzitter van onze beroepsvereniging geweest. Ik zat toen vanuit die functie in het OMT. Dat is een kleine groep. Er zit ook een bedrijfsgeneeskundig arts en iemand uit de publieke gezondheidszorg in. Verder vult de voorzitter dat aan met expertise die hij op dat moment relevant acht en zo zat ik er ook in. Hij heeft mij gevraagd vanuit mijn expertiserol. Zo wordt het OMT samengeroepen. In deze situatie ontstond

een langdurige situatie waarbij we wekelijks op een vastgesteld tijdstip vergaderden, en zelden of nooit tussendoor, na de acute fase. De acute fase was iets meer ad hoc. Vanaf half maart, eind maart zat daar een ritme in en werd er wekelijks volgens mij drie uur vergaderd. Die vergaderingen werden voorbereid door een wisselende samenstelling, afhankelijk van de onderwerpen.

De heer **Poortman**:

Ging het in die vergaderingen altijd over een adviesaanvraag van de regering?

De heer **Kluytmans**:

Ehm ... Dat is een goed punt. Dat was in toenemende mate het geval. Daar heb ik, en ook anderen, een paar keer bezwaar tegen gemaakt. Het waren allemaal begrijpelijke punten, maar de agenda werd wel gedomineerd door allerlei concrete vragen. Soms was er weinig tijd om zelf nog punten in te brengen of overwegingen goed met elkaar te delen. Dat is in periodes ... Het ontstond al in april 2020, maar met name in het najaar van 2020 was dat wel iets waar het wat geschuurd heeft.

De heer **Poortman**:

Precies. Dus zo'n aanvraag staat centraal. Die aanvragen waren ook nog eens vrij specifiek. Wat betekent dat voor zo'n OMT-vergadering?

De heer **Kluytmans**:

Nogmaals, het waren allemaal begrijpelijke punten. In de fase van extra maatregelen kijk je heel specifiek naar wat kan, maar ook bij versoepelingen. Ieder punt op zich kon al veel tijd vragen en was vaak voorbereid. Er waren ook punten van OMT-leden die ook belangrijk werden gevonden en die dan toch pas aan het eind van de vergadering kwamen. Soms was de vergadertijd al verstreken. Dat vonden we op sommige momenten echt knellend. Daar zijn ook echt wel opmerkingen over gemaakt. Meestal werden er dan ook wel maatregelen genomen om dat weer in goede banen te leiden. Maar dat was wel een voortdurend spanningsveld.

De heer **Poortman**:

Heeft u voorbeelden van de onderwerpen die dan bijvoorbeeld blijven liggen omdat zo'n adviesaanvraag lang bediscussieerd wordt? Wat zijn andere onderwerpen die aan de orde hadden kunnen komen?

De heer **Kluytmans**:

Ik weet nog dat in het najaar van 2020 een aantal OMT-leden vonden dat er eerder maatregelen nodig waren en dat dat punt onvoldoende tijd kreeg om dat in de vergadering bespreekbaar te maken, waardoor het dan weer een week verder kwam. Daar hebben een aantal mensen bezwaar tegen gemaakt.

De heer **Poortman**:

Die onvrede blijkt ook uit een krantenartikel uit het najaar van 2020. Daarin staat dat er onvrede ontstaat over de rol van het OMT ten opzichte van de politiek. Ik leid de vraag even in. Een aantal OMT-leden, onder wie u, heeft het idee dat er in september 2020, wanneer de besmettingen weer oplopen, eigenlijk al een vastgesteld pakket ligt, waarbij u zou moeten tekenen bij het kruisje. Dat "moeten tekenen bij het kruisje" is een citaat. In uw boek beschrijft u ook dat een maand daarna de heer Van Dissel aan het OMT doorgeeft dat het kabinet de scholen echt niet wil sluiten. U vond dat niet prettig. Wat was uw voornaamste kritiek en ook de kritiek van de andere OMT-leden in deze fase?

De heer **Kluytmans**:

In die fase was de vergadering op maandag en vond er op zondag een overleg plaats in het Catshuis, waarbij de heer Van Dissel aanwezig was, en soms ook OMT-leden. De kritiek van tekenen bij het kruisje is geleverd door iemand die zei: we krijgen hier bijna een soort boodschappenlijstje vanuit het Catshuis, waar we maandag dan nog iets van moeten vinden; dat is niet hoe een OMT zou moeten werken als je onafhankelijk adviseert. Nou goed, ik deelde die kritiek, maar ook anderen deden dat. We hebben toen een pittige discussie met elkaar gehad. Dat moet ook kunnen. Ik denk dat het ook belangrijk is dat je met elkaar hartgrondig standpunten uitwisselt en van mening moet kunnen verschillen. Maar er is wel direct actie op genomen. Dat vind ik er dus weer het positieve van. Van Dissel zei: die schijn van belangenverstremming moeten we eruit halen. Toen hebben we de OMT-vergadering naar vrijdag gezet. Eigenlijk is dat een hele simpele maatregel. Maar door die volgorde om te draaien, los je dat probleem wel op. Dat is toen gebeurd.

De heer **Poortman**:

U zegt: daarmee los je de schijn van belangenverstremming op. Veranderde dat ook inhoudelijk iets aan bijvoorbeeld de adviesaanvraag?

De heer **Kluytmans**:

Als je meekrijgt dat in het Catshuis wordt gezegd "die scholen gaan we niet sluiten": dat wilde ik als adviseur helemaal niet weten. Ik wil een advies kunnen geven los van wat degene die een besluit moet nemen daarvan vindt. Die mag er daarna wat van vinden, maar mijn advies moet daar los van staan. Dat kwam op enige wijze ter discussie. Toen hebben we gezegd: dat vinden we zo niet goed. Dat is ook direct aangepakt en opgelost in onze beleving. Na afloop hebben we het daar ook nog over gehad, zo van: is het nu wel goed? Toen hebben we gezegd: ja, we vinden nu weer dat het op een goede manier gebeurt en die schijnbare invloed ervaren we niet meer.

De heer **Poortman**:

Maar ik kan me voorstellen dat die invloed niet alleen zit op het moment waarop die adviesaanvraag bij u terechtkomt, of die nou ná een soort voorgekookt maatregelenpakket is of ervóór. De persoon die bij die vergaderingen zat – de heer Van Dissel zat bij die Catshuisoverleggen – blijft hetzelfde.

De heer **Kluytmans**:

Ja.

De heer **Poortman**:

En dat was met deze oplossing ook opgelost?

De heer **Kluytmans**:

In onze beleving wel, ja.

De heer **Poortman**:

Wat maakte dat?

De heer **Kluytmans**:

Omdat we nu gewoon zonder dat er al over de uitwerking van een advies gesproken werd, konden adviseren.

De heer **Poortman**:

Zag u dat ook terug in ... U vergadert op vrijdag en dan komt u met een advies. Op zondag wordt dat besproken in het Catshuisoverleg – als ik de tijdlijn even met u probeer te volgen. Uiteindelijk zien we dan als publiek ook een maatregelenpakket naar buiten komen. Zag u ook aan de verandering van werkwijze dat dit serieus werd meegenomen?

De heer **Kluytmans**:

Ja, ik vond dat de adviezen over het algemeen serieus werden meegenomen. Kijk, dat gebeurde niet altijd. Soms werden andere besluiten genomen. Dat is ook inherent aan hoe een advies werkt. Wij wilden voorkomen dat je in de vergadering waarin je met elkaar bekeek wat de meest verstandige adviezen waren, geen informatie kreeg die maakte dat het advies niet geaccepteerd ging worden. Wij kunnen daar ook wel weer mee omgaan, maar zo wil je het niet hebben. Dat was op enig moment aan de orde en dat is gecorrigeerd. Sinds het op vrijdag is, hebben we dat totaal niet meer ervaren. In brede zin – dat hebben we een paar keer geëvalueerd – vond iedereen in het OMT het goed en was iedereen het ermee eens dat het nu op een zorgvuldige en juiste manier verliep.

De heer **Poortman**:

We hadden het er hiervoor over dat de adviesaanvragen heel specifiek waren vanuit het kabinet.

De heer **Kluytmans**:

In het najaar van 2020 en in het voorjaar van 2021 waren er heel veel vragen vanuit de ministeries, het kabinet. Hele lijsten met vragen. En nogmaals, allemaal gerechtvaardigde vragen, maar ze gingen wel de agenda bij tijd en wijle erg domineren.

De heer **Poortman**:

Die vragen zou je soms ook kunnen lezen als een wensenlijst, nog los van op welk moment de vergadering plaatsvindt. Probeerde het kabinet niet via die adviesaanvragen alsnog uw advies te beïnvloeden?

De heer **Kluytmans**:

In die zin dat de vragen beantwoord werden en je kunt vragen of er dan voldoende tijd is om de niet-gestelde vragen ook te beantwoorden. Daar zit het spanningsveld, maar daar zit ook het spanningsveld tussen hoe het OMT functioneert en hoe het in een langdurige crisis met zo veel impact als deze, ook zijn beperkingen heeft.

De heer **Poortman**:

We hadden het vrijdag met mevrouw Koopmans ook even over dat het soms leek alsof het kabinet – dat zijn nu even mijn woorden – zich in de vraagstelling verschool, heeft verscholen achter het OMT-advies. Heeft u dat zo ervaren?

De heer **Kluytmans**:

Nou ja, dat ... Als je zegt "ik doe wat het OMT zegt", dan kun je dat op die manier interpreteren. Je kunt ook zeggen "nee, ik vaar een duidelijke koers op de wetenschap". Ik heb niet echt het idee gehad dat ze zich achter het OMT verschuilen. Ik heb wel gemerkt dat je rol als OMT-lid – nogmaals, ik was heel vaak in een OMT geweest; niemand wist van het bestaan – dat wij natuurlijk een ontzettend zware rol kregen en dat onze uitspraken, ook van personen, heel veel weging kregen. Dat is ook iets wat we hebben moeten ervaren en leren, en waar je een volgende keer ook over na moet denken of je individuen ... hoe je daarmee omgaat en hoe voorzichtig je moet zijn met je uitspraken buiten het OMT.

De heer **Poortman**:

Want hoe ziet u dat?

De heer **Kluytmans**:

Nou ja, dat wij als OMT-leden, onderdeel van een heel breed geheel waren, maar voorzichtig moeten zijn als we ons over andere dingen uitlaten, want daar wordt ineens heel veel gewicht aan toegekend in de media, maar ook door het publiek.

De heer **Poortman**:

Gold dat voor het OMT als geheel of vooral voor individuele leden van het OMT?

De heer **Kluytmans**:

Hoe meer je in de media kwam, hoe belangrijker je werd gevonden, zeg maar. Daar was ik zelf ook onderdeel van. Ik heb daar op een gegeven moment ook mijn conclusie aan verbonden dat het beter was om daar maar eens wat voorzichtiger mee te zijn.

De heer **Poortman**:

Merkte u daarna ook verschil?

De heer **Kluytmans**:

Ja. Als je uit de media gaat, zeker als je niet meer met je gezicht in beeld bent, worden allerlei zaken een stuk rustiger.

De heer **Poortman**:

Uit onze stukken – ik maak even een brug – blijkt dat er, en ik heb het inmiddels over november 2021, discussie was in het OMT over de

formulering van een advies over het coronatoegangsbewijs, het ctb. Een aantal leden herkende zich niet in het OMT-advies over de 2G-variant van dat coronatoegangsbewijs en vroeg een rectificatie. Kunt u ons eens meenemen in de discussie op dat punt?

De heer **Kluytmans**:

Ja, er was discussie. Ik was zelf – dat is denk ik wel bekend – erg gecharmeerd van de testen.

De heer **Poortman**:

Dat was de 1G-variant.

De heer **Kluytmans**:

De 1G-variant. Als je dus testte kort voordat je ergens naar binnen ging, en die betrouwbare test negatief was bevonden, dan was het redelijk veilig om met wat grotere groepen samen te komen. Op enig moment kwam de variant 2G, die in sommige landen ook geïmplementeerd is, als alternatief. Dat zou maken dat je óf een infectie aantoonbaar doorgemaakt had, óf gevaccineerd was, en als je dat niet was, dan werd die toegang jou onthouden. Het voelde al niet geheel vrijblijvend om in die 2G-categorie te komen.

De heer **Poortman**:

Wat maakt dat "niet vrijblijvend"?

De heer **Kluytmans**:

Omdat als je niet die infectie had doorgemaakt en niet gevaccineerd was, je gewoon niet naar binnen kon. Testen kon je altijd vrijwillig doen, dus de 3G-variant was dat je óf 2G was, óf negatief getest. Van de 2G-variant voelden sommige mensen te veel dwang uitgaan. Mij persoonlijk ... Ik heb die vergadering teruggekeken ...

De heer **Poortman**:

Waar zat die dwang op, even tussendoor?

De heer **Kluytmans**:

Dat je anders van bepaalde activiteiten was uitgesloten omdat je niet aan die 2G-voorwaarden voldeed.

De heer **Poortman**:

Als ik het een beetje invul, maar u moet daar vooral op reageren, voelden mensen misschien de druk om zich te laten vaccineren.

De heer **Kluytmans**:

Dat kun je zo interpreteren. Mijn grootste bezwaar was eigenlijk dat ik vond dat vaccinatie onvoldoende bescherming gaf om het veilig te maken, want je kon nog steeds besmettingen doormaken en besmettelijk zijn, wel minder. Ik vond in testen meer waarborg zitten. Er zat ook meteen een hele discussie aan vast, van: is er dan vaccinatiedwang, terwijl we in Nederland van oudsher mensen eigenlijk niet wilden verplichten tot vaccineren. Dat doen ze in Amerika weer heel anders, maar dat is ook wel iets wat in onze cultuur en maatschappij verankerd zit. Daarbij kwam dat er twijfel was over hoe effectief het nou was. Oostenrijk had 2G gehad en zat inmiddels weer in een lockdown. Dat heb ik in die vergadering – ik heb het even teruggelezen – ook opgemerkt: hoe veilig is dat nu? Toen is een advies uitgekomen waarvan een aantal mensen, waaronder ik, vonden dat er te weinig van de nuance van de discussie in het advies terecht was gekomen. Daar hebben we toen een opmerking over gemaakt.

De heer **Poortman**:

Want het advies zei dat 2G overwogen zou moeten worden?

De heer **Kluytmans**:

Ja.

De heer **Poortman**:

Hoe kan dat de uitkomst zijn van een discussie waarbij 1G zo helder ... Er is een discussie over de aantoonbaarheid en de mogelijke vaccinatiedwang die ervan uitgaat. En er is een misconstrued consensus over dat 1G wetenschappelijk gezien een goede manier is of lijkt. Hoe kan dan de uitkomst van de discussie zijn dat 2G geadviseerd moet worden?

De heer **Kluytmans**:

Nou, "geadviseerd", overwogen.

De heer **Poortman**:

Overwogen. Zo moet ik het ...

De heer **Kluytmans**:

Kijk, een overweging is natuurlijk ook een vrijblijvende opmerking, die je verschillend kunt interpreteren. 1G is heel goed als het goed wordt nageleefd, maar ook daarbij zag je dat er veel getwijfeld werd aan valse testbewijzen. Iedere optie die er was, had dus ook weer zijn nadelen. Wij vonden dat er iets meer nuance in het advies had moeten worden

gegeven van de discussie die in het OMT had plaatsgevonden. Maar "overwogen moet worden" is geen stellig advies. Maar wij hadden daar wel bezwaar tegen. Wij hebben gezegd dat wij echt wilden dat die discussie wat meer in het advies kenbaar en duidelijk werd.

De heer **Poortman**:

Maar los van de nuance ben ik wel benieuwd hoe een vergadering verloopt of hoe een discussie verloopt, dat 1G, met alle bezwaren die er zijn, toch van tafel verdwijnt en dat 2G overblijft in het advies.

De heer **Kluytmans**:

Ja, nu vraagt u wel heel veel, om dat precies terug te halen.

De heer **Poortman**:

Ik kan het niet aan iedereen vragen.

De heer **Kluytmans**:

Nee, maar ik heb het natuurlijk wel teruggelzen. Al lezende zie ik dat er echt wel mensen zijn die er opmerkingen over maken. Maar ik zie niet dat er heel stellige uitspraken worden gedaan, zo van: dit kan helemaal niet. Of: er moeten kanttekeningen bij gemaakt worden. Maar ik kan me de discussie niet meer precies herinneren. Er zijn zo veel van die vergaderingen geweest. Dit waren niet de enige vergaderingen waar ik aan mocht deelnemen in die tijd, dus ik durf dat niet met zekerheid te zeggen.

De heer **Poortman**:

Waren er mensen binnen het OMT die wel een voorkeur hadden? U hoeft geen namen te noemen, maar waren er binnen het OMT mensen die een voorkeur hadden voor 2G?

De heer **Kluytmans**:

Dat durf ik op dit moment ook echt niet te zeggen. Dat zou dan in de notulen moeten staan. Dat zou ik na moeten kijken, maar anders weet ik het echt niet meer. Kijk, dit soort discussies hangt ... O jee ...

De heer **Poortman**:

U hoort het AMBER Alert, of het ...

De heer **Kluytmans**:

Dit functioneert nog.

De **voorzitter**:

Ik denk dat we even voor één minuut schorsen, vanwege het NL-Alert.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering en geef het woord weer aan collega Poortman. Aan de orde is het openbaar verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona met de heer Kluytmans.

De heer **Poortman**:

Dank, voorzitter. Excuus. Ik viel te vroeg in. We hadden het over de nuancering rondom 2G. Ik vroeg net voordat het alert uitging of er mensen binnen het OMT waren die misschien een voorkeur hadden voor 2G. Mijn vervolgvraag zou zijn – die stel ik dan nu – of het kabinet misschien een voorkeur had of in de adviesaanvraag iets over 2G had staan.

De heer **Kluytmans**:

Bij mijn weten niet. Nee. Ik heb, ook naar aanleiding van de discussie met mevrouw Koopmans, hierover teruggelezen. Wat ik terug kan halen, is dat er wat kritische opmerkingen zijn geweest, onder anderen van mij, over wat 2G is en hoe veilig het is. Na afloop van de vergadering heeft een aantal mensen uit het OMT, waar ik dan ook bij hoor, opmerkingen gemaakt, waarbij we zeiden dat de nuance van de discussie die had plaatsgevonden meer had moeten terugkomen in het advies. Dat is eigenlijk het enige wat ik terug kan halen. Over de vergadering als zodanig kan ik me niet precies herinneren wie wat verder gezegd heeft en of er voorstanders van 2G waren. Dat durf ik ook niet te zeggen.

De heer **Poortman**:

Maar die nuance heeft u niet teruggezien. U vraagt vervolgens om een rectificatie op dat punt. Dus in het advies zit de nuance niet. U vraagt dan op basis van het advies om een rectificatie, met enkele mensen van naam. Nogmaals, u hoeft die namen niet te noemen, maar wij hebben wel het document met de kritiek dat is opgesteld. Die rectificatie is er niet gekomen.

De heer **Kluytmans**:

Nee.

De heer **Poortman**:
Hoe kan dat?

De heer **Kluytmans**:
Ik durf ook niet precies te zeggen waarom dat niet gebeurd is. Maar het is niet gerectificeerd, nee.

De heer **Poortman**:
Hoe zijn jullie daarmee omgegaan?

De heer **Kluytmans**:
We zullen dat ongetwijfeld nog een keer besproken hebben, maar ik weet dat niet precies meer. Het was ook iets wat uiteindelijk in Nederland niet is doorgegaan, dus het werd op een gegeven moment ook minder relevant.

De heer **Poortman**:
Zet dit inderdaad – we hadden het daar eerder over – de onafhankelijkheid van het OMT dan onder druk?

De heer **Kluytmans**:
We hebben daar zorgvuldig voor gewaakt. Daarom hebben we die opmerking ook gemaakt, zo van: we willen dat de nuance van die discussie meer in zo'n advies komt.

De heer **Poortman**:
Want wat zou daar de waarde van zijn?

De heer **Kluytmans**:
Nou, om te laten zien dat er vanuit de wetenschap kanttekeningen te zetten zijn bij de benadering van 2G. De modellers lieten zien dat je met 2G een bepaald effect had op de kans op verspreiding. Natuurlijk wordt dat kleiner, maar er was discussie over of dat voldoende was om zo'n toch wel zware maatregel in te zetten. Het had dus effect; die discussie is er niet. De mate van het effect was beperkt. Wil je dan – dan heb je het weer over draagvlak en acceptatie – deze maatregel inzetten? Dat is iets wat iets meer in het advies terug had moeten komen.

De heer **Poortman**:
We zitten op dat moment natuurlijk ook in de vaccinatiecampagne. 2G kan alleen als er ook gevaccineerd wordt. Nog even voor de kijkers thuis: 2G is genezen of gevaccineerd, dus óf je hebt recent het virus gehad en je bent ervan genezen, óf je bent gevaccineerd. Het is best van belang dat

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.
Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

zo'n nuance over de effectiviteit van zo'n maatregel ... Want u heeft het over vaccinatiedwang die ervan uit zou kunnen gaan. U bent niet de enige die dat noemt, want zo hebben mensen het ook daadwerkelijk ervaren. Dan lijkt het me juist op dit punt van enorm belang dat een kabinet zich daar rekenschap van geeft.

De heer **Kluytmans**:

Dat vonden wij ook.

De heer **Poortman**:

Zou dan misschien ... Het zijn mijn woorden in de vraag, dus u mag daarop reageren. Zou er een vorm van strategie onder kunnen zitten dat het ook prettig is dat het bijeffect van 2G is dat het tot meer vaccinaties leidt?

De heer **Kluytmans**:

U suggereert nu iets. Dat zijn dan ook weer speculatieve zaken. Ik sta hier onder ede, dus ik vind dat ik me gewoon bij feiten of stellige overtuigingen moet houden, want je kunt hier op eindeloos veel manieren over speculeren. Ik vind juist dat we in die discussies vaak feiten gaan vermengen en dat mensen daar ook de intenties van anderen aan koppelen. Ik vind dat een kwalijke zaak. Met de intenties van anderen moet je heel voorzichtig omgaan, want je beschuldigt mensen dan ook van iets. Daarvan zou ik me afzijdig willen houden.

De heer **Poortman**:

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

De **voorzitter**:

Collega Lammers, heeft u nog aanvullingen?

Mevrouw **Lammers**:

Ja, ik heb nog een aantal vragen. U had het eerder over "schijnbare invloed". Kunt u nog eens toelichten wat u daarmee bedoelt?

De heer **Kluytmans**:

U bedoelt dat in de context, denk ik, van de vergadering op maandag na het Catshuis?

Mevrouw **Lammers**:

Ja, onder andere. Ja, in die context is dat genoemd.

De heer **Kluytmans**:

In die context heb ik dat genoemd. Nou, omdat wij onafhankelijk advies willen geven. Dat is ook onze opdracht. Op het moment dat er dan informatie van een discussie die in het Catshuis heeft plaatsgevonden, doorkomt in een vergadering die eigenlijk al op uitkomsten vooruitloopt, denk ik dat dat niet juist is. We willen vermijden dat ook maar de indruk kan ontstaan dat die invloed er is. Die onafhankelijkheid wil je zo goed mogelijk waarborgen. Dat is in de context van zo'n ingrijpende pandemie natuurlijk altijd moeilijk, want niemand is onafhankelijk als je onderdeel bent van de maatschappij. Je maakt allemaal zelf ook dingen mee. Maar je wilt de invloed van de besluitvormers zo ver mogelijk weghouden van de adviseurs, of heel transparant maken dat die er is.

Mevrouw **Lammers**:

Zat dat ook nog in een andere gang van zaken, die invloed?

De heer **Kluytmans**:

Het besluit werd ... In ieder geval werd de besluitvormende discussie in het Catshuis gevoerd. Dan krijg je de persconferenties en komt de Tweede Kamer vragen stellen. Het is gewoon niet handig dat die adviesronde van ons daartussen zat. Dat was gewoon op een of andere manier zo gelopen, maar toen dat van het Catshuis duidelijk werd, hebben we gezegd: nee, wij moeten daarvoor gaan zitten. Het was steeds een cyclus van een week, dus je had ook niet zo veel keuzes van momenten. Toen zijn we naar de vrijdag gegaan. Op andere momenten ... Kijk, er werden gewoon vragen aan ons gesteld – dat is ook transparant – en die vragen waren duidelijk en reëel. Daar konden we zelf ook niet altijd tot die indicatiestelling komen. Die indicatiestelling kwam van anderen, van verschillende departementen. Dat was eigenlijk onvermijdelijk. Als je concrete vragen krijgt, dan stuurt dat natuurlijk wel enigszins in je advies, maar ik zie niet in hoe je dat anders moet doen in zo'n situatie.

Mevrouw **Lammers**:

U had het er inderdaad net ook al even over dat die vragen die gesteld werden zo veel tijd in beslag namen dat er eigenlijk geen tijd meer was voor de niet-gestelde vragen. Is dat ook teruggekoppeld?

De heer **Kluytmans**:

Ja, ja. Dat was ook niet steeds zo. Dat was zo bij momenten of in periodes. Daar maakten wij dan bezwaar tegen of opmerkingen over. Dat werd ook wel teruggekoppeld en daar werd ook actie op ondernomen. Het

liep iedere keer wel ... Het was steeds zo'n emmer die steeds voller werd en als het dan overliep, werd die weer een beetje leeggemaakt, en dan ging het weer een tijd heel goed. Het is niet onbegrijpelijk, gezien de urgentie die er al speelde in de maatschappij, maar het is wel een spanningsveld waar we steeds in zaten en waarbij je je ook kan afvragen: is dit nu de goede manier om zo'n crisis, die zo lang duurt, te managen?

Mevrouw **Lammers**:

Heeft u nog voorbeelden van vragen die niet gesteld zijn en die u wel graag had willen stellen?

De heer **Kluytmans**:

Het voorbeeld dat ik net gegeven heb, was voor mij het meest pregnante. In het najaar van 2020 heeft het in mijn beleving lang geduurd voordat we maatregelen namen, en in mijn beleving kwam dat mede door de overload aan vragen die op het OMT afkwam, waardoor die discussie in de trant van "moeten we niet verdergaande maatregelen nemen gezien de epidemiologie?" weinig tijd kreeg.

Mevrouw **Lammers**:

Dan nog even naar de discussie rondom 2G. U refereerde net ook al even aan dat ondanks dat iemand genezen is of gevaccineerd is, die alsnog anderen kan besmetten. Vanaf wanneer was dat bekend bij u en bij het OMT?

De heer **Kluytmans**:

Dat was ... Precies wanneer dat was durf ik niet te zeggen. In het najaar van 2020 was dat in ieder geval bekend. Hoe groot die kans precies was ... Die vaccins zijn pas in het najaar van 2020 ingezet, dus het duurt ook weer even voordat je dit weet. Dit kwam dus in de loop van 2021. Maar dat mensen na een initiële besmetting opnieuw een ziekte door konden maken, was in het najaar van 2020 al bekend. Hoe groot die kansen precies zijn en hoelang die bescherming duurt, ontwikkelde zich gaandeweg. In 2021 werd een en ander steeds duidelijker.

Mevrouw **Lammers**:

Dan wil ik toch nog even verder doorgaan op de brief die destijds door u en een aantal anderen is gestuurd. Daarin staat: "Later die avond ontvingen wij een aanpassing van de formulering omtrent de 1,5 meter, maar niet omtrent het gevoelige woord 'moeten' in de passage omtrent 2G. Ook tijdens de persconferentie werd de verwachte nuance niet

aangebracht. Integendeel: de minister gaf onomwonden aan dat 2G gaat worden ingezet." Hoe ziet u dit in het licht van een goede vertegenwoordiging van de OMT-leden, dus ook de mensen die kritiek hadden?

De heer **Kluytmans**:

Het besluit kan anders zijn dan het advies. Ik denk dat het besluit hier ... Op basis van het advies kun je dit besluit nemen, maar had het niet genomen hoeven worden. Uiteindelijk is het ook niet uitgevoerd, bij mijn weten. Tegen de bewoordingen hebben we bezwaar gemaakt. In onze beleving had je daar meer nuance in moeten aanbrengen, en dat was niet gebeurd. Uiteindelijk is 2G weer losgelaten, dus is er niet heel veel tijd meer aan gependend om tot rectificaties te komen. Hoe dat precies gelopen is, weet ik niet meer, maar ik denk wel dat die nuance dus belangrijk is. Daar hebben wij dus ook een opmerking over gemaakt. Maar dat er een besluit wordt genomen dat af kan wijken van het OMT-advies, geeft alleen maar aan hoe het advies gezien moet worden, namelijk dat het niet beleid is maar een advies voor beleid.

Mevrouw **Lammers**:

Dan staat er verder in de brief en ik citeer weer: "De beschreven gang van zaken is voor ons reden om aan de bel te trekken, omdat het de indruk wekt dat het OMT niet meer onafhankelijk is in de advisering en onderdeel dreigt te worden van een politiek spel."

De heer **Kluytmans**:

Ik denk niet dat ik die brief geschreven heb. Volgens mij was dat een brief van een ander. Maar die is geschreven naar aanleiding van de discussie over de nuance. Dat geeft aan: wij willen niet in een politiek spel; wij willen onafhankelijk adviseren, hoe moeilijk dat soms ook is.

Mevrouw **Lammers**:

Meent u dat dat nog wel kon?

De heer **Kluytmans**:

Het stond natuurlijk continu onder druk, omdat er zo veel speelde in de maatschappij, maar ik heb wel de beleving dat het in het overgrote merendeel van de gevallen echt onafhankelijk advies was, waar af en toe wat spanning op stond. Dat werd dan ook binnen het OMT kritisch met elkaar besproken.

Mevrouw **Lammers**:

In welke gevallen was dat niet zo?

De heer **Kluytmans**:

Nou ja, we hebben net een paar voorbeelden genoemd. Het is zeer incidenteel voorgekomen dat we daar discussie over hadden en dan kon het wel hoog oplopen. Ik ben ook blij dat dat kon, maar dat is maar heel weinig gebeurd.

Mevrouw **Lammers**:

Dan refereert u aan de 2G-discussie?

De heer **Kluytmans**:

Onder andere, ja, en die maatregelen in het najaar, waarbij we na het Catshuis zaten. Die twee momenten herinner ik me.

Mevrouw **Lammers**:

U vindt dus dat het OMT daarover niet onafhankelijk kon adviseren of onafhankelijk heeft geadviseerd?

De heer **Kluytmans**:

Jawel, over 2G hebben we onafhankelijk geadviseerd. We vonden alleen dat er in het advies te weinig nuance was aangebracht. En toen we die vergadering na het Catshuis hadden, hebben we opmerkingen gemaakt van: we willen die informatie helemaal niet hebben, om de onafhankelijkheid te waarborgen. Wij hebben die onafhankelijkheid dus bewaakt, maar we zagen wel dat die in het gedrang kwam, en daar is op geacteerd. Af en toe heb je gewoon een spanningsveld gehad en ik denk dat dat ook onvermijdelijk is in dit soort situaties, maar daar is altijd op geacteerd. Er is kritisch over gediscussieerd, van: dit willen we ter discussie stellen; dit zouden we anders willen. Daar is ook op gehandeld.

Mevrouw **Lammers**:

Dan heb ik hier nog één passage, waarin staat: "Om zowel de onafhankelijkheid van het OMT als wel de kwetsbaarheid van de positie van de voorzitter te verminderen, hebben wij een van de volgende voorstellen. Wij zien de kwetsbaarheid in de vertegenwoordiging van het OMT in het Catshuisoverleg door enkel de (overigens zeer gewaardeerde) voorzitter. Dit maakt dat er geen waarborgen (checks-and-balances) zijn. Graag dus een extra OMT-lid meenemen naar dit overleg." Hoe kijkt u hiertegen aan?

De heer **Kluytmans**:

Er is een hele kwetsbare positie gecreëerd door de voorzitter twee kanten op te laten communiceren. Dat is hoe het georganiseerd is, hoe het is vastgelegd in de structuur, maar ik denk wel dat dat in algemene zin dus een hele kwetsbare positie is. Ik denk dat je juist in dit soort complexe situaties kwetsbaarheden moet proberen te verminderen. Dat zou u ook in uw advisering voor een volgende keer mee kunnen nemen.

Mevrouw **Lammers**:

Heeft u ook ervaren dat dat zo was, dat daardoor de onafhankelijkheid van het OMT kwetsbaar was?

De heer **Kluytmans**:

In algemene zin niet of nauwelijks, maar bij een paar incidenten, die hier ook al gememoreerd zijn, hebben we wel opmerkingen gemaakt.

Mevrouw **Lammers**:

Hoe vertaalde zich dat?

De heer **Kluytmans**:

Daar hebben we het net over gehad, hè? Die informatie uit het Catshuis kwam terug in het OMT en er was een advies waarbij wij zeiden: daar willen we de nuance wat meer inbrengen om de schijn dat wij niet onafhankelijk adviseren te verminderen; wij willen dat dat zo goed mogelijk geformuleerd wordt.

Mevrouw **Lammers**:

Wat was dan volgens u de reden dat dat uiteindelijk niet in het advies is komen te staan?

De heer **Kluytmans**:

Daar kan ik alleen maar over speculeren. Kijk, een advies kan in de tekst niet geheel in lijn zijn met hoe je het zou willen. Zo gauw je het advies krijgt, kun je daarop reageren, maar dat gebeurde in dit geval nadat het advies was uitgebracht. Dat is niet een opzet; dit is een constatering waar wij bezwaar tegen maken. Maar de intentie, waar u misschien op duidt, weet ik niet. Ik weet niet of daarbij opzet in het spel was. Het kan ook gewoon zo zijn dat je zegt: dit is niet zorgvuldig genoeg geformuleerd. Het kan ook een onzorgvuldigheid zijn. Ik maak er wel bezwaar tegen als er gezegd wordt dat ik zeg dat dat een opzettelijk iets is. Ik denk wel dat

het een kwetsbare positie is als alles van het OMT via de voorzitter naar beleidsmakers gaat en terug, want dat is gewoon één persoon.

Mevrouw **Lammers**:

Dat waren mijn vragen.

De heer **Kluytmans**:

Los van de zeer gewaardeerde rol van die persoon.

Mevrouw **Lammers**:

Dat waren mijn vragen.

De **voorzitter**:

Dank. Meneer Kluytmans, we gaan naar het laatste onderwerp van dit openbare verhoor. Ik wil het met u hebben over het functioneren van de adviesstructuur. Uit ons onderzoek komt naar voren dat de werkwijze van het OMT bijna de gehele pandemie, twee jaar, vrijwel hetzelfde is gebleven. Is dat logisch?

De heer **Kluytmans**:

Is dat logisch? Het is zoals het is. Er is veel discussie over geweest. Er waren dingen voor te zeggen om het anders te gaan doen. Er waren ook dingen voor te zeggen om het te houden zoals het was.

De **voorzitter**:

Veel discussie?

De heer **Kluytmans**:

In het begin niet. In het begin was het OMT het OMT. Het was op een bepaalde manier tot stand gekomen. Het was toen nog niet meteen duidelijk hoelang het zou duren en hoe complex het zou worden. Ik denk dat je met de kennis van nu, en ook wel een beetje gaandeweg, kunt zeggen: moeten we dit niet anders doen? Ik denk dat twee jaar in het OMT zitten ... We hebben het hier al gehad over hoe de discussie ging. Heel veel dingen weet ik gewoon niet meer, omdat er veel te veel, en ook veel te langdurig, gebeurde. Nogmaals, wij zijn bijna allemaal vrijwilligers die gevraagd werden daaraan deel te nemen. We hebben allemaal een andere fulltimebaan, die in een pandemie meer dan fulltime is. Dus er wordt wel veel van mensen gevraagd. Volgens mij zou een gezonde werkgever tegen iemand die enige tijd in zo'n crisisstructuur extra werk

verricht, zeggen: misschien zouden we daar een keer iemand anders neer moeten zetten; misschien moet daar een bepaalde roulering in komen.

Het tweede is dat het OMT er eigenlijk is voor de acute bestrijding van een crisis. Daarin heeft het altijd goed gefunctioneerd. Daar functioneert het nog steeds goed in. Maar de situatie die we hadden tijdens de coronapandemie, duurde zo lang en was zo complex. Ik denk dat je daarin wel een andere overweging zou kunnen maken dan een OMT om tot advisering te komen. Je zou los willen komen van al die ad-hocproblemen en van al die vragen die op dat moment op je afkomen en meer strategie en scenario's willen ontwikkelen voor de lange termijn. Zoals ik het inschat, zou dat wel echt een meerwaarde gehad kunnen hebben.

De voorzitter:

Ja. U geeft aan dat de leden van het OMT allemaal werkzaam waren in een andere baan, in een crisistijd. Mag ik daaruit opmaken dat er ook vermoeidheid toetrad?

De heer Kluytmans:

Ja, zeker. Ik denk dat dat onvermijdelijk is als je zo lang onder hoogspanning werkt. Maar we zijn allemaal wel gewend om lange dagen te werken. Je krijgt bij tijd en wijle ook veel adrenaline van wat er allemaal gebeurt. Maar of het goed is en of het altijd ... Ik denk dat je, als je met een verversend systeem werkt, ruimte krijgt voor nieuwe inzichten en andere input. We zaten namelijk heel lang met dezelfde mensen. Dat heeft voordelen, maar er zitten ook nadelen aan. Ik zou zelf naar een roulerend systeem zijn gegaan en naar een kleinere groep, waarbij intensiever wordt vergaderd dan drie uur per week, met alle voorbereidingen. Het lijkt veel, maar je hebt eigenlijk nog veel meer tijd nodig om het goed te doen.

Ik denk ook dat het een meerwaarde heeft om de gezichtspunten van economen en sociaal wetenschappers in de discussie te brengen en tot een integraal afgewogen advies te komen. Toen dat gesuggereerd werd, werd er gezegd: het is al zo complex; dan wordt het nog complexer, zo niet onmogelijk. Na de pandemie zijn er oefeningen geweest vanuit het Pandemic & Disaster Preparedness Center, waaraan ik deelgenomen heb. Daarin hebben we dat gesimuleerd. Dat bleek eigenlijk wonderbaarlijk goed te gaan. Dat leidde ook tot veel bredere inzichten. Wij gaven argumenten voor zaken waarover economen eerst zeiden "wat een onzin". Vervolgens begrepen we elkaar veel beter. "O, nu snappen we waarom we

dit niet zo kunnen doen." Volgens mij kwam daar een veel meer afgewogen advies uit dan je vanuit één discipline kunt geven.

De **voorzitter**:

Ja. Nu ga ik u parafraseren, maar u geeft dus aan dat een kleiner team en meer roulatie tot nieuwe inzichten leidt. U noemde ook bredere elementen. Over dat laatste wil ik het nog met u hebben.

De heer **Kluytmans**:

Die bredere elementen zou ik dus parallel zien en niet het OMT noemen. Ik zou het OMT als crisisstructuur handhaven, maar een parallel traject maken voor de lange termijn, waarvoor je dan een bredere vertegenwoordiging hebt. Het OMT moet soms ook heel snel kunnen reageren op een situatie.

De **voorzitter**:

Dus voor de toekomst geeft u een parallelle structuur aan. Hoe ging dat nu dan in de coronaperiode? Hoe ging het OMT om met de bredere elementen in zijn advies?

De heer **Kluytmans**:

Wij betrokken de economische en sociale effecten niet of nauwelijks bij onze advisering, conform de opdracht.

De **voorzitter**:

Toch komen er in ons onderzoek adviezen naar voren waarin dat wel terugkomt. Denk aan de avondklok, waarbij er aandacht is voor eenzaamheid. Denk aan de scholensluiting, waarbij in het advies ook het mentale welzijn van kinderen wordt meegewogen. Hoe ging het OMT daarmee om?

De heer **Kluytmans**:

Dat is dus niet zwart-wit. Daar zitten ook grijze gebieden aan. Je maakte daar wel opmerkingen over, maar in principe adviseerde je over de bestrijding van het virus. De economische aspecten, bijvoorbeeld, zijn bij mijn weten nooit in ons advies teruggekomen, terwijl daar natuurlijk wel grote effecten waren, waar de overheid op een andere manier die afwegingen bij betrokken heeft, maar ik heb niet gezien dat er een officiële structuur is geweest waarin die brede afwegingen met een goede strategie en verschillende scenario's naast elkaar zijn gelegd. Er zijn wel

wat initiatieven geweest, maar er was niet echt een officiële structuur daarvoor.

De **voorzitter**:

Was er wel een onderscheid tussen bijvoorbeeld sociale aspecten, bij een scholensluiting, en maatschappelijke aspecten, zoals polarisatie?

De heer **Kluytmans**:

Ehm ... Er zat ook een kinderarts in het OMT, dus als het over kinderen ging, bracht die daar soms wel dingen over in. We hebben zelf ook vaak kinderen die problemen ervaren. Je kreeg daar dus wel wat over mee, maar het zat er niet structureel in.

De **voorzitter**:

Nee, maar dat is dan niet vanuit expertise, maar vanuit eigen ervaring. Begrijp ik dat zo goed?

De heer **Kluytmans**:

Eigen ervaring, en ook wel expertise. De kindergeneeskunde bemoeit zich natuurlijk veel met het welzijn van kinderen, en de publieke gezondheid natuurlijk ook. Er zitten ook mensen uit de publieke gezondheid, die ook bredere afwegingen maken en kennis hebben.

De **voorzitter**:

U noemde al de parallelle structuur. Kan ik daaruit opmaken dat een maatschappelijke-impactteam de oplossing is, of wat bedoelt u?

De heer **Kluytmans**:

Daar zit dan weer die medisch-wetenschappelijke kennis niet in. Ik denk dat je het juist bij elkaar moet brengen en dat je het niet los van elkaar moet zien. Je moet een integraal advies geven waarbij je die verschillende aspecten tegen elkaar weegt. Dat is heel moeilijk. Ik zag in die discussies ... Er zaten ook echt critici van het beleid in die simulatieoefeningen. Die hadden dan bepaalde kritiek, maar op het moment dat je aan hen kon toelichten waarom bepaalde keuzes vanuit medisch-wetenschappelijk perspectief werden gemaakt, was er ineens veel meer begrip en kwam je samen tot een oplossing die aan alle kanten passender was.

De **voorzitter**:

Maar goed, je hebt medisch kwantitatieve data – denk aan het aantal ic-

opnames – en meer kwalitatieve data. Hoe vindt die weging dan plaats? Welzijn of verspreiding van het virus?

De heer **Kluytmans**:

Het welzijn zat dus niet in onze adviezen. Het was op basis van de drie parameters die we genoemd hebben. Daar zaten veel kwantitatieve data in, die voor beleidsmakers natuurlijk ook wel makkelijk zijn. Je ziet gewoon hoe wijzertjes uitslaan en daar kun je op sturen. Ik denk dat de sociale aspecten ... Kijk, je zegt: er is veel eenzaamheid onder jongeren. Probeer maar eens te kwantificeren wat daar de effecten van zijn. Dat is ontzettend moeilijk, terwijl iedereen wel zag dat daar een probleem ontstond dat steeds groter werd. Maar dat was heel moeilijk te kwantificeren. Om dat met elkaar in overeenstemming te brengen, denk ik dat je de deskundigen met elkaar aan tafel moet hebben, om daar indringend over van gedachten te wisselen en te kijken hoe je tot een afgewogen advies kunt komen.

De **voorzitter**:

Dat is ook exact mijn vraag; die gaat niet over hoe het nu is gegaan in de coronaperiode. U geeft aan dat er een breed afgewogen advies moet komen. Hoe ga je dan om met kwantitatieve data ten opzichte van kwalitatieve data?

De heer **Kluytmans**:

Ja, ik denk dat dat beter gaat dan we allemaal dachten. Dat is uit die oefeningen echt wel duidelijk geworden, omdat we allemaal als wetenschapper met een open geest kijken, zo van: ik heb heel veel kwantitatieve data, maar iemand met goede kwalitatieve data laat zien dat de vereenzaming en wat daar allemaal aan vasthangt steeds erger wordt. Die kunnen elkaar echt wel gaan begrijpen, maar dan moeten ze wel met elkaar om de tafel en niet elkaars notities lezen. Die afweging moet in een goed overleg en in een indringende uitwisseling van perspectieven plaatsvinden.

De **voorzitter**:

Ik kijk naar collega Poortman om te zien of er nog aanvullingen zijn op dit onderwerp.

De heer **Poortman**:

Misschien nog even over de perspectieven die u dan in zou brengen in de adviezen, ook als die wat breder zouden zijn dan nu. Hoe ziet u in dat

kader de politieke afweging rondom die adviezen? Misschien moet ik de vraag zo stellen: u bent geen politicus, maar hoe zou u willen dat de politiek met uw adviezen om zou gaan?

De heer **Kluytmans**:

Ik denk dat als je zo'n integraal advies geeft, dat heel zwaarwegend meegenomen moet worden in de besluitvorming. Wat er in mijn beleving nu gebeurde, is dat je aanvankelijk het OMT-advies had, want dat virus moest echt tot staan worden gebracht. Dat is bij die eerste golf eigenlijk heel goed gelukt. Als je daarop terugkijkt, had Nederland een van de meest effectieve responsen van de omringende landen. Maar op de langere termijn werd het steeds lastiger. Ieder land zocht daar ook zijn eigen weg in. Naar mijn mening heeft de politiek de afweging gemaakt op basis van een OMT-advies, met input van economen en sociale wetenschappers – maar hoe die afweging wordt gemaakt, valt buiten ons gezichtsveld – en zijn daar uiteindelijk besluiten uit gekomen. Om het te relativiseren: als je het door Europa heen bekijkt en je kijkt naar het eind van het geheel, toen de pandemie na een jaar of twee, drie tot rust was gekomen zeg maar, dan zie je dat de uitkomsten van de verschillende landen niet dramatisch verschillend zijn. Er zijn dus ook een bepaalde soorten keuzes die ieder land voor zichzelf neemt en waar je allemaal wat van kunt vinden, maar ik denk dat die aan het eind beperkte invloed hebben en dat de neveneffecten misschien wel belangrijker zijn dan de effecten op het virus in verschillende fasen.

De heer **Poortman**:

Vandaar ook dat ik vraag naar die politieke afweging, want nu was de adviesvraag vooral gericht op maatregelen. Als zo'n adviesaanvraag breder wordt, zal de politiek misschien ook meer moeten kiezen, omdat wat een wat breder samengesteld adviesorgaan inbrengt wat minder eenduidig is. Dan zal er misschien ook een belangenafweging plaats moeten vinden. Hoe zou dat vorm krijgen in zo'n proces?

De heer **Kluytmans**:

Misschien heeft de politiek wel minder te kiezen ...

De heer **Poortman**:

Hoe ziet u dat?

De heer **Kluytmans**:

... als er een duidelijk advies komt dat breed afgewogen is.

De heer **Poortman**:

Het zou het advies in uw beleving dus niet meer diffuus maken? Het advies zou er concreter van moeten worden?

De heer **Kluytmans**:

Het zou weleens kunnen dat er minder te kiezen valt, omdat er een goed afgewogen advies ligt waar alle aspecten in zijn meegenomen.

De heer **Poortman**:

Dan heb ik nog twee andere vragen uit het gesprek dat we eerder voerden die bij mij nog even zijn blijven hangen. Die gingen over de testcapaciteit en de ic-capaciteit. Als we willen leren van deze pandemie en de rol van de overheid daarin ook willen meenemen, ben ik ten aanzien van die twee punten nog benieuwd hoe de overheid die zou kunnen borgen. Over de ic-capaciteit zei u dat die in België en Duitsland veel breder is. Wij kiezen voor wat meer krapte, om misschien ook vanuit het idee van passende zorg te opereren. Zitten we aan de te krappe kant? Zou een systeem zoals in België en Duitsland de oplossing zijn of is daar een gulden middenweg tussen?

De heer **Kluytmans**:

Dat is een moeilijke vraag. Ehm ... Ik zie veel nadelen van te veel capaciteit in de zorg, want je gaat aan overbehandeling doen. De vraag naar zorg is onuitputtelijk. Als je het ergens afkapt, dan is dat wat je aan te bieden hebt. Als je een pandemie hebt en je hebt krappe zorgcapaciteit, zeker als het gaat om de kritische zorg, dan worden je grenzen heel snel bereikt. Om met de zorgcapaciteit te sturen op een komende pandemie ... Dat is nogal een ... Daar zijn meer overwegingen in te maken. Maar ik denk dat we ons er bewust van moeten zijn dat wij in de curatieve zorg een hele krappe capaciteit hebben in Nederland. We hebben overal wachtlijsten. Ik woon bij de Belgische grens. In Nederland moet je voor iets simpels 90 dagen wachten. In België word je morgen geholpen. Dat heeft dus ook nadelen, maar dat zijn keuzes. Die keuzes zijn zeker niet aan mij. Ik zeg alleen: als je kiest voor die krappe capaciteit, moet je bij een volgende pandemie niet verrast zijn dat je snel aan je grenzen zit. Dat is ...

De heer **Poortman**:

Zou het dan niet beter ... Excuus.

De heer **Kluytmans**:

Dat is onderdeel van je keuze. Kies je voor voor de pandemie, dan ga je nu wel heel veel ... Kijk, "nutteloos capaciteit opplussen": die gaat gebruikt worden. Als je extra ic-bedden creëert, worden die uiteindelijk wel gevuld. Daar moet je keuzes in maken die niet aan mij zijn. Maar ik denk dat we ons dat bewust moeten zijn, want met vrij krappe capaciteit kom je snel aan je grenzen.

De heer **Poortman**:

Als u los van die keuzes over een soort ideaal op dat punt fantaseert, hoe zou dat eruitzien?

De heer **Kluytmans**:

Ja, ja, ja, dan moeten we ook ongelimiteerd budget hebben. Ik denk dat de zorg in Nederland wel heel krap is en dat je voor sommige dingen ... Wachttijden worden normaal gevonden. Ik vind ze eigenlijk abnormaal. Mensen die zorg nodig hebben, mensen die kanker hebben, die op de uitslag van een onderzoek weken moeten wachten ... Dat kan allemaal wel, maar die mensen liggen wel een paar weken wakker. We zijn het normaal gaan vinden. Ik vind het niet normaal. Ik vind het ook niet goed, maar dat is een keuze die we met elkaar maken. De zorg vraagt veel van ons budget. Als we de zorg meer geven, gaan er andere dingen ... Maar goed, dat zijn allemaal keuzes. We hebben een krappe zorg. Een goeie zorg, maar een krappe zorg.

De heer **Poortman**:

Dan nog het punt van die testcapaciteit, want dat bleek ook duidelijk uit uw verhaal. Wat zou de overheid daarin kunnen doen om dat te borgen?

De heer **Kluytmans**:

Ik maak mij echt zorgen over het feit dat wij zo afhankelijk gaan worden van commerciële bedrijven, dat we juist de mogelijkheid om zelf testen op te zetten en die expertise in huis te houden om breed ... Kijk, je hebt referentiecentra bij het RIVM en bij het Erasmus en die zijn hartstikke goed, maar uiteindelijk kwam het signaal wel uit het veld, dat breder ging testen. Om nu te denken dat het bij die centrale labs geregeld wordt en geregeld is, is een illusie. Het zal vanuit het veld moeten komen.

De heer **Poortman**:

Wat staat er nu aan in de weg om dat te doen? Welk knelpunt zou weggenomen moeten worden?

De heer **Kluytmans**:

De regelgeving die er is, waar veel bezwaar tegen is en die vanuit Europa over ons heen gekomen is, daar maak ik mij wel zorgen over. Dat betekent eigenlijk dat als je een test implementeert, je aan steeds meer kwaliteitsnormen moet voldoen. Dat lijkt allemaal heel goed, maar als die normen zo knellend worden dat mensen zeggen "dan ga ik ze verkopen", dan gaat die mogelijkheid om het zelf te maken, qua middelen maar ook qua kennis, op een gegeven moment gewoon verloren. Dat zie ik als een verarming en een risico voor een volgende pandemie.

Je kunt ook andere keuzes maken. Als je kijkt naar de rol van het RIVM, is dat bij ons geen centrum dat op grote schaal gaat testen. In Denemarken is het Statens Serum Institut, een vergelijkbaar instituut, wel ingericht op hoogvolumetesten en dat heeft het merendeel van de testen in Denemarken in het eigen instituut gedaan. Het is ook een keuze wat de rol van zo'n instituut is in het land. Als jij zegt "het RIVM is een klein expertisecentrum met veel expertise dat zorgt dat die kennis in het veld komt", dan moet het veld wel in staat zijn om die kennis te absorberen. Dat was nu het geval, met enige vertraging: eerst de opschalingslabs en dan de rest. Ik vraag me af hoe het over tien jaar is als het zo doorgaat. Ik denk dat, als de ontwikkelingen zijn zoals ze nu zijn, het veel minder het geval zal zijn dat het veld het nog zelf kan.

De heer **Poortman**:

Ik heb op dit punt verder geen vragen. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank. Dan collega Lammers.

Mevrouw **Lammers**:

Ja, ik heb nog een aantal vragen. Het ging net al even over de ic-capaciteit. Hoe ziet u dat ten aanzien van de kwaliteit van de zorg ten opzichte van andere Europese landen?

De heer **Kluytmans**:

Nederland heeft gewoon een hele hoge kwaliteit van zorg. Ik denk niet dat we daarin moeten zeggen dat we beter of slechter zijn dan België of Duitsland. Onze capaciteit is gewoon beperkter.

Mevrouw **Lammers**:

Het zat 'm dus alleen in die capaciteit?

De heer **Kluytmans**:

Ja, daar zat het 'm vooral in. In België heb je, dacht ik, twee of drie keer zoveel ic-bedden per inwoner. In Duitsland eenzelfde orde van grootte. Je hebt ook veel meer artsen in België. Je hebt veel meer artsen in Duitsland. Dat zijn allemaal keuzes die daar gemaakt zijn en anders uitwerken. In zo'n pandemie ... In Duitsland zijn volgens mij ic-patiënten uit Nederland behandeld, omdat ze daar nog bedden vrij hadden.

Mevrouw **Lammers**:

Dus u zegt niet: als we die kwaliteit iets hadden laten varen, dan hadden we misschien nog meer mensen op de ic-bedden kunnen helpen.

De heer **Kluytmans**:

In principe doe je dat al een beetje, want als je op de verkoever ic-zorg gaat bieden, dan heb je daar niet de voorzieningen als op de ic zelf. De verkoever is een open zaal; op de ic hebben ze allemaal mooie eigen kamertjes met alle voorzieningen. Maar het is nog steeds hoogwaardige en zeer hoogwaardige zorg. Ergens zit het 'm er gewoon in dat je niet genoeg leidingen hebt om nog meer bedden te openen. Dat is nu de krapte. Op het moment dat je zegt "in plaats van 30 bedden heb je 60 bedden op de ic", dan heb je twee keer zoveel technische voorzieningen maar ook personeel nodig. Het zat 'm dus niet in de kwaliteit. Het zat 'm echt in de capaciteit en de opschaalmogelijkheden.

Mevrouw **Lammers**:

Die waren er niet meer?

De heer **Kluytmans**:

Nee, nee. Die waren er wel een beetje, maar beperkt.

Mevrouw **Lammers**:

Dan heb ik nog een vraag over het integrale advies, zoals u dat net noemde. Vindt u dat al die economische, maatschappelijke, sociale en medische effecten allemaal in één advies moeten komen of dat dat verschillende adviezen moeten zijn die de politiek vervolgens tegenover elkaar moet afwegen?

De heer **Kluytmans**:

Ik denk dat je een parallel traject met integrale advisering moet hebben, niet voor de acute crisisbestrijding, maar op het moment dat ziet dat het langer duurt en complex is. Nogmaals, dan denk ik dat er minder te

kiezen valt, omdat je gewoon veel meer afgewogen zegt: dit lijkt ons de beste keuze op basis van wetenschappelijke argumenten. Die wetenschap zit ook bij de economen. Die wetenschap zit ook bij de sociale wetenschappen. Dan krijg je natuurlijk wel dat de inhoudelijke keuzes minder in de politiek gemaakt worden. Die worden dan eigenlijk meer op basis van wetenschappelijke argumenten gemaakt, maar wel in een afgewogen advies.

Mevrouw **Lammers**:

Een gevolg daarvan is natuurlijk dat de politiek minder te kiezen heeft.

De heer **Kluytmans**:

Dat zou kunnen, ja. Dat denk ik.

Mevrouw **Lammers**:

Hoe ziet u dan dat er een goede grondrechtenafweging kan worden gemaakt?

De heer **Kluytmans**:

Die moet altijd gemaakt worden, natuurlijk. Dat is aan de politiek. Ik denk dat je dat ook in het advies kunt laten meenemen, dat je mensen kunt inzetten die daarop toezien.

Mevrouw **Lammers**:

U denkt dat het wenselijk is dat dat vanuit een advies komt in plaats van dat de politiek dat zelf ...

De heer **Kluytmans**:

Weet u, we hebben zo veel knappe koppen in Nederland. Zet die bij elkaar en laat die tot het best mogelijke afgewogen advies komen. Dat is als wetenschapper mijn advies.

Mevrouw **Lammers**:

Dat waren mijn vragen.

De **voorzitter**:

Meneer Kluytmans, dank u wel. Hiermee zijn we aan het einde gekomen van dit openbare verhoor. Ik sluit dan ook de vergadering. Ik verzoek de bode om de getuige naar buiten te leiden.

De heer **Kluytmans**:

Dank u.

(De heer Kluytmans wordt naar buiten geleid door de bode.)

De **voorzitter**:

Het volgende openbare verhoor zal vanmiddag om 14.00 uur plaatsvinden met de heer Mikkers, burgemeester van 's-Hertogenbosch. De vergadering is gesloten.

Sluiting 12.39 uur.