

Verslag van een openbaar verhoor

De parlementaire enquêtecommissie Corona heeft op 5 juni 2026 **de heer Van Dissel** 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:

Goedemorgen. Ik open de vergadering. Aan de orde is een openbaar verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona. Het is vandaag vrijdag 5 juni 2026. Ik verzoek de griffier om de getuige en zijn bijstandsverlener binnen te geleiden.

(De heer Van Dissel wordt binnengeleid door de griffier.)

De voorzitter:

Beiden van harte welkom, de heer Van Dissel natuurlijk in het bijzonder. Ik geef nu de gelegenheid aan de aanwezige pers om foto's te maken.

(Er worden enkele foto's gemaakt.)

De voorzitter:

Corona was een pandemie die begin 2020 leidde tot een wereldwijde crisis. Ook voor Nederland waren de gevolgen zeer ingrijpend. Het kabinet nam maatregelen die ons troffen in het dagelijkse leven. Ook de Tweede Kamer had een belangrijke rol in die besluitvorming. Als parlementaire enquêtecommissie zijn wij ingesteld om te leren van de coronaperiode en om namens de Tweede Kamer met een grondige, breedgedragen terugblik te komen om beter voorbereid te zijn bij een eventuele volgende pandemie of langdurige crisis.

Meneer Van Dissel, u was ten tijde van de coronapandemie directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding bij het RIVM, het Rijksinstituut voor

Volksgezondheid en Milieu, en ook voorzitter van het Outbreak Management Team. Vanuit die rol bent u opgeroepen als getuige.

Dit is uw eerste openbaar verhoor. U wordt ook opgeroepen voor een tweede openbaar verhoor. Het thema van deze week is het begin van de pandemie. Volgende week gaan we stilstaan bij de organisatie van de corona-aanpak. Dat zijn beide elementen die in dit openbare verhoor aan bod gaan komen: het begin van de pandemie en de inrichting van bijvoorbeeld het Outbreak Management Team. Ook even voor de mensen op de publieke tribune en de kijkers thuis: niet alles zal dus in dit openbaar verhoor aan bod gaan komen. Onderwerpen zoals de avondklok, het coronatoegangsbewijs en mondkapjes gaan aan bod komen, maar dat zal in het volgende openbaar verhoor plaats gaan vinden.

Meneer Van Dissel, u heeft ervoor gekozen om 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. Ik wil u verzoeken om te gaan staan.

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

De **voorzitter**:

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

Heeft u aan de voorkant vragen aan de commissie?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dank u.

De **voorzitter**:

Oké. Dit verhoor zal worden afgenomen door collega Poortman en collega Mutluer. Het kan zijn dat ik enkele aanvullende vragen ga stellen. Voor het eerste onderwerp geef ik graag het woord aan collega Poortman.

De heer **Poortman**:

Dank, voorzitter. Goedemorgen, meneer Van Dissel. We beginnen vanochtend bij het begin, geheel in lijn met het weekthema.

Op vrijdag 24 januari 2020 roept u voor het eerst het OMT, het Outbreak Management Team, bijeen om de corona-uitbraak te bespreken. Het ter informatie bij elkaar roepen van een OMT bij een uitbraak van een

infectieziekte is een verantwoordelijkheid van de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Dat bent u. U bent daarmee ook meteen de voorzitter van het OMT en u bepaalt wie u uitnodigt voor het OMT. Voor de beeldvorming, dit OMT bestaat gedurende de coronaperiode uit zo'n 30 tot 40 mensen. Mijn eerste vraag: wat was uw indruk van het virus toen u het OMT samenriep?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat er vooral veel onzeker was. We waren erg afhankelijk van informatie van buiten. Met "buiten" bedoel je dan vooral wat de WHO meldt, omdat het niet in Europa was maar buiten Europa. Die informatie was beperkt. Verder heb je natuurlijk de media. We hadden eigenlijk bij toeval een aantal medewerkers die contacten in China hadden. Dat kwam in dit geval van pas. We hadden bijvoorbeeld ook medewerkers die Chinees konden lezen. Maar we waren vooral afhankelijk van informatie van buiten en dat was in het begin, denk ik, toch vooral de WHO. Die heeft systemen om informatie te delen. Wij delen daarmee ook informatie met de WHO als er infectieziektenuitbraken zijn. Er is een elektronisch systeem waarmee dan allerlei informatie beschikbaar komt.

De heer **Poortman**:

U noemde de media. Moet ik dan denken aan journalistieke media? Was er ook verslaglegging?

De heer **Van Dissel**:

Er was natuurlijk al een heleboel over te doen in de media, zowel in de internationale als in de Nederlandse. Die volg je natuurlijk ook, zeker bij iets nieuws en onbekends.

De heer **Poortman**:

U besluit dan een Outbreak Management Team samen te stellen.

De heer **Van Dissel**:

Ja.

De heer **Poortman**:

Hoe bent u op dat moment tot een samenstelling gekomen?

De heer **Van Dissel**:

Een Outbreak Management Team is een structuur die eigenlijk tijdelijk

bedoeld is. De meeste vergaderingen van een Outbreak Management Team over een onderwerp vinden één, maximaal twee keer plaats. Dus dat is eigenlijk heel beperkt. Je kiest de samenstelling op grond van het onderwerp dat voorligt. Dat kan natuurlijk heel erg wisselen. Het betekent ook dat de personen die je uitnodigt, daarmee samenhangen en dat dat eigenlijk geen een keer gelijk is aan de volgende keer. De enige vaste leden zijn eigenlijk de voorzitter en de secretaris, want die wordt ook geleverd door het RIVM.

Bij de corona-uitbraak, die toen overigens nog een andere naam had, ga je natuurlijk vooral na wie er in de verschillende netwerken zitten. Je hebt al je tijd in Nederland gewerkt en je bent heel erg goed bekend met het infectieziektenetwerk, met de microbiologen, met de virologen en met klinici als huisartsen. Waar je dus initieel eigenlijk naar kijkt, is toch welke personen in netwerken zitten en waar we ons voordeel van kunnen trekken op het moment dat er problemen gaan spelen. U moet dan denken aan netwerken meer naar de WHO toe. Daar heeft u bijvoorbeeld Marion Koopmans al over verhoord. Dat is natuurlijk typisch iemand die internationaal heel erg goed vertegenwoordigd is.

Ik zal ze niet alle 40 nalopen, hoor, maar een ander voorbeeld is het mondkapje. U noemde net al het woord "mondkapje" en dat zal nog wel vaker ter sprake komen. Maar we hadden ook iemand die in het WHO-netwerk zat dat over mondkapjes ging. Dat is dan bijvoorbeeld iemand waarvan je al meteen denkt: die willen we er ook in, want die weet niet alleen de allerlaatste gegevens, maar die heeft ook de internationale contacten om eens verder te kijken dan alleen maar naar Nederland. Van de huisartsen kies je dan iemand waarvan je weet dat ze zich binnen de huisartsenvereniging met name toelegt op infectieziekten en infectieziektebestrijding binnen de huisartsenwereld.

Zo kom je tot de samenstelling van het team. Zodra je iemand geïdentificeerd hebt, bel je ook met 'm. Je bespreekt het en hij komt dan ook weer met suggesties. Dus op die manier probeer je een zo multidisciplinair mogelijke groep te vormen, die je ook vanuit al die disciplines input kan geven met betrekking tot risico's en prioriteitsinschattingen. Wat is er aan de hand? U heeft ook al gehoord dat virologen daar verschillen van bijvoorbeeld huisartsen. Dat is logisch, want het zijn twee verschillende domeinen van zorg. Dat wil je allemaal bij

elkaar hebben, want het doel van een OMT is uiteindelijk om eerst het BAO en dan indirect via het BAO de minister te adviseren over: wat is dit voor virus? Wat is de overdracht? Hoe kan je het het beste bestrijden? Dat doe je door te proberen een consensus te krijgen van al die verschillende meningen in het OMT. Het OMT was ook groter dan normaal, denk ik.

De heer **Poortman**:

Hoe groot zou het normaal zijn?

De heer **Van Dissel**:

Meestal is het toch wel een man of twintig. Daar zit je dan aan en we hebben er toen dus voor gekozen om het groter te maken. We hebben dat eigenlijk alleen maar gedaan om die multidisciplinariteit zo groot mogelijk te hebben en geen signalen te missen.

De heer **Poortman**:

Hoe weegt u de verschillende disciplines? Ik kan me voorstellen dat u misschien ... Het gaat over een virus en u kijkt dus misschien allereerst naar virologen. Maar u betreft er ook andere disciplines bij. Hoe weegt u disciplines bij het samenstellen van zo'n team?

De heer **Van Dissel**:

Nou, kijk. We zijn een medisch epidemiologisch adviseringsorgaan. Het is, denk ik, belangrijk om je dat meteen te realiseren. Dat betekent dat de samenstelling ook op dat domein van toepassing is.

De heer **Poortman**:

Het medische domein, bedoelt u.

De heer **Van Dissel**:

Op het medische domein en verder op de epidemiologie. Die wordt deels ingebracht vanuit het RIVM, modellering bijvoorbeeld, de modelleringsgroep. Verder zijn het vooral medici. Infectieziekten is één naam, maar u noemde het zelf al: je hebt virologen en microbiologen. Verder raakt het een heleboel medische disciplines apart, zowel de huisarts, de verpleeghuisarts als de internist en de ic. Dus vanuit al die groepen wil je vertegenwoordiging om hun kijk op de zaak te kunnen meenemen.

De heer **Poortman**:

Later in de pandemie worden andere expertises toegevoegd, bijvoorbeeld de kindergeneeskunde en de ouderengeneeskunde.

De heer **Van Dissel**:

Klopt.

De heer **Poortman**:

Wat was de aanleiding om deze groepen ook toe te voegen, om deze expertises toe te voegen?

De heer **Van Dissel**:

Ouderengeneeskunde is echt een apart onderdeel van de Nederlandse zorg. Daar komen we ongetwijfeld nog op terug. Maar die zit niet automatisch in een OMT. Die vertegenwoordiging is eigenlijk indirect, vooral via de huisartsen en de GGD'en. Er is dus wel degelijk contact met dat domein, maar niet rechtstreeks via bijvoorbeeld de specialisten ouderengeneeskunde. In feite werd het na de start al vrij snel duidelijk dat een belangrijk probleem zich toch ook in die groep afspeelde. Dat was reden om ze toe te voegen. Daar hebben we natuurlijk overleg over gehad, bijvoorbeeld met VWS, maar ook met andere groepen. Maar we hebben ook overlegd met de GGD: kunnen jullie dat voldoende vertegenwoordigen of moeten we dat apart doen? Dat was de reden om geriaters, ouderengeneeskundigen, uiteindelijk ook uit te nodigen.

We hebben in totaal 96 OMT's gehad, ook wel een punt om even bij stil te staan als dat mag. De groepen die u noemde, waren vanaf de dag dat we de eerste patiënt zagen, bij het derde OMT. Dat is hoe ik me dat herinner en het was dus bepaald niet helemaal aan het eind van het verhaal. Het was redelijk aan het begin, eigenlijk zodra de ingreep werd gedaan van het sluiten van bezoek.

De heer **Poortman**:

Dat is inderdaad redelijk aan het begin. Tegelijkertijd blijkt uit ons onderzoek ook dat er wel wat proactiviteit van deze expertise werd verwacht om bij jullie aan te kloppen. Waarom was dat nodig? Zag u zelf niet zozeer aanleiding om deze groepen meteen te betrekken?

De heer **Van Dissel**:

Nee, het is gewoon precies zoals ik het vertel. Ook dat is iets waar we

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

ongetwijfeld op terugkomen: waar lag de focus in het begin? Daar kun je best vraagtekens en vragen bij stellen. Maar die focus was natuurlijk initieel heel erg bepaald, denk ik, door de beelden uit Italië. Dat is toch dichtbij. Daar konden we ons mee identificeren. Er werden brieven gecommuniceerd vanuit Italië, bijvoorbeeld naar de ic-wereld in Nederland en naar anesthesisten. Daarin stond: bereid je voor, want er komt van alles op de ziekenhuizen af. Ik denk dat u zich dat beeld, het beeld van doodskisten letterlijk in de straat, ongetwijfeld ook kunt herinneren. Dat heeft in het begin zeker de focus bepaald. Op dat moment lag de focus, ook omdat dat niet meteen uit die rapportages naar voren kwam, dus minder op de alleroudsten in de samenleving.

De heer **Poortman**:

Hoe lag dat bijvoorbeeld voor de specialisten op het gebied van de kindergeneeskunde? Hebben die zichzelf uitgenodigd?

De heer **Van Dissel**:

Kindergeneeskunde en scholen zijn een buitengewoon interessant onderwerp. Zoals u weet, was het OMT beredeneerd tegen schoolsluiting. En toch overkwam ons dat. Dat is overigens een voorbeeld waarbij de politiek ons advies dus niet volgde.

De heer **Poortman**:

Hoe zit dat op het gebied van kindergeneeskunde?

De heer **Van Dissel**:

Nou ja, dat had daar verband mee. We wilden gewoon iemand die dat, omdat we merkten dat scholen heel belangrijk werden, in die discipline mee kon nemen.

De heer **Poortman**:

Dus het OMT heeft actief iemand vanuit de kindergeneeskunde gezocht?

De heer **Van Dissel**:

Ja. Maar even voor de duidelijkheid: we zitten niet in een ivoren toren. Op het moment dat wij een OMT bijeenroepen, staat mijn telefoon roodgloeiend, zowel met mensen die er om allerlei redenen ook in willen als met mensen die terecht aangeven: denk erom, je hebt dit domein in de zorg of in de maatschappij medisch nog onvoldoende

vertegenwoordigd; moet je daarvan ook niet iemand meenemen in het OMT? Zo komt dat OMT tot stand.

De heer **Poortman**:

Zeker. Dat is de reden dat ik het probeer op te tellen.

De heer **Van Dissel**:

Ja.

De heer **Poortman**:

We hebben een interview gelezen met Illy in De Gelderlander. Hij zegt daarin in mijn woorden: ik moest mezelf aanmelden bij het OMT. Daarom vroeg ik even door.

De heer **Van Dissel**:

Maar goed, dat zou dus heel goed kunnen. Het punt is dat het gewoon heel interactief is. Daar komt het op neer. Het is ook helemaal niet exclusief. We proberen helemaal niet een apart elitegroepje te vormen. Integendeel, je wil een goede representatie, want daarmee kan je ook de beste adviezen geven. Die OMT's, niet zozeer meteen dit OMT, maar een heleboel andere, veranderen ook van samenstelling al naar gelang de uitbraak.

We hebben in de corona natuurlijk ook de nertsen gehad, even als voorbeeld. Nou, dan heb je het meteen over zoönotische verwickelingen. Op dat moment is de helft van het OMT dat zich met die nertsen heeft beziggehouden, afkomstig uit de veterinaire wereld en van de dierenfaculteit in Utrecht. Die hebben ook een andere structuur. Zo wordt het voorzitterschap gedeeld met iemand van de veterinaire universiteit. Op het moment dat we over de Cariben OMT's hadden, zaten er weer andere mensen bij. Die OMT's hebben we ook gehad, want wat moet je nou in de delen van het Koninkrijk in het Caribisch gebied doen? Dan zitten er mensen bij uit het Caribisch gebied en personen die in Nederland goed bekend zijn met de situatie daar. Dus zelfs tijdens de corona was het OMT wisselend.

De heer **Poortman**:

Dat is goed voor de routekaart van dit gesprek. U noemde twee dingen waar we straks verder op in zullen gaan. U zei zelf dat er vraagtekens te zetten zijn bij de weging van de impact van het virus aan het begin. Daar

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

gaan we het nog over hebben, maar ook over de ontwikkeling van de samenstelling van het OMT gaan we het verder hebben. Ik ben voor nu nog even benieuwd hoe de verhouding in uw optiek lag tussen de verschillende disciplines in het OMT.

De heer **Van Dissel**:

Dat is een punt dat verschillende keren besproken is in het OMT. Voor de duidelijkheid, wij doen geen stemmingen. Het is dus niet zo dat we met handopsteken bepalen wat we gaan adviseren. Dat moet echt op inhoud. Maar u kunt zich voorstellen dat bijvoorbeeld een huisarts denkt "hé, ik zit hier als huisarts en er zitten vijf microbiologen in" of iets dergelijks. Ik denk dat je dat als voorzitter zorgvuldig moet bewaken. Aan de andere kant was natuurlijk duidelijk dat de grootste onbekendheden, zeker in het begin, vooral het virus betroffen. Hoe is de overdracht precies? Hoe gedraagt het virus zich? Later ook: hoe ontstaan eigenlijk die mutanten? Moeten we daar rekening mee houden? Er was een heleboel virologisch onbekend en dat betekent dat microbiologen, waar de virologie natuurlijk eigenlijk onder valt, en de meer specifiek virologen toch belangrijk waren, zeker in het begin.

De heer **Poortman**:

Ik hintte met mijn vraag, maar ik zal het ook expliciet maken, op een evaluatie van het OMT waar we kennis van hebben genomen. Die vindt plaats wanneer het virus al wat verder is, namelijk op 27 augustus. In die sessie wordt gesproken over de samenstelling van het OMT en de verdeling tussen de disciplines, omdat een aantal leden vindt dat er te veel artsen microbiologie en virologen zijn ten opzichte van de andere deskundigen. Ik ben benieuwd welke deskundigheid volgens deze groep OMT-leden ontbrak.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat het een beetje te maken heeft met het punt dat ik net noemde. Iedereen probeert vanuit zijn domein in te brengen wat er speelt en ook wat de problemen zijn. Dat is logisch met zo'n divers gezelschap en daarom zult u zich kunnen voorstellen dat je dan soms ook het gevoel hebt dat sommigen niet goed oppikken wat je eigenlijk probeert over te brengen. Daar verwees dit punt in de evaluatie naar. Voor de duidelijkheid, dat hebben we ook expliciet besproken.

De heer **Poortman**:

Zit het dan op wat er buiten het OMT niet opgepikt wordt? Of gaat het erom dat er eigenlijk te weinig ...

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat gaat over de discussies binnen het OMT. Je wilt je gehoord voelen. Ik kan me niet voorstellen dat iemand achteraf zegt dat dat niet het geval was. Maar kijk, soms komen er natuurlijk vragen terug. Er komen tegenopmerkingen en dan kan je natuurlijk weleens het gevoel hebben dat het uit balans is. Op zich kon ik me dat indenken. Het belangrijkste is, denk ik, om daar scherp op te zijn en om dat op dat moment te expliciteren: jongens, wacht eens even; we moeten dit punt goed bespreken en breed laten indalen, voordat we dat punt minder goed bespreken, namelijk alleen maar vanuit onze eigen disciplineaanpak. Ik denk dus dat dat soort dingen het hele OMT door hebben gespeeld.

De heer **Poortman**:

Kunt u nog terughalen en ons schetsen welke disciplines er volgens deze mensen ontbraken?

De heer **Van Dissel**:

U bedoelt "helemaal ontbraken"?

De heer **Poortman**:

Ja. Dus mensen die zeiden: wij zouden een verbreding willen; wij vinden die verhouding verkeerd.

De heer **Van Dissel**:

Neenee, dan gaat het vooral om verbreding van de persoon zelf.

De heer **Poortman**:

Oké. Hoe moet ik dat zien?

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid, het is niet dat ik hiermee ook maar iets wil suggereren over wie het was, maar ik kan me voorstellen dat als er maar één kindergeneeskundige of één huisarts is en je wilt je punt maken, je weleens denkt: had ik er nog maar een collega in zitten, want dan had die het misschien beaamd. In die zin moet u dat zien en niet van: buiten het OMT.

De heer **Poortman**:

Heeft u iets gedaan met deze signalen?

De heer **Van Dissel**:

Ja. Die benoem je. Je zegt: laat X of Y zijn punt goed maken. En dan moet het besproken worden.

De heer **Poortman**:

Zijn die disciplines ook verbreed binnen het OMT op basis van die signalen?

De heer **Van Dissel**:

Nee, want zo heftig was het niet, hè. In een evaluatie maak je gewoon duidelijk wat er allemaal gespeeld heeft, ook procedureel. Want daar heeft u het eigenlijk over. Het gaat hier niet over de inhoud. En dan is dit een punt. Op een gegeven moment zit je aan 35, 40 man en dan ga je dat natuurlijk ook niet nog een keer uitbreiden tot 50. Dan wordt het een Poolse landdag. Maar besproken is dat zeker.

De heer **Poortman**:

Dat gaat over mensen die zelf een expertise vertegenwoordigden binnen het OMT. Zijn er misschien toch wat expertises blijven ontbreken? Ik heb het dan bijvoorbeeld over verpleegkunde, gedragswetenschappelijke kennis en ook sociaalwetenschappelijke kennis. Dat werd ook als een lacune gezien. Waarom zijn die lacunes niet opgevuld?

De heer **Van Dissel**:

Dat heeft een hele duidelijke reden, hè. Wij zijn een OMT voor medisch-epidemiologische advisering. Er komt een advies en dat is bij voorkeur een eenduidig advies waarover consensus bestaat. Iedereen heeft dan soms het gevoel: ik heb misschien niet 100% mijn punt gehaald, maar dat is nu eenmaal zo; maar als groep vinden we dat dit het pakket is waar we mee door moeten. Dan ging dat naar het BAO toe, het bestuurlijk afstemmingsoverleg.

De heer **Poortman**:

Daar gaan we het straks ook nog uitgebreid over hebben. Maar goed dat u het even noemt.

De heer **Van Dissel**:

Prima, prima. Maar dat moet de beoordeling maken. Wat is de maatschappelijke impact van dit advies? Hoe is het draagvlak? Al dat soort zaken, een deel dus van wat u noemt, vindt in het BAO plaats. Daar zit vertegenwoordiging van de GGD'en, van de veiligheidsregio's, van de gemeenten en van verschillende ministeries. Dus ja, in het BAO moet die afweging plaatsvinden.

Ik heb daar naar mijn idee persoonlijk heel erg op gestuurd. We komen met het OMT tot talloze adviezen. Iedereen die die adviezen leest, begrijpt onmiddellijk dat die adviezen ingrijpen op de vrijheid van iemand anders. Dat was natuurlijk direct helder. Op het moment dat we de horeca sluiten ... Althans, wij gaven het advies om dat te doen, want wij sloten de horeca niet. Ik las het net in uw filmpje. Op het advies voor sluiting komt een maatschappelijke reactie. Dat is volkomen begrijpelijk, maar dat vereist een afweging die je niet wetenschappelijk en zeker niet medisch-epidemiologisch kan oplossen. Die afweging hoort niet bij het OMT, maar bij het BAO. Althans, dat moet dat voorzien van de noodzakelijke opmerkingen. Uiteindelijk vindt die beoordeling plaats door de politiek. Dat heeft niks van doen met het OMT. Ik heb dus buitengewoon streng bewaakt dat dat ook buiten het OMT bleef.

U noemt één punt dat er misschien half in zit. Dat wil ik toelichten. Dat is de Gedragsunit. Wij begrepen natuurlijk ook heel goed dat we op de hoogte moesten zijn, al was het bijvoorbeeld maar voor de modellering, van de perceptie van de maatregelen in de maatschappij. Maar ook: wie doet eigenlijk wat er geadviseerd wordt? Dat is natuurlijk van direct belang voor bijvoorbeeld de modellering. Als wij modelleren op "iedereen met klachten laat zich testen" en het blijkt dat maar 50% zich laat testen en de andere helft niet, dan kunt u zich voorstellen dat deze hele belangrijke parameter in de modellering niet als 100% moet worden ingevuld, maar als 50%. Dus de Gedragsunit leverde ons belangrijke informatie, ook over hoe we moesten beoordelen wat er gaande was. Bovendien gaven ze natuurlijk een terugkoppeling op hoe maatregelen werden gepercipieerd. Die Gedragsunit was aangesloten bij een zogenaamd responsteam. Het spijt me dat ik misschien een nieuw team moet introduceren, maar je hebt dus verschillende lagen. Het responsteam zit net onder het OMT en dat handelt wat meer dagelijkse zaken af. Vanuit het responsteam werd het ingebracht in het OMT.

De heer **Poortman**:

Wat mij betreft is dit voldoende.

De heer **Van Dissel**:

Dus een deel kwam binnen en een deel wilden we er bewust buiten laten.

De heer **Poortman**:

Dank u wel. We gaan straks nog wat dieper in op deze onderwerpen, maar over het bijeenroepen van het OMT heb ik verder geen vragen.

De heer **Van Dissel**:

Prima. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Collega Mutluer, heeft u nog aanvullingen op dit onderwerp?

Mevrouw **Mutluer**:

Niet op dit onderwerp.

De **voorzitter**:

Dan geef ik u het woord voor het volgende onderwerp.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil met u verder inzoomen, meneer Van Dissel, op het functioneren van het Outbreak Management Team. Na het eerste Outbreak Management Team op 24 januari 2020 volgen er nog vele OMT's. U noemde het zojuist: 96 in totaal. Een OMT komt samen met 30, 40 personen in één vergaderzaal. Dat kan tijdens zo'n coronapandemie uiteraard niet. Kunt u ons uitleggen en schetsen hoe zo'n OMT-bijeenkomst er doorgaans uitzag?

De heer **Van Dissel**:

Zeker. Ik denk dat we een of twee keer in persoon hebben vergaderd. Daar hebben we een hele grote zaal voor op het RIVM. Maar voor de duidelijkheid: toen speelde de 1,5 meter nog niet. Zodra dit ging spelen, een terechte vraag, hebben we gebruikgemaakt van een speciale zaal, waar een werkelijk hele grote televisie-unit aan de muur hangt. Die is ongeveer gelijk aan het panel achter u. Dan doe je het verder via de elektronische wijze, bijvoorbeeld via Teams of Zoom. Volgens mij hadden we in het begin Zoom, maar we hebben daarna wel wat gewisseld. Op die manier kon iedereen in beeld meediscussiëren. Er zat een klein aantal

personen in de zaal, want je hebt natuurlijk de secretaris, de notulist en de vertegenwoordiging van epidemiologie en modellering. Die zaten in de zaal, uiteraard op ruime afstand van elkaar, en namen op die manier deel.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus voor mijn beeld. Wat zal het zijn? Een tiental mensen fysiek bij elkaar en een dertigtal personen, experts, op het scherm?

De heer **Van Dissel**:

30 lijkt me heel erg veel. Ik schat in dat het toch wat minder groot was dan 40 in totaal. Maar daar kwam het wel op neer, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe lukt het dan om met zo'n hele grote groep digitale deelnemers iedereen toch goed aan het woord te laten?

De heer **Van Dissel**:

Daar heb je natuurlijk allerlei technieken voor. Je kan de handjes opsteken in Zoom en Teams. Dat is natuurlijk een wijze. Maar het was ook een gebruikelijke techniek om gewoon letterlijk de groep langs te gaan.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat is de wijze waarop, maar komt iedereen aan bod tijdens zo'n vergadering?

De heer **Van Dissel**:

Absoluut. Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe dan?

De heer **Van Dissel**:

Door het woord te nemen op het moment dat je het woord geeft. Als iemand het woord vraagt, geef je 'm het woord. Dat levert over het algemeen reactie op en dan krijgen die het woord. Ik begrijp best uw zorgen over dit punt, hoor, want we kennen allemaal het succes en het minder grote succes van vergaderen op een andere wijze, bijvoorbeeld Teams. Maar eerlijk gezegd vond ik dit niet een limiterende factor in het geheel. Uiteraard wil je ze liever rechtstreeks in de ogen kijken. Dat wilden we ook, maar dat kon gewoon niet. Maar ik heb in evaluaties nooit

teruggekregen dat dit een limiterende factor was om te zeggen wat men wilde zeggen. Ook bleek achteraf niet dat men zich onvoldoende gehoord voelde of onvoldoende de gelegenheid had gehad om te praten.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus u zegt: men kon zeggen wat men wilde zeggen en men kon meningen vanuit de eigen expertise ventileren. Hoe kwam u dan uiteindelijk met elkaar tot consensus?

De heer **Van Dissel**:

Misschien moet ik dan, als u dat goed vindt, even toelichten hoe een hele OMT-vergadering eruitzag. Dat geeft daarin misschien wat inzicht. Voor de duidelijkheid: allereerst begonnen we met vast te stellen of er belangenconflicten waren. Dat is één.

Mevrouw **Mutluer**:

Wanneer is er sprake van een belangenconflict?

De heer **Van Dissel**:

Daar heb je definities voor. Wij maken gebruik van definities die u bij de KNAW kunt terugvinden. Dat is een breed gebruikte manier om belangenconflicten te inventariseren, ook bij de Gezondheidsraad bijvoorbeeld. Dat vult men in. Dat is een schriftelijke verklaring, die men ondertekent en daarop geeft men weer of men belangen heeft met betrekking tot de onderwerpen die aan bod komen en of men misschien dus niet mee moet praten over bepaalde onderwerpen.

Mevrouw **Mutluer**:

Bijvoorbeeld?

De heer **Van Dissel**:

Stel dat iemand zelf een test ontwikkelt, die test commercieel uit wil brengen en vervolgens in het OMT zegt: ik zou graag die test in Nederland ingevoerd zien. Ik chargeer natuurlijk geweldig, maar dan is uiteraard direct duidelijk wat het belangenconflict is. Ik noem het alleen omdat ik hier even wil overbrengen dat daar veel aandacht voor was.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat kon u goed bewaken?

De heer **Van Dissel**:

Iedereen moet dat invullen. U kunt dat terugzien op de website van het RIVM, want dat is gewoon publieke informatie. U kunt daar ook commentaar op hebben. Dus ja, dat is een geaccepteerde wijze in de wetenschap. Ik noemde al dat bij de Gezondheidsraad, een soortgelijke instelling, ook op die manier werd gewerkt om vast te stellen wie wel of geen belangen heeft en of die belangen een rol zou kunnen spelen in de discussies.

Het tweede punt dat altijd genoemd werd, was de vertrouwelijkheid, vertrouwelijkheid in de zin dat men tijdens de discussies de vrijheid moest voelen om alles te zeggen en dat men niet op enige manier belemmerd zou worden door het feit dat het bekend zou worden gemaakt. Je wilt dus vertrouwelijkheid in de vergadering. Maar daar komen we misschien ook nog wel op terug.

Het volgende punt is dan dat er vaak even werd teruggekeken naar de vorige OMT-vergadering. U kunt zich voorstellen: als daar bepaalde adviezen werden gegeven en de politiek daar vervolgens een besluit over nam, dan wilde men graag horen, zeker als het afweek, wat de motivatie daarvoor was. Dat is gewoon informatie en verder niks.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik begrijp dat u deze punten op wil noemen, maar ik stelde net eigenlijk een heel concrete vraag. Die vraag luidde ...

De heer **Van Dissel**:

Hoe de vergadering loopt.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe zorgt u ervoor dat er consensus was als je met zoveel experts zo'n vergadering doet?

De heer **Van Dissel**:

Dat doe je door iedereen het woord te geven bij de vraagstellingen die voorliggen en door vervolgens samenvattingen te maken van wat naar mijn idee een consensus opinio zou kunnen zijn. Vervolgens kreeg iedereen de mogelijkheid om daar weer op te reageren als ze vonden dat bepaalde punten onvoldoende vertegenwoordigd werden in mijn samenvatting. U kunt zich voorstellen dat de notulist mijn samenvattende

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

woorden, als ik het zo mag noemen, natuurlijk ook al nauwkeurig volgde, want die moest uiteindelijk de notulen en de OMT-brief schrijven. Op het moment dat iedereen zegt "ik kan me hierin en in wat u zegt vinden", is dat onderwerp behandeld.

Mevrouw **Mutluer**:

En als er afwijkende meningen waren, kwamen die dan in voldoende mate terug in uw samenvatting en in wat schriftelijk werd vastgelegd?

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid, het streven is om niet over elk onderwerp twintig verschillende meningen in de brief te zetten. Ik bedoel: dat is, denk ik, niet iets wat ook maar iemand helpt. Dus je probeert een consensus te krijgen. Als er verschillende meningen waren, en die waren er zeker, dan probeer je duidelijk te krijgen wat de angel in het geheel is en of het mogelijk is om die met een misschien veranderde stelling van hoe je het net hebt samengevat, wel duidelijk te krijgen. Dus het was gewoon heen en weer praten, totdat er een constructie was waarvan iedereen vond dat hij zijn mening daarin vertegenwoordigd zag.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik kan me voorstellen dat experts op enig moment aangaven dat ze een afwijkende mening hadden en dat ze niet tot een andere mening kwamen, ook niet na de discussie. Kwamen die afwijkende meningen ook terug in de samenvattingen?

De heer **Van Dissel**:

Jazeker. Sterker nog, die kunt u terugvinden in de OMT-brieven. U leest daar verschillende keren dat een deel van de OMT-leden een andere richting wilde volgen. Dat werd gewoon in de OMT-brief gezet.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat vond u daarvan?

De heer **Van Dissel**:

Dat vind ik uitstekend. Ik weet niet waarom u ...

Mevrouw **Mutluer**:

Wat betekent dat voor de eenduidigheid van de adviezen die u gaf vanuit het OMT?

De heer **Van Dissel**:

Soms kan het natuurlijk zijn dat sommigen een zo sterke opinie hebben dat ze toch willen dat aangegeven wordt dat zij daarvan uitgezonderd willen zijn. Ik kan u een voorbeeld noemen, want daar wilt u vast naartoe. Een voorbeeld dat ik me direct herinner, is de heropening van de basisscholen. Als u naar die OMT-brief gaat ...

Mevrouw **Mutluer**:

Even in de tijd.

De heer **Van Dissel**:

Daar ben ik niet sterk in, hoor. Wanneer was de heropening van de basisscholen? Ze zijn gesloten op 14 maart. Twee maanden, dacht ik. We zitten dan dus in april, mei. Ik dacht medio mei. Omdat daar natuurlijk vragen over waren, is in OMT-brieven aangegeven hoe je de scholen weer zou kunnen openen. Toen bleek heel duidelijk dat het OMT daar verschillende meningen over had. Een groep zei "alles open" en een tweede groep wilde dat voorzichtiger aanpakken door eerst met halve openingen te werken. Halve openingen zijn natuurlijk ingewikkeld, maar je kan je voorstellen dat de kinderen op een deel van het alfabet maandag, dinsdag en een halve woensdag komen. De andere kinderen komen dan de rest van de tijd. In een OMT-verslag staat letterlijk opgenomen dat deze twee meningen er waren. Dan is het niet aan het OMT om daar een oordeel over te hebben. Dat mag de politiek doen.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik vind het een interessant voorbeeld. Ik wil er met name op ingaan hoe dan die afweging wordt gemaakt. We hebben net van u gehoord dat het OMT bestond uit artsen infectieziektebestrijding, infectiologen, virologen en microbiologen. Wij weten uit onderzoek dat er één kinderarts, één huisarts, één arts voor verstandelijk gehandicapten en drie specialisten op het gebied van ouderengeneeskunde bij zaten. Er vindt dan een discussie plaats over de heropening van de basisscholen. Hoe ga je dan om met de verschillen, ook in getalsverhoudingen, tussen de verschillende experts binnen het OMT? Ik heb die verhoudingen net geschetst.

De heer **Van Dissel**:

Over het laatste: ik heb u net al aangegeven dat wij niks doen per handjeklap of vingers opsteken. Al was er maar één die afweek, dan had u

dat nog teruggevonden in de OMT-brief. Dus aantallen zijn hier niet belangrijk.

De scholen. Ik denk dat u doelt op: hoe kan een viroloog nou iets van een school vinden? Wat natuurlijk altijd speelt, is niet zozeer specifiek de school, want de vraag die voorligt, is steeds: is er voldoende ruimte met betrekking tot het rondgaande virus om dat te doen, zonder dat alles weer gaat toenemen? Dat is natuurlijk iets wat kan worden beoordeeld door iedereen in de groep. Dat is ook wat bijvoorbeeld mede wordt beoordeeld door de modellers, die daarop modelleren.

Misschien ook heel belangrijk om even te noemen, is dat er weliswaar verschillende disciplines zijn, maar ... U denkt ongetwijfeld: die kunnen misschien nauwelijks met elkaar praten, omdat ze in een heel andere groep zitten. Maar infectieziekten zijn natuurlijk gedeelde kennis binnen al die disciplines. Zowel een huisarts als een viroloog hebben eenzelfde methodologie met betrekking tot de infectieziekten. Als je dat moet afwegen, kunnen beiden dus een bijdrage leveren.

Mevrouw **Mutluer**:

Ze kunnen beiden hun bijdrage leveren, hoor ik u zeggen. Maar ik ben heel erg benieuwd ... U gaf zelf het voorbeeld van die basisscholen. U heeft één kinderarts, zag ik. Ik noemde het net op: één huisarts, één arts voor de verstandelijk gehandicapten en voor de rest heel veel virologen en epidemiologen. Wat geeft in zo'n discussie dan de doorslag?

De heer **Van Dissel**:

U vergeet natuurlijk het belangrijkste te melden en dat is dat de meesten van ons allemaal kinderen hebben. Dus het niet kunnen beoordelen van kinderen, het naar school gaan en dat soort zaken: dat wil ik toch meteen bestrijden. Je hebt natuurlijk allemaal, ook hier weer, gedeelde kennis. Waar het om gaat, nogmaals, is de vraag of er epidemiologisch gezien voldoende ruimte is om te openen. Wat zijn daar dan de gevolgen van voor de circulatie van het virus? Bijt dat je later niet in de staart, omdat er weer een geweldige toename van het aantal gevallen is?

Dan gaat het niet eens zozeer over de school, want je kunt ook zeggen "sportclub". U kunt ook invullen "contactberoepen". Al die afwegingen gaan uiteindelijk over: we heffen een deel van de schaarste van contacten

op. Het gaat wel over specifieke contacten, want het gaat vooral over kinderen. Hoe vertaalt zich dat, als we niet oppassen, naar een toename van de hoeveelheid infecties in het land? En die toename wilden we niet. Die afweging is natuurlijk niet zozeer aan een school gekoppeld, behalve dat die wel bepaalde karakteristieken heeft in hoe je het doorrekent. Die geldt voor alle zaken die we al of niet adviseren te versoepelen. Daarom kan iedereen er goed over meepraten.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil toch even terug naar het functioneren van het OMT. Aan de hand van dit voorbeeld wil ik begrijpen hoe verschillende wetenschappelijke inzichten werden gewogen en wat uiteindelijk de doorslag gaf om bepaalde adviezen te geven.

De heer **Van Dissel**:

Ons doel is uiteindelijk, gegeven de doelen die het kabinet ons heeft opgedragen ... Het kabinet slaat natuurlijk de piketpaaltjes waar we met name naar moesten kijken. Het gaat bij alles wat we adviseren om de vraag: wat heeft het voor invloed op de verschillende doelen die gedefinieerd zijn? Dat is waar je naar kijkt. Uiteindelijk gaat het om de vraag: levert een bepaalde interventie meer of minder contacten op? Uiteindelijk vertaalt dat zich in het reproductiegetal. Dat hangt van een aantal zaken af, maar met name van de opportunity met betrekking tot contacten. Daar kan je mee rekenen.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar dat is niet mijn vraag.

De heer **Van Dissel**:

Maar dat is dus wat je met z'n allen beoordeelt. Een viroloog kan beoordelen of die het geloofwaardig vindt dat de contacten maar met 50% toenemen. Een kinderarts en een huisarts kunnen dat ook. Dat is gedeelde methodologie, die iedereen die in het OMT zit, beheerst.

Mevrouw **Mutluer**:

U zegt: het OMT geeft een medisch-epidemiologisch advies. Als je kijkt naar de verhouding tussen epidemiologen, microbiologen en virologen enerzijds en kinderartsen, artsen en specialisten in de ouderengeneeskunde anderzijds, dan zien we en horen we een disbalans.

Mijn concrete vraag is als volgt. Kijk naar deze expertises. Als je een pittige discussie hebt, wat geeft dan de doorslag?

De heer **Van Dissel**:

Ik wil u wel corrigeren. Een medisch microbioloog is ook een arts-microbioloog. Een viroloog is ook een arts. De voorzitter is internist. Kortom, er is sprake van een geweldige gedeelde methodologie, kennis en opleiding tussen alle OMT-leden. Als een OMT-lid – neem bijvoorbeeld de kinderarts – een bepaalde opmerking maakt over scholen die uiteindelijk van belang is voor de berekening van de risico's, dan kunnen alle andere OMT-leden die opmerking uitstekend volgen, omdat ze dezelfde methodologie hebben. Ze kennen de verschillende technieken die bijvoorbeeld in de laboratoria worden gebruikt. Ze kunnen dat vertalen naar impact op gevoeligheid van testen. U maakt dus een te groot onderscheid tussen de verschillende personen met betrekking tot hun inbreng over onderwerpen.

Ik ga even naar een ander voorbeeld. Stel dat er iets wordt besproken wat echt alleen maar aan testen raakt – dat hebben we natuurlijk ook weleens gedaan; dan bedoel ik echt microbiologische testen om het virus al of niet vast te stellen – dan is het logisch dat daar de medisch microbiologen en de virologen het voortouw in nemen. Vaak deden we de voorbereiding van dat soort antwoorden in aparte groepen, die een document voorbereidden dat uiteindelijk in het OMT werd ingebracht. Dan maak je gebruik van een specifieke expertise die in een bepaalde groep groter is dan in de rest. Maar uiteindelijk resulteert dat in een document dat alle artsen die in het OMT zitten, uitstekend kunnen beoordelen.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar dan heb je toch een expertise die uiteindelijk de doorslag geeft, hoor ik u zeggen.

De heer **Van Dissel**:

Nee, die heb je niet. Je hebt een expertise die beter in staat is om bepaalde vragen over een onderwerp voor te bereiden voor het hele OMT.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus het feit dat er één kinderarts was ... De mening van die kinderarts is net zo zwaar gewogen als de andere meningen? Hoor ik u dat zeggen?

De heer **Van Dissel**:

Soms wel zwaarder, denk ik. Dat hangt weer van het onderwerp af. Als de kinderarts ons uitlegt dat schoolsluiting uiteindelijk leidt tot minder synaptische verbintenissen in de hersenen, nemen we dat natuurlijk allemaal serieus. We begrijpen allemaal wat hij zegt, want we weten wat de synapsen tussen de hersencellen zijn. De kinderarts weet dat. Dat is geen informatie die wij steeds voor op de tong hebben liggen. Zo heeft iedereen zijn eigen inbreng. Die kan je soms zelfs zwaarder wegen dan de mening van vijf leden die daar geen specifieke kennis in hebben.

Mevrouw **Mutluer**:

Om af te sluiten en af te ronden: is die zwaarte ook gebleken in het advies over de heropening van de basisscholen?

De heer **Van Dissel**:

Uiteindelijk was er sprake van een verschil van mening over hoe snel je dat moest doen. Dat verschil van mening was er niet zozeer over iets inhoudelijks met betrekking tot de scholen. Dat verschil van mening was er over wat de consequenties van het openen van de scholen zouden zijn voor de verspreiding van het virus in de maatschappij. Daar kan de een zich wat comfortabeler bij hebben gevoeld dan de ander. Dat wilden we tot uitdrukking brengen in het OMT-advies. Dat leest u daar gewoon in terug.

Mevrouw **Mutluer**:

Zegt u daarmee: de besmetting woog uiteindelijk zwaarder dan de impact die het op kinderen zou kunnen hebben gehad?

De heer **Van Dissel**:

Nee. De impact op kinderen moet u aan het begin zoeken: ben je wel of niet een voorstander van een advies over het sluiten van de scholen? Voor de duidelijkheid: daar waren wij buitengewoon op tegen. Maar goed, daar kunnen we apart over spreken. Dat wilt u nu misschien niet hebben.

Mevrouw **Mutluer**:

Daar gaan we het op een ander moment apart over hebben.

De heer **Van Dissel**:

Prima, maar ik geef dat alleen even als voorbeeld. Daarbij geldt dat dus niet. Het gaat bij het openen vooral over de inschatting wat het tot gevolg heeft voor de circulatie van het virus.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik heb deze vraag gesteld om de samenstelling en het functioneren van het Outbreak Management Team te begrijpen en om daar lessen uit te trekken voor de toekomst. Dat gaat dus ook over de samenstelling.

Ik wil nog even één vraag stellen, over de vergaderingen zelf. Die zijn niet openbaar. Ook de verslagen van die overleggen worden niet openbaar gemaakt. Dat is expliciet zo opgenomen in het reglement van het Outbreak Management Team, zoals we in ons onderzoek hebben gezien. Wat was hiervoor de reden?

De heer **Van Dissel**:

De reden was gewoon dat je in alle vrijheid wilt kunnen discussiëren. Punt. Je wilt daar niet discussiëren en bepaalde dingen opmerken waarvan je weet dat die dezelfde avond in de krant staan. Als het niet vertrouwelijk zou zijn en iedereen erover mag praten op het moment dat het hem uitkomt, gaat het naar mijn idee compleet mis. Ik ben dus heel sterk voorstander van vertrouwelijkheid.

Mevrouw **Mutluer**:

Toch weten we dat een aantal OMT-leden pleitten voor een grotere transparantie. Wat vond u daarvan?

De heer **Van Dissel**:

Dat vind ik uitstekend.

Mevrouw **Mutluer**:

Gebeurde die transparantie uiteindelijk ook, bijvoorbeeld in de zin van het geanonimiseerd openbaar maken van verslagen?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat is niet gebeurd, om de reden die ik net noemde.

Mevrouw **Mutluer**:

Zou dat in uw ogen niet beter zijn in de toekomst?

De heer **Van Dissel**:

Ik heb heel veel Europese contacten gehad in deze periode; dat kunt u zich misschien voorstellen. Dat was een soort lotgenotencontact. Dat was wel nodig. Elk land doet het anders; daar komt het op neer. De meest

radicale wisselingen had Engeland. Engeland had de zogenaamde SAGE-groep, de Scientific Advisory et cetera. Die was eerst volledig gesloten. Er mocht niet eens bekend worden wie er in die groep zaten. Die gaf adviezen aan de regering. Dat vond men al snel niet acceptabel. Zoals wel vaker gebeurt, schiet het dan meteen de hele andere kant op. Toen moest er een SAGE-groep worden gevormd die gewoon via streaming, zoals we dat op het moment ook doen, door iedereen moest worden gevolgd. Toen kwam meteen al het probleem dat ik net schetste naar voren. Als er in het OMT iemand zit die een bepaald standpunt heeft dat bijvoorbeeld aansluit bij een beroepsgroep in de maatschappij, dan kunt u zich voorstellen dat het al heel snel troebel water wordt. Dat wil je gewoon niet.

Mevrouw **Mutluer**:

Was het niet beter geweest om die verslagen geanonimiseerd openbaar te maken voor in de toekomst?

De heer **Van Dissel**:

Ik persoonlijk denk van niet. Ik heb dat ook gewoon tegengehouden, dus als het niet goed is, is dat mijn fout. Maar ik wil daar wel nog een ding over zeggen. Wat mij betreft is het product van het OMT het OMT-verslag. In de notulen – ik weet dat u daar wel in heeft gekeken – staat nauwelijks meer informatie dan in het OMT-verslag. De reden daarvoor is dat de OMT-brief naar mijn idee al uitvoerig genoeg was. Daar staat gewoon alles in wat relevant is voor de discussies. Vandaar dat ik er zeker geen voorstander van was om dan nog eens – vaak was dat ook nog met een vertraging van weken – notulen naar buiten te brengen. Dat je dat intern wilt doen: natuurlijk. Maar ik zag niet de toegevoegde waarde om dat naar buiten toe te doen.

Mevrouw **Mutluer**:

De verslagen waren dus nog ...

De heer **Van Dissel**:

Die zijn vertrouwelijk, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Even om af te ronden: u vindt het niet nodig om ze openbaar te maken?

De heer **Van Dissel**:

Wat betreft een OMT-brief zeg ik: absoluut. Iedereen moet namelijk

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

kunnen zien wat het OMT adviseert en vervolgens ook, gewoon door te bekijken wat er eigenlijk gebeurt, wat de politiek er wel of niet uit overneemt. Dat is natuurlijk heel erg belangrijk om de rollen van het OMT, zijnde wetenschap en politiek, dus de hele politieke beoordeling van de geadviseerde maatregelen, apart te maken. Dat doe je door de OMT-brief publiek te hebben. Die is publiek. Die is nog steeds terug te vinden op de websites, ook op die van de Tweede Kamer, denk ik. In een intern verslag staan soms dingen die helemaal niet relevant zijn voor de brief, maar die men op dat moment naar voren brengt en vervolgens weer inslikt. Dat zou wel een heleboel incidenten kunnen opleveren in kranten. Daar waakten wij voor, dus dat bleef vertrouwelijk.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik dank u. Ik heb nu even geen vragen op dit onderwerp.

De **voorzitter**:

Dan geef ik direct collega Poortman het woord voor het volgende onderwerp.

De heer **Poortman**:

Dank u wel. Ik heb over het vorige onderwerp nog één vraag, die bij mij is blijven hangen, over de vertrouwelijkheid met betrekking tot het reglement. Is dat een algemeen reglement van het OMT? Of hangt die vertrouwelijkheid samen met uw voorzitterschap?

De heer **Van Dissel**:

Nee. Dat is een reglement dat u terugvindt – alles is verder open – op de RIVM-website.

De heer **Poortman**:

Het is dus niet aan het voorzitterschap gekoppeld?

De heer **Van Dissel**:

Nee.

De heer **Poortman** (CDA):

Het is dus een algemeen reglement?

De heer **Van Dissel**:

Ja. Er is ook een folder over hoe het OMT functioneert, over überhaupt de

hele responsstructuur bij infectieziekten. In de folder staat precies hetzelfde als ik net heb toegelicht.

De heer **Poortman**:
Helder.

Er wordt twee jaar lang vergaderd met vrijwel dezelfde groep mensen. Uit de crisisliteratuur blijkt dat er dan een risico is op onder andere het ontstaan van groupthink, groepsdenken, vasthouden aan de ingeslagen koers, zelfopgelegde tijdsdruk en fysieke en psychologische uitputting. Dat zijn wat zaken die uit ons onderzoek blijken. We hebben onderzocht wat zo'n crisis doet met mensen en het vasthouden aan een vaste groep mensen. Merkte u in uw team of het team – ik weet niet hoe u dat ziet – iets van de zaken die ik noemde, namelijk het ontstaan van groupthink, de ingeslagen koers waaraan wordt vastgehouden, zelfopgelegde tijdsdruk en fysieke en psychologische uitputting?

De heer **Van Dissel**:
Je bent altijd oplettend voor welk signaal dan ook. We hebben een aantal keren een soort retraite gehouden.

De heer **Poortman**:
Hoe zag die eruit?

De heer **Van Dissel**:
Dan kom je met elkaar samen, althans via de bekende televisies, en dan bespreek je hoe men vindt dat het OMT functioneert. Een aantal van de zaken die u noemt, komen daar natuurlijk bij kijken.

De heer **Poortman**:
Dit soort signalen werd dus ook aangegeven?

De heer **Van Dissel**:
Nee, dit soort signalen wordt besproken, want die kennen wij natuurlijk ook. Het laatste wat je wilt, is dat er een soort elitegroep ontstaat die wel weet hoe het moet.

De heer **Poortman**:
Voor mijn beeld: het was niet zo dat OMT-leden met deze signalen

kwamen, maar u kende deze signalen en u wilde die zelf bespreken met het team?

De heer **Van Dissel**:

Zeker, zeker. Een van de belangrijkste dingen die meespelen en maken dat het OMT daar minder gevoelig voor is dan andere groepen misschien zijn, is het gegeven dat het hele OMT-gebeuren er is op vrijwillige basis. Als iemand ermee wil stoppen, stopt die daarmee. Ten tweede krijg je alleen maar een geringe hoeveel vacatiegeld. Het is niet iets wat apart in de beurs valt. Een veel belangrijker punt is dat de OMT-leden de hele week met de knieën in de modder staan. Dat betekent dat de ic-arts op de ic rondloopt. Je kan je voorstellen dat je in al die omgevingen ook een terugkoppeling krijgt. Zodra men weet dat je OMT-lid bent, heeft men van allerhande commentaar. Ik denk dat juist de manier waarop het werkt – het is dus niet een aparte groep die verder niks anders doet dan het OMT; dat is een constructie die in sommige landen gevolgd werd, maar dat hadden wij niet – vrijwaart dat dit soort gevaren ontstaan.

De heer **Poortman**:

Dat vrijwaart één type gevaar. Dan zitten we, denk ik, vooral op de psychologische uitputting. Mensen zijn vrijwillig, dus zij kunnen er wel of niet aan deelnemen wanneer ze willen. Het vrijwaart niet het andere type signalen die kunnen ontstaan, zoals groupthink en vasthouden aan een ingeslagen koers. Dat is natuurlijk een ander aspect.

De heer **Van Dissel**:

Zeker. Dat is altijd een risico. Maar ik geef juist aan dat zodra iemand van het OMT terugtrad in zijn werkrol, wat toch 80% van zijn tijd innam, niemand te beroerd was om zijn of haar mening direct te ventileren aan zo'n persoon; dat kunt u zich voorstellen. Juist de interactie van de OMT-leden in hun dagelijkse werk, of het nou een huisarts of een ouderengeneeskundige was, gaf natuurlijk meteen feedback op dit soort mechanismen. Ik ben het overigens totaal met u eens dat je daar zorgvuldig mee wilt omgaan. Wat betreft het feit dat het OMT zo lang door heeft moeten gaan: natuurlijk krijg je een soort sociologie van de groep. Daar verwijst u in wezen naar. Je moet er bijzonder oplettend voor zijn om te zien dat het de dingen niet op een bepaalde manier gaat beïnvloeden. Wat daar overigens ook nog wel een rol bij speelt, is de fase van de uitbraak. De OMT-adviezen hadden natuurlijk een soort evolutie. Ik zal het

kort samenvatten, want u wilt vast verder. In het eerste deel voelden wij natuurlijk de verantwoordelijkheid voor het remmen van de uitbraak. Dat was echt een grote verantwoordelijkheid, die wij op onze schouders voelden rusten. Je bent een groep die, om het zo maar te zeggen, toch een kijk heeft op infectieziekten. Dat was buiten die groep natuurlijk toch minder vertegenwoordigd, denk ik, zeker in de politiek. Dan drukte zwaarder op je dat je wel alle doelen die gesteld werden, wilde bereiken, en dat er op de ic letterlijk geen zorgmogelijkheid meer was.

De heer **Poortman**:

We gaan het zo hebben over de doelen en de ic-capaciteit.

De heer **Van Dissel**:

Oké.

De heer **Poortman**:

Ik kom nog even terug op de evaluatie in augustus 2020, die ik eerder noemde. Toen al waren er signalen van OMT-leden die zeiden: we zouden misschien toch wel een andere werkvorm willen hanteren, zoals een compacter team en door te rouleren. Daar is toen niet voor gekozen. Er is met die signalen eigenlijk niks gedaan. Hoe verklaart u dat?

De heer **Van Dissel**:

Nee, daar zijn wel dingen mee gedaan. Ik noemde net al dat juist voor sommige onderwerpen van een deel van het OMT groepen werden gemaakt die heel specialistisch op dat onderwerp waren. Daarnaast was er over het algemeen een ondersteunende groep, die bijvoorbeeld vanuit de LCI van het RIVM kwam. Dat is de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, waar een heleboel specialisten werken die bekend zijn met het opstellen van allerlei richtlijnen. Die kwamen samen in kleinere groepen om het voorwerk te doen, juist om dit punt te adresseren. Zo werd niet het hele OMT belast met allerlei specifieke vragen die veel beter kunnen worden voorbereid door specialisten. Dat hebben we niet alleen voor dit onderwerp gedaan. Gisteren heb ik even geluisterd naar het verhaal van de heer Van Koesveld. Die haalde dit ook aan als voorbeeld en zei dat er, toen mondkapjes in de zorg en met name in de verpleeghuizen een belangrijk onderwerp werd, gekozen werd voor een werkvorm waarbij een deel van de LCI samenkwam met specialisten vanuit de verschillende koepelorganisaties en met de

ouderengeneeskundige en dergelijke om richtlijnen op te stellen die in die situatie toepasbaar zijn. Dat kunnen we niet allemaal op het RIVM verzinnen zonder dat we de context van de verpleeghuizen kennen. Je doet dus een heleboel samen met het veld. Uiteindelijk resulteert dat in een voorstel, dat uiteindelijk door de politiek gefiatteerd moet worden. Dat voorstel komt dan in het OMT. Dan wordt daar breder naar gekeken, maar dan zijn de dimensies als het ware neergelegd in een nota waarover je een besluit kan nemen. Dat gebeurde dus eigenlijk heel veel.

De heer **Poortman**:

Ik kom op het nemen van maatregelen. We hadden het net al over de samenstelling van het OMT. Dat punt kwam ook bij de heer Van Koesveld aan de orde. Kwetsbaarheid kun je op twee manieren zien. Je hebt mensen die kwetsbaar zijn voor het virus. Daar is de aandacht heel erg naar uitgegaan. Hoe beschermen we die mensen? Je hebt ook mensen die kwetsbaar zijn voor de maatregelen die vervolgens volgen en die vooral lijden aan de negatieve gevolgen van de maatregelen in plaats van aan het virus als zodanig. Hoe is dat meegewogen in het OMT-advies?

De heer **Van Dissel**:

Dat kunt u, denk ik, heel duidelijk terugvinden in het OMT-advies van, ik dacht, 20 april. Wij vonden uiteindelijk dat juist deze punten meer aandacht verdienden. In het OMT-advies van, ik dacht, 20 april hebben wij ongevraagd gezegd: "Kabinet, realiseer je dat wij over medisch-epidemiologische advisering gaan. Maatschappelijke consequenties, economische consequenties en sociaalpsychologische consequenties moeten ook worden meegewogen." Daar waren wij 100% voorstander van, maar niet in het OMT, althans niet in ons OMT. Daarvoor moesten werkvormen gevonden worden, waardoor dat ook aan bod kwam.

De heer **Poortman**:

We hebben het dan eigenlijk over een bredere afweging van de adviezen die u geeft.

De heer **Van Dissel**:

Ja, maar er zijn natuurlijk vele adviezen mogelijk. Die hoeven helemaal niet gekoppeld te worden aan een OMT-advies.

De heer **Poortman**:

U zegt: dat hoort eigenlijk niet in het OMT als zodanig thuis.

De heer **Van Dissel**:

Nee, zeker niet.

De heer **Poortman**:

Die zouden van buiten het OMT moeten komen ...

De heer **Van Dissel**:

Ja.

De heer **Poortman**:

... en op een andere plek meegewogen moeten worden?

De heer **Van Dissel**:

Ja, zeker. Wij waren niet zozeer voorstander van het MIT, dat later gekomen is. Daar kunnen we het misschien een andere keer over hebben. Maar wij waren er zeer sterk voorstander van dat alle punten die u noemt, de negatieve effecten in de samenleving, natuurlijk moesten worden meegewogen. Hoe doe je dat? Dat kan niet door sociologen, economen en psychologen bij het OMT te zetten. Die hebben een hele andere methodologie en een hele andere proportionaliteitsgedachte. Maar die moet je wel verzamelen om uiteindelijk als kabinet mee te wegen in je besluit. Dat is wat we in die brief – overigens staat het er twee keer in; we zijn er later nog op teruggekomen – aangaven, zo van: wij vinden het belangrijk dat het geregeld wordt, want wij kunnen het niet doen.

De heer **Poortman**:

Tegelijkertijd ... Daarom refereer ik aan het gesprek dat we maandag hadden met de heer Kluytmans, die aangaf: er was steeds aandacht voor de maatschappelijke impact. Ik kan mij voorstellen dat het dus wel op tafel kwam. Hoe werd uiteindelijk bepaald: we nemen het toch niet mee in het advies, hoewel het wel onderdeel van de discussie is geweest?

De heer **Van Dissel**:

Het was niet ... Voor de duidelijkheid: wij lezen allemaal de krant en krijgen allemaal brede informatie binnen. Als in de krant staat dat jongeren meer gevoelens van depressiviteit hebben en dergelijke, speelt dat natuurlijk in je hoofd mee. We zijn geen technocraten die ongevoelig

zijn voor dit soort zaken. In die zin neem je dat dus mee. Tegelijkertijd bewaakten we natuurlijk toch met z'n allen nauwkeurig dat wij op het medisch-epidemiologische vlak zaten. Het is niet onze expertise en wij kunnen onvoldoende duiden wat je daar wel of niet mee kan doen. Natuurlijk kwam dat weleens ter sprake. Zeker als we het over scholen hadden, was dat natuurlijk een punt, zoals u overigens ook kunt terugvinden in OMT-brieven. Maar dit was niet een systematisch punt dat meewoog in waar het ons uiteindelijk om ging, namelijk het virus, de verspreiding van het virus, maatregelen die de verspreiding beïnvloeden en wat we konden verwachten van verschillende maatregelen, de druk op de maatschappij, op de zorg et cetera.

De heer **Poortman**:

U geeft een paar voorbeelden waarin u in elk geval hint op mogelijke bijeffecten van de adviezen die u geeft. Dat zijn mijn woorden, hoor. Vond u dat het kabinet die adequaat oppakte?

De heer **Van Dissel**:

Eerlijk gezegd vind ik dat uw werk en, voor de duidelijkheid, tijdens de uitbraak was dat het werk van de Tweede Kamer.

De heer **Poortman**:

U bedoelt van de commissie of van de politiek in brede zin?

De heer **Van Dissel**:

Ik vind dat het werk van het hele parlement gedurende de coviduitbraak. Natuurlijk doet u de evaluatie, terecht. Kijk er zorgvuldig naar of u vindt dat het voldoende is meegenomen.

De heer **Poortman**:

Hoe beoordeelde u dat op dat moment? Hoe zag u dat het kabinet daarmee omging?

De heer **Van Dissel**:

U vraagt naar mijn beoordeling. Dat betekent dat ik daar een oordeel over moet hebben.

De heer **Poortman**:

Dat mag u hebben.

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat mag ik zeker hebben, maar dat ga ik hier niet ventileren. Maar wat ik u wel wil meegeven, is wat ik heb gezien.

De heer **Poortman**:

Het zou ons enorm helpen als u wel dat oordeel ...

De heer **Van Dissel**:

Ik kan u meegeven wat ik heb gezien van wat er onder andere mee gebeurde. We hebben een tijd een groep gehad, ik dacht onder voorzitterschap van Halsema, die specifiek deze problematiek inbracht in het Catshuis, samen met de heer Putters, ook geen onbekende.

De heer **Poortman**:

U bedoelt van het SCP, het Sociaal en Cultureel Planbureau.

De heer **Van Dissel**:

Ja, precies. Ik weet dat het een aantal keren in de Kamer is besproken en dat er ook een reactie is geweest van het kabinet over hoe het dat wilde oppakken. Vervolgens werd er een specifieke ambtenaar benoemd – ik dacht dat die ook door u verhoord wordt – die dat verzamelde. Die haalde dat op bij departementen en daarbuiten. Die maakte daar, voor de duidelijkheid, een document van. Dat document ging, voor zover ik weet, steeds naar de Tweede Kamer toe, om te laten zien hoe die beoordeling was. Uiteindelijk resulteerde dat in de vorming van een aparte groep, het Maatschappelijk Impact Team. Nou ja, dat werd gevormd op een moment, vond ik zelf, waarvan je je kan afvragen: oké, we zijn ongeveer aan het afsluiten; wie doet het licht uit in de kamer?

De heer **Poortman**:

Dat had eerder ingericht moeten worden, wat u betreft.

De heer **Van Dissel**:

Als je het zo wilt doen, had je dat misschien eerder willen doen. Ik vind de beoordeling van of er steeds voldoende is gedaan op dit vlak toch vooral liggen bij de Tweede Kamer, die uiteindelijk controleert wat het kabinet doet. Althans, zo heb ik dat begrepen.

De heer **Poortman**:

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

De heer **Van Dissel**:

Ja.

De **voorzitter**:

Collega Mutluer, heeft u op dit onderwerp nog vragen?

Mevrouw **Mutluer**:

Alleen om het goed te begrijpen. Het OMT baseerde de adviezen op zijn medische en virologische expertise. U vond dat de maatschappelijke, sociale en economische impact van de adviezen die u gaf, niet hoorde binnen het OMT.

De heer **Van Dissel**:

Dat is juist. Dat vat u duidelijk samen. Als ik nog iets mag toevoegen: de fase van de crisis maakt uit. In het begin heb je veel onbekendheid. Er is ook onbekendheid bij het publiek, bij de politiek. Nu weet iedereen wat een "reproductiegetal" is. Ik schat in dat dat toen toch een stuk lager lag. Dat in de eerste fase wellicht meer aandacht is voor het medisch-epidemiologische verhaal en voor de inbreng van het OMT, dat heb ik overal zien gebeuren. Dat zag je in alle Europese landen. Er is altijd de neiging om in een acute crisis te gaan centraliseren. Er is urgentie: we moeten nu wat doen en we maken gebruik van technische adviezen.

Maar in de tweede fase – dat kunt u zich ongetwijfeld ook herinneren – was de reactie in de maatschappij toch anders. Men was veel meer bekend met het virus en de consequenties ervan, wat het deed voor de eigen omgeving en hoe dat werd meegewogen. Kortom, de context van maatregelen werd veel breder. Dat ziet u ook terug in de vraagstellingen van het kabinet aan het OMT. In die fase is dit, denk ik, heel erg belangrijk.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik zie ook in ons onderzoek dat er momenten zijn geweest – denk aan de avondklok waarbij u een ander tijdstip als ingangstijd adviseerde, zodat de jeugd kon sporten – waarop de impact op de maatschappij wel in jullie adviezen werd meegenomen, terwijl u net zei dat die afweging eigenlijk niet in het OMT thuishoorde.

De heer **Van Dissel**:

Nee, maar ik heb u ook gezegd dat we een uitzondering hebben gemaakt

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

voor kinderen en jeugdigen. Dat ziet u hier ook in terug. Dat zag u eerder ook terug in de uitvoerige brieven die we hebben geschreven over schoolsluiting, niet in de eerste fase, want daar waren we faliekant op tegen, maar in latere fases. Dan neem je dit soort harde gegevens gewoon mee, daarbij ook al modellerend wat de gevolgen zijn.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus het OMT ging eigenlijk over medisch-epidemiologische aspecten bij het geven van adviezen. In een latere fase namen jullie wel de impact mee, terwijl het eigenlijk niet hoort binnen het OMT.

De heer **Van Dissel**:

Nee, maar u stelt ... Ja, u moet uw mening hebben ...

Mevrouw **Mutluer**:

Ik probeer het samen te vatten.

De heer **Van Dissel**:

Maar ik denk dat u dit echt veel te absoluut stelt. Ik heb u net verteld dat er gewoon uitzonderingen zijn waarbij dat meer speelde dan in het algemeen. Die uitzonderingen kunt u terugvinden in de tekst van de brieven. Die betroffen toch vooral de schooljeugd, de jongeren, die heel erg geraakt werden door de maatregelen. Maar de impact van het virus op jongeren was eigenlijk heel gering. Dat realiseerden we ons ook. Want het aantal ziektes onder jongeren, met name ernstige ziektes, was natuurlijk niet te vergelijken met de ziekte-impact wanneer je 70-plus was. Daar was een verschil van 500 tot 700 keer wat betreft de sterfte. Dan heb je een groep die eigenlijk nauwelijks geraakt wordt door het virus en die je eigenlijk zo veel mogelijk ruimte wilt geven. Waarom? Omdat je weet dat, als je die ruimte geeft, dat geen negatief gevolg heeft voor de verspreiding van het virus over de rest van de maatschappij.

Mevrouw **Mutluer**:

Dank u wel.

De heer **Van Dissel**:

Ja.

De **voorzitter**:

Mijn collega's hebben een aantal vragen gesteld over advisering. Ik wil

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

eigenlijk terugkomen op een uitspraak van u in het verhoor over het advies rondom de heropening van de scholen. U gaf toen aan dat het misschien nog wel het belangrijkste was dat een aantal leden van het OMT zelf ook vader of moeder zijn. Is dat relevant?

De heer **Van Dissel**:

We staan allemaal in de maatschappij. We krijgen druk van alle kanten. Natuurlijk is dat relevant. Ik ga niet naar het RIVM om bij de voordeur de knop "ik ben mens" uit te schakelen. Ik bedoel: natuurlijk neem je dat mee.

De **voorzitter**:

Vroeger heb ik gevoetbald, maar ik zal geen bondscoach worden, dus de vraag is in hoeverre ervaringsdeskundigheid ... Dat is iets anders dan de expertise waarmee iemand bij het OMT aan tafel zit.

De heer **Van Dissel**:

Maar nou chargeert u, denk ik, wat ik gezegd heb. Ik heb niet gezegd dat ik, omdat we kinderen hebben, anderen bel om te vragen: "Wat zal ik doen? Heb je er last van? Nou, dan doen we het niet." Natuurlijk niet. Maar je realiseert je wel de impact van het geheel in de maatschappij. Je realiseert je het drama dat in verpleeghuizen is gebeurd. Ik kan het niet anders zien dan dat dat gewoon een consequentie is. Je neemt nu eenmaal ook deel aan de maatschappij. Dat neemt niet weg dat je, wanneer je in een OMT-vergadering zit, natuurlijk wel degelijk onderscheid kan maken tussen reële medisch-epidemiologische argumenten en dat wat er echt buiten komt, wanneer je beoordeelt of bepaalde maatregelen wel of niet geadviseerd moeten worden.

De **voorzitter**:

Het lijkt mij heel lastig. Het is ook niet met een schartje te knippen wat je meeneemt vanuit je expertise en wat je meeneemt vanuit de maatschappij. Waar ligt dan de weging volgens u?

De heer **Van Dissel**:

Toch gewoon bij je professionaliteit. Er zaten allemaal professionals in. We hebben allemaal een historie in patiëntencontacten, in medisch microbiologische zaken. Ook dat doe je. Dat kun je wel degelijk losmaken,

als je je maar bewust bent – dat waren we echt wel – van dit soort zaken, namelijk dat je nu eenmaal meedoet aan de maatschappij.

De **voorzitter**:

Oké, dank u wel. Dan gaan we naar het volgende onderwerp. Daarvoor geef ik het woord aan collega Mutluer.

Mevrouw **Mutluer**:

We gaan naar de signalen over de besmettelijkheid van het virus. Het RIVM brengt tijdens de pandemie richtlijnen uit, onder andere voor testen op corona. Tot half maart 2020, zo blijkt uit ons onderzoek, is de richtlijn om te testen bij mensen die een of meer luchtwegklachten hebben en recent in een gebied zijn geweest waar corona heerst, of die contact hebben gehad met een coronapatiënt. Half maart 2020. Er wordt nadrukkelijk geadviseerd om personen die hier niet aan voldoen niet te testen. Waar was half maart 2020 deze testrichtlijn op gebaseerd?

De heer **Van Dissel**:

Ja. Testen doe je niet om te testen. Een test lost ook helemaal niks op, dus een test moet een gevolg hebben. Aanvankelijk was het zo, met name gebaseerd op wat we hadden geleerd vanuit de WHO, dat je voor jezelf een idee maakte van hoe corona eruitzag. U weet dat het virus heel erg op het SARS-virus lijkt.

Mevrouw **Mutluer**:

Waarin leek het op SARS? Misschien kunt u ook uitleggen wat SARS is.

De heer **Van Dissel**:

Sorry, het SARS-virus was het virus dat, ook vanuit China, in 2003 een wereldwijde uitbraak gaf. Die was overigens veel beperkter. Uiteindelijk bleek het een ander klinisch ziektebeeld te zijn. Maar het feit dat de eerste rapportages uit China duiden op een ernstig ziektebeeld en dat de eerste rapportages van de WHO daarop duiden, bijvoorbeeld dat zo goed als iedereen koorts had, maakte dat we ons initieel natuurlijk met name voorbereidden op het idee: nou, dit kan heel goed een nieuwe variant van dat oude SARS-virus zijn. Want zoals u weet, is dit ook een SARS-virus. Alleen, het eerste noemden we CoV-1 en dit noemden we CoV-2. Uiteindelijk zitten er subtiele verschillen tussen, maar ze zijn in grote

mate gelijk. Maar het belangrijkste verschil was dat dit uiteindelijk een heel ander klinisch ziektebeeld bleek te veroorzaken.

Mevrouw **Mutluer**:

Klopt het dan dat deze richtlijn over testen vooral was gebaseerd – dat hoor ik u zeggen – op de eigenschappen van SARS-1? Dat was dus het eerdere coronavirus dat in 2003 in China rondging en dat pas besmettelijk was bij duidelijke symptomen. Klopt dat?

De heer **Van Dissel**:

Zeker. Totdat we signalen hadden dat we dat anders moesten zien – daar kunnen we nog op terugkomen – was dit het uitgangspunt van de surveillance.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat bedoelt u daarmee?

De heer **Van Dissel**:

Sorry, van de manier waarop je probeert te kijken hoe het virus rondgaat. Dat noemen we "surveillance". Ik denk dat het van belang is ... We hadden weliswaar de berichten dat er in China wat rondging, maar we hadden heel weinig harde gegevens daarover. Die heb je gewoon nodig. Hoelang is het besmettelijk? Wanneer is het besmettelijk? Hoelang ben je ziek? Hoeveel moeten er naar het ziekenhuis? Al dat soort gegevens ontbrak. Toen heeft de WHO een groep van deskundigen, westerse infectieziektespecialisten, naar China gestuurd. Die heeft een inventarisatie gemaakt van, uiteindelijk, de eerste 72.000 gevallen van de infectie in China. Dat leverde een beeld op. Dat beeld werd teruggekoppeld ...

Mevrouw **Mutluer**:

Wanneer was dat?

De heer **Van Dissel**:

Eind januari. Dat beeld was natuurlijk bepalend voor de manier waarop wij aanvankelijk naar dat virus keken. We hadden geen andere informatie.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus de Wereldgezondheidsorganisatie ...

De heer **Van Dissel**:

Ja, de WHO.

Mevrouw **Mutluer**:

De WHO had eind januari ...

De heer **Van Dissel**:

Dat rapport.

Mevrouw **Mutluer**:

... het rapport naar buiten gebracht. Wat stond er concreet in dat rapport over de besmettelijkheid van het nieuwe virus?

De heer **Van Dissel**:

Daar stond in dat het zeer waarschijnlijk een druppelinfectie was. Het toonde met name een aantal van de karakteristieken van de klachten die mensen hadden die aan dat virus leden. Dat was uiteraard het ingangspunt van onze casusdefinitie. Achteraf gezien was dat natuurlijk niet juist; laat dat helder zijn.

Mevrouw **Mutluer**:

Wanneer wist u dat het achteraf gezien niet juist was?

De heer **Van Dissel**:

Dan ga je een paar weken verder. Toen kregen we andere signalen, bijvoorbeeld uit het onderzoek dat we hebben gedaan met de ziekenhuizen in Brabant, namelijk dat niet alleen de top van de piramide belangrijk was, maar dat wellicht een deel van de infectie zich überhaupt onder de medische radar afspeelde. Dat is echt een blikopener. Dan ga je ook totaal anders naar de bestrijding kijken.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat onderzoek kennen wij inmiddels, vanuit de gesprekken die wij hebben gehad. Dat werd gedaan tussen – wat was het? – 6 en 8 maart.

De heer **Van Dissel**:

Nee, 7 en 8 maart.

Mevrouw **Mutluer**:

7 en 8 maart.

De heer **Van Dissel**:

Dat betekent niet dat de uitslag bekend is, want er moet bepaald worden. Er moeten allerlei sequentieanalyses gedaan worden.

Mevrouw **Mutluer**:

Ja.

De heer **Van Dissel**:

Maar dat werd in de loop van die week bekend.

Mevrouw **Mutluer**:

Tot half maart is de richtlijn om te testen bij mensen die een of meer luchtklachten hebben en die recent in het gebied zijn geweest.

De heer **Van Dissel**:

Ja maar, dat ...

Mevrouw **Mutluer**:

Dus mijn concrete vraag is opnieuw ...

De heer **Van Dissel**:

Ik begrijp wat uw vraag is, dat u wilt duiden dat we blijkbaar deficiënt waren in het aanpassen, maar het is toch anders gegaan. Dat kunt u overigens ook terugvinden op tijdlijnen die wij ook gepubliceerd hebben. Kijk, zoals mevrouw Koopmans hier verteld heeft, hebben wij een bepaald opschalingssysteem van de laboratoria. We beginnen met het Erasmus en het RIVM. Die valideren nieuwe testen. Dan gaat het naar twaalf opschalingslaboratoria. Vervolgens gaat het naar weer het dubbele aantal medisch microbiologische laboratoria. In die fase is de casusdefinitie van wanneer je wel of niet test al veranderd. Ik heb in uw Kamer al laten zien dat we dat bijvoorbeeld bij elke patiënt die naar het ziekenhuis moest al meteen hebben losgelaten. Dan was de casusdefinitie helemaal niet meer van belang. Iedereen met klachten aan de luchtwegen waar je niet meteen een andere reden voor had, moest je op covid testen. Dat was al in de eerste week van maart, geloof ik. Zodra de medisch microbiologische laboratoria – dat was ook rond die tijd – waren opgeschaald, hebben we in overleg met de NVMM, de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, de casusdefinitie veranderd. We hebben het allemaal of-of-of gemaakt.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar even terug. Even terug. We hebben het hier over de testrichtlijnen van half maart. Die waren gebaseerd op de eigenschappen van SARS-1, naar aanleiding van een rapport, zegt u ...

De heer **Van Dissel**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

... van de Wereldgezondheidsorganisatie van januari. Uit ons onderzoek blijkt dat de Wereldgezondheidsorganisatie in maart ook aangaf dat mensen twee dagen voor klachten ook besmettelijk konden zijn. Dat werd, hoor ik u zeggen, op dat moment niet meegenomen.

De heer **Van Dissel**:

Ja, maar weet u, u stelt het veel te absoluut. Dit zijn gewoon schuivende panelen.

Mevrouw **Mutluer**:

Legt u dat uit.

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat wil ik zeker uitleggen. U houdt vast aan die casusdefinitie, omdat dat blijkbaar ergens op een website staat, maar ik legde u al uit dat de definitie van testen in de praktijk al helemaal was aangepast. We hadden eerst een min of meer obligate verbinding met koorts, want dat was eigenlijk het belangrijkste dat eraan veranderde. Ik vertelde u al dat we begin maart al hadden afgesproken dat oudere mensen, waarvan we weten dat ze lang niet altijd koorts maken bij infecties, helemaal geen koorts hoefden te hebben als ze getest werden. Vervolgens, toen het zich verspreidde naar de andere medisch microbiologische labs, hebben we met z'n allen gezegd dat we ons niet goed voelden bij dat koortscriterium, dus dat we dat ook schraptten. Dat neemt niet weg dat je voor testen in de publieke gezondheid die niet gericht zijn op patiëntenzorg, best nog langer een definitie kan aanhouden die wat nauwer is. Dat sluit elkaar helemaal niet uit. Die lopen gewoon naast elkaar. Nog even, want dat viel me in eerdere verhoren op en dat wil ik toch nog wel even opmerken, om in ieder geval mijn zijde van het verhaal te belichten: ik denk echt dat u veel te gemakkelijk aanhaalt dat het vóór klachten al besmettelijk is.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar dat wil ik graag aan u voorleggen.

De heer **Van Dissel**:

Daar ga ik u ook antwoord op geven.

Mevrouw **Mutluer**:

Wij hebben onderzoek gedaan. Uit ons onderzoek blijkt dat halverwege februari 2020 medewerkers van het RIVM, waar u verantwoordelijk voor bent – was, moet ik zeggen, op dat moment – vermoedden dat ook mensen die nog geen ernstige klachten hadden, het virus al verspreidden. Dat is halverwege februari. Mede hierdoor kan een epidemie een "ernstige tot catastrofale bedreiging vormen voor de nationale veiligheid". We hebben daar e-mails van gezien in onze stukken, daterend van 13 april 2020. Ook in de gesprekken die we hiervoor hebben gehad, met onder anderen mevrouw Koopmans en de heer Kluytmans, bleek dat er al in de beginfase zorgen waren over de besmettelijkheid van het nieuwe virus. Sterker nog, er werd gezegd dat een epidemie kon leiden tot een ernstige tot catastrofale bedreiging voor de nationale veiligheid. Mijn vraag aan u is: als u die berichten ontvangt, hoe weegt u ze dan?

De heer **Van Dissel**:

Ja, serieus. Nogmaals, u stelt dit te absoluut.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar klopt het wat ik zeg, dat die mail op 13 februari u heeft bereikt?

De heer **Van Dissel**:

Ja, die mail ... U refereert, denk ik – maar ik heb 'm niet hier – aan een mail vanuit de modelleringsgroep, die er modellen op hebben losgelaten en zagen, uitgaande van gegevens die ze op dat moment hadden, dat dit een van de opties was. Ik kom daar zo op terug, want ik wil u eerst nog weer even meenemen naar het WHO-verhaal. In dat WHO-rapport over 72.000 mensen, waren er iets van – ik weet het aantal natuurlijk niet exact – 800 tot 900 personen die geen klachten hadden. Op de 72.000, voor de duidelijkheid. Dus laat hier nou niet het beeld ontstaan dat iedereen zonder klachten geweldig besmettelijk is.

Het tweede dan, met betrekking tot dat modelleringsrapport: ik zou teleurgesteld zijn geweest als die modellers niet flink hadden

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

gemodelleerd. Ik bedoel: daar betalen we ze voor. Dat modelleren doen ze van "het heeft nauwelijks effect" tot "het heeft zeer ernstige effecten". Dit was een van de modellen die ernstige effecten hadden. U vergeet wel te vermelden dat in dezelfde mails staat dat dit een modellering was zonder dat we iets deden. Dat is natuurlijk ondenkbaar. Als wij zien dat een infectie zich geweldig uitbreidt, gaan we wat doen. In het modelleringsrapport – lees het maar na – staat geen letter over wat voor acties je zou kunnen ondernemen. We hebben daarop contact gehad met de groep modelleers, die we overigens natuurlijk dagelijks in de gang zien, en besproken wat de consequenties zijn als je dat wel doet. Een van die acties die je kan nemen, is met name enerzijds het opsporen van mensen met klachten – nou, daar was heel Nederland zich al van bewust, denk ik – en anderzijds dat mensen met klachten en zeker met bevestigde covid, in isolatie gaan. Dan gaan de personen met wie die dagelijks contact heeft, over het algemeen de huisgenoten, in quarantaine. Degenen die dit gemodelleerd ...

Mevrouw **Mutluer**:

Even, voordat u verdergaat, over dat opsporen. Dat zegt u terecht: voor het opsporen van klachten moet je wel testen. Als de richtlijnen aangeven dat je alleen gaat testen bij een of meer luchtwegklachten en wanneer je recent in het gebied bent geweest, dan heb je dus een beperkt testbeleid. U zegt dat het opsporen van klachten belangrijk is. Wij weten, ook uit ons onderzoek, dat andere landen een ruimer testbeleid voerden en daardoor ook meer testmateriaal van de leveranciers kregen. Waarom adviseert het RIVM dan toch om niet ruimer te gaan testen?

De heer **Van Dissel**:

Ik moet helaas met u van mening verschillen over de inhoud van wat u zegt. Kijk, het gaat erom ...

Mevrouw **Mutluer**:

De inhoud komt overigens van de Algemene Rekenkamer.

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat is prima, maar ik ben niet de Algemene Rekenkamer. Ik ben OMT. Als u kijkt hoe we hebben gedefinieerd ... Voor het isoleren van iemand hoef je geen test uit te voeren. Laat ik daarmee beginnen. Dat is ook helemaal niet hoe we het gedaan hebben. De reactie op de gedachte dat

we een uitbraak hadden in Nederland, was dat we op, ik geloof, 1 maart al zeiden dat iedereen met klachten – iedereen met klachten, dus helemaal geen test – die uit een gebied kwam waar covid heerst, in isolatie moest, want die zou het in potentie kunnen hebben. Op 1 maart dus, maar misschien zelfs nog wel eerder. Dat kunt u ongetwijfeld terugvinden. Vervolgens hebben we naar aanleiding van de onrust, die we allemaal voelden, over wat er in Brabant gaande was – dan hebben we het over 5, 6 maart – gezegd ... Ik heb op 6 maart – dat kunt u ook nagaan – in alle televisiejournals, geloof ik, ertoe opgeroepen dat iedereen in Brabant die klachten had binnen zou blijven. Ook daar heb je geen test voor nodig. Dan betekent het gewoon dat je iedereen met klachten potentieel beschouwt als covid. We weten ook, terugkijkende naar het reproductiegetal, dat dat soort oproepen al effect heeft. Dus om effect te hebben ben ik niet afhankelijk van testen. U heeft ook gehoord hoe de burgemeester reageerde. Die had ook dit soort oproepen binnen Brabant. Ook daar weten we van dat die effect hadden. Dus om effect te hebben op de verspreiding van de uitbraak ben ik niet afhankelijk van testen. Natuurlijk wil je graag testen, omdat je dan een veel beter beeld krijgt van de hele uitbraak in de maatschappij. Dat is ook wat later gebeurde, toen we ook teststraten hadden en er geen tekort was aan testmaterialen.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar het klopt dat je, als je een beperkt testbeleid hebt, ook minder materiaal krijgt om te testen.

De heer **Van Dissel**:

Ik ben geen fabrikant van testmaterialen, dus ik heb geen idee hoe dat werkt. Gelukkig niet. Ik neem aan dat degenen die daar wel over gingen – er werd een aparte groep gevormd, met het ministerie en de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie – uitstekend in staat waren om te zorgen dat ze een aandeel kregen.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar even terug. We geven net aan dat uit ons onderzoek blijkt – u bevestigt dat ook – dat modellers vanuit het RIVM in februari al aangaven dat de epidemie best ernstig is en een dreiging vormt.

De heer **Van Dissel**:

Nee: kon zijn.

Mevrouw **Mutluer**:

Een vermoeden, "kon zijn". Een essentieel deel van de besmettingen gebeurde, staat er in die mail van februari, voor de eerste ziekteverschijnselen. Dat is beduidend anders dan bij SARS. Ik vroeg u net hoe u deze bevindingen, deze vermoedens, deze mail, heeft gewogen. U zei: serieus. Heeft u die signalen vervolgens ook gedeeld met de minister van VWS?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat ik in die tijd geen rechtstreeks contact met de minister had.

Mevrouw **Mutluer**:

Minister Bruins moet dat zijn geweest.

De heer **Van Dissel**:

In eerste instantie gingen de signalen natuurlijk via de ambtelijke kern van VWS. Volgens mij hadden we ook een ... Want dat was uiteindelijk ook de reden van dat mailtje met deze uitkomst. Daar lag een bijeenkomst aan ten grondslag. Daarin zullen we het ongetwijfeld hebben meegenomen. Maar ik wil nog wel even duidelijk maken dat het belangrijkste gevolg van deze modellering, waar ik niet anders dan heel blij mee was, was dat we ook hebben gevraagd aan de modelleringsgroep om na te gaan wat er gebeurt als we personen kunnen opsnorren – los van of je dat met testen doet – en als we oproepen tot zelfisolatie en quarantaine van contacten. Dat is ook doorgerekend. Volgens mij heeft u die mail ook. Daaruit is duidelijk dat de modellers aangeven dat je met die ingrepen, uiteraard afhankelijk van hoe ze worden opgevolgd, de R-waarde onder de 1 krijgt. Dat is ook waar het initiële beleid op gebaseerd is geweest.

Mevrouw **Mutluer**:

Als u die kennis heeft vanuit het RIVM – de vermoedens die worden geuit, zijn niet mals – vindt u het dan niet ... Er is geen contact tussen het hoofd van het RIVM met de minister van VWS op dat moment om dat aan de orde te stellen.

De heer **Van Dissel**:

Dan gaat u in op de procedure van contact met VWS. Ik had toen het meeste contact met de dg. Die zit rechtstreeks onder de minister.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat zeiden zij? Vonden zij dat niet een reden om op te schalen?

De heer **Van Dissel**:

Ja, maar achteraf is het heel simpel om het verleden te verklaren.

Mevrouw **Mutluer**:

Op dat moment. Ik probeer het te snappen op dat moment.

De heer **Van Dissel**:

Op dat moment hadden we dus verschillende modellen, waarvan één model toonde dat het ernstige consequenties kon hebben. Het model toonde overigens ook dat je, als je interventies deed, die ook zijn afgeroepen, namelijk isoleren en in quarantaine plaatsen, het zeer waarschijnlijk onder controle kon krijgen. Die twee opmerkingen zijn ongetwijfeld gedeeld. Ik kan me dat niet meer herinneren, maar ik kan me niet anders voorstellen dan dat we dat gewoon gedeeld hebben.

Mevrouw **Mutluer**:

U weet niet of dat vervolgens is opgeschaald richting de minister.

De heer **Van Dissel**:

Dat weet ik niet, maar er waren op dat moment natuurlijk talloze dingen gaande. Dit was één onderdeel daarvan. U moet rekenen dat we in deze fase natuurlijk ook opnieuw via surveillance ... Dat noemen we dan bijvoorbeeld het Nivel. We hebben huisartsen die voor ons patiënten met klachten van de luchtwegen bemonsteren en dat opsturen naar het RIVM. Op dat moment konden we ook al nagaan of dat virus erin zat. Die waren op dat moment allemaal negatief. Dus het is niet zo dat we toen het beeld hadden dat dit ruim rondging.

Mevrouw **Mutluer**:

En er is ook niet aan gedacht, met deze kennis in februari, om te besluiten om op een andere manier te gaan testen?

De heer **Van Dissel**:

U hangt zo aan dat testen. Ik heb u al uitgelegd dat dat testen in de loop der tijd allang veranderd was.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar niet op dat moment.

De heer **Van Dissel**:

Op dat moment was dat al veranderd, dus waarom moet ik het weer terugveranderen? Ik snap echt uw vraag niet helemaal, want volgens mij praten we een beetje langs elkaar heen. Met de laboratoria was allang afgesproken dat ook zonder koorts getest zou worden, want dat is dan misschien uw pijnpunt. Kijk, je kan niet iemand testen die presymptomatisch is. Hoe weet ik wie wel of niet klachten gaat krijgen overmorgen? Dus je moet je toch focussen op personen met klachten. Nou, de microbiologische laboratoria hadden allang die brede definitie. We hadden al eerder besloten dat we het bij ouderen ook breder zouden doen. Voor het testen bij de GGD was al afgesproken dat ze dat per geval overlegden met de LCI. Dat dat testpunt, dat u steeds aanhaalt, misschien nog achterblijft, is natuurlijk niet goed. Dat wil je misschien op dag één meteen aanpassen. Waarom dat niet gebeurd is, weet ik ook niet, maar ik weet wel dat we op dat moment allang veel breder testten.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik begrijp dat u zegt: de richtlijn was achterhaald. Was niet aangepast, moet ik zeggen.

De heer **Van Dissel**:

Nee, die is niet achterhaald. Die richtlijn, ook wie je wel of niet test, is continu veranderd, gedurende de hele uitbraak. U haalt nu één moment aan. Ik leg u uit dat er zelfs toen al meerdere parallelle gangen waren. Later hebben we natuurlijk dat hele testbeleid weer op specifieke groepen gericht, op verpleegkundigen, op kwetsbaren.

Mevrouw **Mutluer**:

U wordt op enig moment, 20 februari, naar de Tweede Kamer geboden voor een technische briefing, waarin u de besmettelijkheid van corona eigenlijk vergelijkt met een gewone griep, terwijl we uit brieven weten dat een van uw modelleurs aangaf dat een aanzienlijk deel van de besmettingen gebeurde voor de eerste ziekteverschijnselen en dat dat anders zou zijn dan bij SARS. Waarom heeft u er tijdens de technische briefing voor gekozen om toch minder alarmistische bewoordingen te kiezen, gezien de informatie die toen al bekend was bij u?

De heer **Van Dissel**:

U verwijst nu naar een plaatje dat ik me goed herinner. Voor de duidelijkheid: dat was het SARS-CoV-1-virus waarmee ik het vergeleek. We hadden toen nog geen SARS-CoV-2-informatie die totaal en inzichtelijk was.

Mevrouw **Mutluer**:

Even voor de duidelijkheid, voor degenen die dat niet weten: wat is het verschil?

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat is namelijk heel erg belangrijk, dus dat zal ik u uitleggen. We hebben net al even aangehaald dat het SARS-CoV-1-virus, het virus dat in 2003 rondging, de goede eigenschap had dat het pas besmettelijk was op het moment dat iemand al klachten had. Tegelijkertijd liet ik bij het influenzavirus zien, in groene en rode balkjes om de besmettelijkheid en de klachten aan te geven, dat dat bij influenza al anders lag, want bij influenza heb je ook een zekere presymptomatische fase die heel vergelijkbaar is met het SARS-CoV-2-virus. Wat ik in de Kamer heb geïllustreerd, zijn juist de goede eigenschappen van SARS-CoV-2 ten opzichte van de, wat dat betreft, veel verraderlijkere eigenschappen van het influenzavirus. Op dat moment kon ik nog niet het SARS-CoV-1, dat toen nog het Wuhanvirus heette, toevoegen, omdat we die informatie nog niet hadden. Juist dit punt van het succes van contactisolatie en quarantaine kon ik heel mooi aan de hand van deze twee gevallen illustreren.

Als je een paar pagina's verdergaat in die technische briefing – niet dat ik die weer helemaal voor de geest heb, maar ik herinner me wel dat ik dit soort plaatjes heb laten zien – zie je dat ik ook het verschil heb laten zien tussen SARS-CoV-1 en SARS-CoV-2 op grond van de cijfers uit China. De verschillen waren bijvoorbeeld: de hoge sterfte van het eerste type versus de aanmerkelijk lagere sterfte, op dat moment geschat rond 2,5%, van het SARS-CoV-2-virus.

Mevrouw **Mutluer**:

Het wordt erg technisch nu.

De heer **Van Dissel**:

Maar goed, ik geef alleen maar aan dat ik toen juist bedoeld heb de Kamer mee te nemen in de verschillen tussen die virussen en hoe belangrijk de eigenschappen van dat virus zijn en hoe je het kan aanpakken.

Mevrouw **Mutluer**:

Het feit dat het besmettelijk was zonder dat de ziekteverschijnselen echt zichtbaar waren, zag u dat als een scenario?

De heer **Van Dissel**:

Dat werd zeker als een scenario gezien, maar dat was op dat moment nog niet zo duidelijk als hoe we er nu misschien over praten. Het wordt in modelleringen meegenomen, want daarvoor doe je modelleringen. Je kan geen enkel model vertrouwen, maar sommige zijn bruikbaar. Dat is altijd hoe we modellen samenvatten.

Mevrouw **Mutluer**:

Ondanks de internationale berichten die u ontving via ...

De heer **Van Dissel**:

Dat wilde ik even noemen. Er was toen het verhaal van het geval uit Duitsland, wat u ook hoorde van mevrouw Koopmans. Dat was eigenlijk het eerste geval waarbij gesuggereerd werd dat er sprake was van overdracht binnen een kleine groep van iemand die nog geen klachten had. Dat was iemand die uit China was gekomen. Die had een bepaalde businessconferentie met een aantal andere personen uit Duitsland. Vervolgens was die conferentie afgelopen. Toen werd die man overigens meteen ziek. Toen bleek dat tijdens die conferentie zeer waarschijnlijk een viertal andere personen was besmet. Dat heeft geleid tot een publicatie in de New England Journal van ...

Mevrouw **Mutluer**:

Wanneer was dat ongeveer?

De heer **Van Dissel**:

Ik dacht ergens eind januari. Dat is wat in het Westen de ogen deed openen: is er misschien presymptomatische overdracht en hoe belangrijk is dat eigenlijk? Dan moet ik er meteen aan toevoegen dat dat één rapportage is in een wetenschappelijk tijdschrift. Het zal u niet verwonderen dat alle wetenschappers zich op deze rapportage hebben

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

gestort. Dat kunt u vinden in de ingezonden brieven in de weken erop. Dat zeg ik u niet helemaal zonder reden, want om mijn probleem te illustreren wil ik u dan nog een ander geval noemen, dat tegelijkertijd speelde. Tegelijkertijd kwam ook naar voren dat de Chinese ambassade in Parijs in hoge nood bezig was om iemand uit China op te sporen. Dan zou je zeggen: nou, waarom zouden ze dat doen? Die persoon was net uit China, uit het gebied, naar Parijs gevlogen, en die had op haar Facebookpagina gepocht dat ze door de controles van de Franse douane was gekomen – want er werd gecontroleerd op koorts – door de inname van NSAID's in het vliegtuig. Dus dat was iemand die er om het land binnen te komen moedwillig voor had gezorgd dat ze geen koorts had, terwijl ze wel klachten had. Weet je, dit soort dingen gebeuren.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar ik wil het begrijpen. Als er internationaal al berichten waren dat iemand ziek kon zijn zonder ziekteverschijnselen en als u in februari een e-mail van uw eigen modelleur krijgt waarin staat dat het beduidend anders is dan SARS ... Mevrouw Koopmans heeft er ook melding van gemaakt dat op 20 februari tijdens een technische briefing de besmettelijkheid wordt vergeleken met de gewone griep. Hadden we half februari ...

De heer **Van Dissel**:

Dat bestrijd ik echt. Dan moet u de tekst van de technische briefing lezen, die ik ook heb. Het ging toen om de vergelijking tussen een infectie die je wel en die je niet tijdig kan oppikken, omdat de klachten en de besmettelijkheid wel of niet synchroon lopen. Dat was het punt op de technische briefing. Dat maakte toen ongetwijfeld duidelijk aan de toen aanwezige Kamerleden dat het bij SARS-CoV-1 dus heel goed kon en bij influenza veel minder. Dat weten we ook. Dat had natuurlijk consequenties voor hoe je naar een nieuw virus kijkt. Dan wil je dat soort informatie dus hebben. Ik heb u net al genoemd dat van de 72.000 gevallen die geanalyseerd werden door de WHO-groep maar een zeer klein aantal geen klachten had.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe kunnen we ... Wat vindt u dat beter kan om voldoende zicht te hebben op de verspreiding van een virus? Hadden we dat kunnen hebben?

De heer **Van Dissel**:

Wat beter kan – daar trek ik onmiddellijk het boetekleed voor aan – is dat we ons minder afhankelijk hadden moeten maken van de WHO-berichten. Ik denk dat je achteraf gewoon moet zeggen ... Ik wil niet zeggen dat ze niet klopten, maar ze waren in ieder geval onvolledig. Die onvolledigheid hadden wij misschien beter moeten waarderen. Ik vind ook dat we daar in de initiële communicatie over het virus veel te veel op vertrouwd hebben. Dan communiceer je dus, ook op grond van die rapportage: waarschijnlijk kunnen we het allemaal indammen, want het lijkt op dat SARS-CoV-1. Dat bleek toch allemaal wat anders te liggen.

De eyeopener kwam – dat heeft u ook uitvoerig al besproken met onder anderen de heer Kluytmans – toen de heer Kluytmans mij op de 5de belde: "Zeg Jaap, pas op, ik heb hier een aantal collegae om mij heen die eigenlijk helemaal geen indrukwekkende klachten hebben. En die hebben we getest en die bleken positief." Nou, u weet dat we daarop een dag later in het OMT hebben besloten dat we dit zo snel mogelijk moesten uitzoeken. Dezelfde middag zijn we gaan bellen naar alle ziekenhuizen in Brabant om te vragen of ze daaraan mee wilden doen. De dag erop en de zondag hebben we die testen verzameld, in totaal zo'n 1.500 monsters. Die zijn bepaald. Die maakten ons duidelijk dat – voor de duidelijkheid: dit gold niet in heel Brabant, want er waren ook ziekenhuizen die helemaal negatief waren – met name Bernhoven en de ziekenhuizen van Breda en Tilburg zowel positieve patiënten hadden als positieve gevallen onder medewerkers. Die medewerkers voldeden niet aan de toen gangbare idee van het ziektebeeld. Toen hebben we eigenlijk direct gezegd ...

Mevrouw **Mutluer**:

Daar willen wij het straks met u over hebben.

De heer **Van Dissel**:

O!

Mevrouw **Mutluer**:

Dus ik zou zeggen: parkeer die even, want ik wil eigenlijk naar een afronding.

De heer **Van Dissel**:

Oké.

Mevrouw **Mutluer**:

Om u ook een beetje lucht te geven, in die zin, en ons ook. Afrondend. U zegt: we hadden ons minder afhankelijk moeten opstellen van de Wereldgezondheidsorganisatie, omdat die informatie niet altijd even volledig was. Is daarmee in uw bevinding een verkeerde inschatting gemaakt, destijds?

De heer **Van Dissel**:

Ik zei u al dat ik achteraf vind dat ik daar kritischer op had moeten zijn, eigenlijk überhaupt iedereen. Maar uiteindelijk moet je toch roeien met de riemen die je hebt op een gegeven moment, dus ik vind het ook niet onredelijk om op dat moment te zeggen: we gaan uit van deze informatie. Als achteraf blijkt dat het virus zich veel gemakkelijker en ook deels onder de medische radar verspreidt, is dat een dermate bijna dramatisch gegeven, aangezien het totaal keert hoe je aankijkt tegen de manier waarop het al of niet nog kan worden geëlimineerd. Dat kan dan gewoon niet meer; dat weet je. Dus dan ga je van een eliminatiefase rechtstreeks over in een mitigatiefase. Dat is dus wel belangrijke informatie. Die had ik natuurlijk graag eerder gehad, want dan hadden we dat van begin af aan anders kunnen inschatten. Overigens is dat bepaald geen gunstiger beeld. Dat wil ik ook wel even benadrukken. Want in wezen zeg je daarmee: dit kunnen we nooit meer indammen en het enige wat we nog kunnen hopen, is wat daarna "flatten the curve" heette, namelijk het proberen te verminderen van de snelheid van verspreiding, zodat iedereen voldoende lucht houdt om de ziekenhuizen en andere belangrijke instellingen niet te overflowen met patiënten.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik dank u wel.

De **voorzitter**:

Collega Poortman, heeft u op dit onderwerp nog aanvullende vragen?

De heer **Poortman**:

Die heb ik niet, dank u wel.

De **voorzitter**:

Meneer Van Dissel, ik dank u tot dusver. We gaan even vijftien minuten

pauzeren. Ik verzoek de bode om de getuige en zijn bijstandsverlener naar buiten te leiden.

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

De voorzitter:

De vergadering is geschorst en over vijftien minuten zal het openbaar verhoor hervat worden.

De vergadering wordt van 11.43 uur tot 11.59 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik heropen de vergadering. Aan de orde is het eerste openbare verhoor met de heer Van Dissel van de parlementaire enquêtecommissie Corona. Ik verzoek de griffier om de getuige en zijn bijstandsverlener binnen te leiden.

(De heer Van Dissel wordt binnengeleid door de griffier.)

De voorzitter:

Welkom terug, beiden, en in het bijzonder meneer Van Dissel. We hervatten het openbaar verhoor. Ik geef meteen het woord aan collega Poortman voor het volgende onderwerp.

De heer Poortman:

Dank u wel, voorzitter, en welkom terug. Veel is inmiddels aan de orde geweest, maar ik wil toch even met u terug naar de signalen uit Noord-Brabant, aan het begin van de pandemie en de crisis zoals die zich in Nederland ging manifesteren. De steekproef van begin maart – u noemde 7 en 8 maart – waarbij in Noord-Brabant breed werd getest, kwam al aan de orde. Dat was eigenlijk een steekproef van zorgpersoneel en patiënten die klachten hadden. Er waren duidelijk zorgen. U noemde ook dat we alleen het topje van de ijsberg zagen. Waarom adviseerde het OMT ondanks deze zorgen om pas op 12 maart landelijke maatregelen te nemen?

De heer Van Dissel:

Misschien moet ik, als het mag, nog even op het onderzoek terugkomen. Dan kan ik ...

De heer **Poortman**:

De steekproef, bedoelt u?

De heer **Van Dissel**:

Ja, dit onderzoek. En dan ga ik ...

De heer **Poortman**:

Ja, zeker.

De heer **Van Dissel**:

Op 7 en 8 maart is dat onderzoek dus uitgevoerd in Brabant. Het beeld was dat er rond Bernhoven, Tilburg en Breda duidelijke covidverspreiding was. Maar het Catharina, het Elkerliek, het VieCuri en een aantal andere ziekenhuizen hadden ook in dat weekend eigenlijk helemaal geen gevallen.

De heer **Poortman**:

Dus het was geconcentreerd?

De heer **Van Dissel**:

Ja, dus er waren eigenlijk een paar pockets. Tegelijkertijd hadden we vanuit elders in het land, zoals ik net al noemde, via de huisartsen nog nauwelijks indicatie van activiteit. Wat het onderzoek ons dus leerde, was dat dus ook personen met heel weinig klachten en geen koorts, het virus blijkbaar bij zich konden dragen en dat dat misschien het ziektebeeld was dat er ook bij hoorde. Dat was toen eigenlijk nog onbekend, ook al waren er wat incidentele berichten dat dat misschien ook kon. Wij hebben dat zo snel mogelijk verzameld. Overigens was het ook hele belangrijke informatie dat mevrouw Koopmans en haar groep de typering deden en we ook konden zien ...

De heer **Poortman**:

Wat bedoelt u met "typering"?

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat moet ik natuurlijk uitleggen. Je kijkt dan naar de genetische code van het virus. Het virus evalueert continu. Dat wil zeggen dat als iemand ziek is, er kleine veranderingen komen. Die geeft u wel door aan de volgende, maar de vorigen hadden die niet.

De heer **Poortman**:

Denk aan de deltavariant of de omikronvariant.

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat zijn dan meer de grotere, maar je kan het ook op kleinere schaal zien. Eigenlijk leerde het ons of alles wat we zagen in Brabant het gevolg was van één infectiepocket, of dat er al meerdere introducties van het virus waren geweest. De uitkomst daarvan was het laatste.

De heer **Poortman**:

Er waren al meerdere introducties.

De heer **Van Dissel**:

Er waren al meerdere introducties, dus zeer waarschijnlijk waren er meerdere personen besmet. Misschien was dat in Italië gebeurd, want daar kwamen de meesten vandaan. Zij hadden het meegenomen en het verspreidde zich dus.

De heer **Poortman**:

Rond carnaval?

De heer **Van Dissel**:

Ja. Dit was belangrijke informatie, wil ik u vertellen. Wij hebben ook onze internationale contacten, dus toen dat rondcirculeerde, ben ik zowel door de WHO als door het ECDC gebeld met de vraag: wat hebben jullie nu gedaan en wat zijn de uitkomsten van dit onderzoek? Voor de duidelijkheid: voor hen was op dat moment eigenlijk ook nieuw dat je dat zo kon aantonen.

De heer **Poortman**:

Wat was er specifiek nieuw? Die asymptomatische ...

De heer **Van Dissel**:

Wat nieuw was, was dat we niet keken naar een uitbraak zoals SARS-CoV-1, waarbij je eigenlijk toch alleen maar voornamelijk ernstig zieke patiënten hebt, die naar het ziekenhuis moeten en voor een belangrijk deel op de ic belanden, maar dat er blijkbaar veel verspreiding was die zich afspeelde zonder dat men het zelfs nodig vond om bijvoorbeeld contact met de huisarts te hebben. Op het moment dat je een uitbraak hebt waarbij een belangrijk deel van de personen überhaupt geen

noodzaak voelt om zich ergens te melden, wisten wij eigenlijk ook: dit kun je gewoon niet indammen. Je moet dan een andere filosofie gaan volgen voor wat er vanaf dan gebeurt. Dat was eigenlijk de consequentie.

De heer **Poortman**:

Hoe zou u die twee filosofieën tegenover elkaar zetten? Wat was de oude filosofie en wat veranderde er daarna?

De heer **Van Dissel**:

Oké, prima. De oude filosofie is dan dat als iemand pas besmettelijk is op het moment dat die ernstig ziek is, die zich meestal al meldt bij het ziekenhuis. Dan is die opgenomen. Pas ná opname is zo iemand besmettelijk. Dat betekent dat je eigenlijk door iemand met klachten meteen te isoleren, het ziektebeeld beperkt. Dan kan het zich niet meer verspreiden. Dat is eigenlijk een middeleeuwse methode. Die werkte uitstekend bij die SARS-uitbraak in 2003. Nou hebben we opnieuw een SARS-virus. Dat houdt zich niet aan de karakteristieken van dat vorige virus, maar verspreidt zich tussen mensen die nauwelijks klachten hebben, onder de medische radar. Dan begrijpt u wel dat je eigenlijk nooit meer kunt vaststellen wie er nu wel en niet ziek is. Het gaat al zo snel rond voordat er überhaupt een huisarts wordt gecontacteerd, omdat men zich daartoe gewoon niet ziek genoeg voelt. Het inzicht daarvan, ook op hoe we moeten bestrijden, wordt totaal anders. Waar het eerste type het eigenlijk mogelijk maakt om met relatief heel weinig interventies de ziekte te beheersen, toonde dit onderzoek aan dat je, als je dit wilde beheersen, eigenlijk niet heel veel andere opties had dan een totale lockdown in volle hevigheid. Anders kan je daar geen vat op krijgen.

Dat is natuurlijk een geweldig verschil in narratieven. Dat ontstond in die week en hebben we met iedereen gedeeld. Dat maakte dat we dus andere dingen zouden moeten gaan doen. We hebben daarover toen in het OMT vergaderd. We hadden al een aantal maatregelen afgekondigd, zoals: iedereen in Brabant, blijf thuis, want je zou het kunnen verspreiden. Dat is natuurlijk eigenlijk al een hele effectieve manier van isoleren en voorkomen dat het zich verspreidt, maar dat was ongetwijfeld onvoldoende. In het OMT hebben we besproken wat er verder moest gebeuren wat betreft de aanpak. Ik had bij Uden – dat overleg van die zondag is ook genoemd, met de burgemeesters en ...

De heer **Poortman**:

Jack Mikkers noemde het al, de burgemeester van Den Bosch.

De heer **Van Dissel**:

Precies. Toen had ik zelf ook al de zorgen gehoord van de directies van de ziekenhuizen in Brabant, ook uit Bernhoven, kan ik me herinneren. We hebben in het OMT – dat kunt u ook in het advies nalezen – meteen gezegd: er moet een heleboel gebeuren; we moeten zorgen dat we gaan spreiden, want anders redden we dat niet. De ic's van de betreffende ziekenhuizen waar die hotspots waren, waren al redelijk vol.

De heer **Poortman**:

U wilde ...

De heer **Van Dissel**:

Dat was nog steeds vóór die eerste week van maart, waar ik het over heb.

De heer **Poortman**:

Ja, en toen was er al een hele belangrijke stem. Hij werd al genoemd: de heer Kluytmans. Die was hier maandag. Dat was al een belangrijke stem, in die zin dat hij de urgentie duidelijk probeerde te maken op basis van zijn berekening van dit ...

De heer **Van Dissel**:

Dat waren de donderdag en vrijdag de week ervoor.

De heer **Poortman**:

De week ervoor. Hij zei toen dat op dat moment die urgentie nog niet gedeeld werd. Hoe zag u dat?

De heer **Van Dissel**:

Ik herinner me niet dat hij dat gezegd heeft. Hij belde mij de donderdagavond. Vrijdagochtend hebben we dat in het OMT besproken en meteen de consequentie getrokken om dat onderzoek te doen. Ik zou niet weten wat er dan aan urgentie ontbreekt.

De heer **Poortman**:

U zegt dat de vertaling van de urgentie in uw beleving het doen van dat onderzoek was.

De heer **Van Dissel**:

Ja, want we wilden gewoon meteen weten: wat speelt er dan?

De heer **Poortman**:

Maar dan heb je nog het punt van de landelijke maatregelen. Dat duurt dan nog een tijdje.

De heer **Van Dissel**:

De eerste landelijke maatregel op dat moment kwam dezelfde middag, namelijk de afkondiging: iedereen in Brabant, blijf binnen, want ...

De heer **Poortman**:

Maar dat waren regionale maatregelen. Op 12 maart ontstaan pas de landelijke maatregelen.

De heer **Van Dissel**:

Exact. Dat is een heel goed punt. U raakt exact de kern. De vraag is dan: wat ga je nou doen? Je hebt in één provincie aangetoond verspreiding op meerdere plekken. Dat is misschien op andere plekken minder, maar het is er in ieder geval op meerdere plekken. In bijvoorbeeld Groningen, Friesland en Drenthe was er geen enkel signaal. In de hele eerste piek – dat kunt u ook zien in de plaatjes die ik allemaal heb laten zien – zijn daar eigenlijk nauwelijks gevallen geweest. Dus er was inderdaad sprake van een groot verschil tussen Brabant en de rest van Nederland. Ja, wat moet je dan doen?

De heer **Poortman**:

Maar als ik daar mijn lekenintuïtie op loslaat, zou ik het volgende zeggen. Het komt vanuit China naar Italië. Het komt vanuit Italië naar Noord-Brabant. Daar is een grote groep mensen bij elkaar geweest rondom carnaval. Dat heeft een "superspreadereffect" gehad, zoals dat later is gaan heten en zoals dat in de virologie misschien wel vaker heet. Dan lijkt het mij niet zo raar dat het op hele korte termijn ook verder dan Noord-Brabant komt. Waarom werd dat gerelativeerd?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat werd niet gerelativeerd, denk ik. We zijn toen gewoon nagegaan, en wij natuurlijk niet alleen, maar ook met het ministerie, wat je voor maatregelen kan treffen. Er is bij wijze van spreken zelfs nog overwogen: moeten we het afschermen? Maar ja, dan blijkt dat de helft van de

personen uit Brabant in Utrecht werkt, of andersom. Er zijn dus allerlei scenario's gepasseerd. Uiteindelijk kwam het in het weekend tot de bekende escalatie, die overigens ook voor een belangrijk deel werd ingegeven door het feit dat België maatregelen nam.

De heer **Poortman**:

Wat ziet u als escalatie? De escalatie naar het toenemen van het ...

De heer **Van Dissel**:

Nou, de escalatie met uiteindelijk de scholen, ook al had dat een hele andere ...

De heer **Poortman**:

Met "escalatie" bedoelt u dus de hele maatregelenroute?

De heer **Van Dissel**:

Ja, de horeca ... Er zijn natuurlijk veel meer dingen gebeurd. Ik noem de evenementgroottes en gaat u zo maar door. Een deel daarvan werd ook weer ingegeven, zoals ik al even noemde, door bijvoorbeeld België. België stopte de horeca 13 op 14, of iets ... België stopte die in ieder geval net een dag eerder. Toen bleek dat een aanzienlijk deel van de mensen uit België die de gezelligheid van een kroeg wilden, naar Nederland kwamen. Dat is natuurlijk geen model om mee door te gaan, want zij hadden ook veel besmettingen. Dat is dus wel een voorbeeld waaraan je ziet dat de mogelijkheid om maatregelen te nemen en ook te adviseren daarover, uiteindelijk heel erg door de context wordt bepaald.

De heer **Poortman**:

We zoomen hier even op in, ook vanwege het rapport dat is gepubliceerd in 2025. Een aantal modellers van het RIVM heeft dat opgesteld en gepubliceerd. Het gaat om een artikel waarin wordt berekend dat drie dagen uitstel van maatregelen zorgt voor meer dan een verdubbeling van het aantal doden. Hoe weegt u in dat licht het tijdstip waarop de maatregelen zijn genomen?

De heer **Van Dissel**:

Achteraf bedenk je van alles: wat je anders had moeten doen of niet anders had moeten doen.

De heer **Poortman**:

Wat heeft u op dit punt bedacht?

De heer **Van Dissel**:

Daar kom ik op terug. Dit punt is echt ingewikkelder dan u denkt. Ik heb natuurlijk ook gehoord ... U wilt weten hoe we, als je vier dagen eerder sluit, dan moeten aankijken tegen bijvoorbeeld het aantal sterfgevallen, want dat is dan een logische doorrekening. Ik wil daar toch een paar kanttekeningen bij plaatsen. Allereerst moet je je dan wel realiseren: wat besluit je dan? Wat had je dan drie dagen eerder willen doen? Dan hoor ik – althans, ik lees het in de krant – "ja, gewoon wat je nu doet, maar dan drie dagen eerder". Dan kan ik u verzekeren dat je van een koude kermis thuiskomt.

De heer **Poortman**:

Waarom is dat?

De heer **Van Dissel**:

Omdat covid ons op de langere termijn geleerd heeft dat je het dan moet blijven onderdrukken, tot bijvoorbeeld de vaccinatie, want dat zou dan een mogelijkheid zijn om te versoepelen. Dus als iedereen de consequentie had willen trekken dat we eerder in lockdown zouden gaan – in de modellen gaat het dan om een absolute lockdown, dus Schiphol gaat meteen dicht en er liggen betonblokken op de snelwegen; dat type lockdown – dan moet je dat volhouden tot in wezen de vaccins bekend zijn. Daar is op gemodelleerd. Daar heb ik overigens in de Tweede Kamer de plaatjes van laten zien. Die kunt u terugzoeken. Die zijn van een groep uit Boston, van Marc Lipsitch. Die liet al heel vroeg zien dat het natuurlijk een aanpak zou zijn om de Chinese aanpak min of meer acuut te volgen. De WHO raadde dat overigens ook aan. Maar dan betekent het niet dat je na vier weken kan zeggen: het is nu weg en we stoppen.

De heer **Poortman**:

Als ik dat ondertitel, zegt u: omdat het virus dan niet is rondgegaan, zou iedereen alsnog acuut besmet raken op het moment dat je dan uit lockdown gaat.

De heer **Van Dissel**:

Ja, want wat doe je dan? België, Duitsland en andere landen doen het niet

zo, dus het komt meteen over de grens weer binnen op het moment dat je bij wijze van spreken de betonblokken weghaalt. Dan moet je weer in lockdown. Deze persoon liet in die modellering zien dat dat inderdaad zo is, dat je dan – dat kwam uit zijn model; dat heb ik ook aan de Kamer laten zien – gemiddeld zo'n vier weken dicht moet, en dan echt lockdown, lockdown, dat je dan de vrijheid hebt om het ongeveer één week weer open te gooien en dat het dan weer begint. En dat zou je dan in wezen moeten doen totdat je vaccins hebt. Dat is dan the way-out, want immuniteit bouw je niet op. Dat zou dus de consequentie zijn als je een berekening wilt voor als je drie dagen eerder dicht wilt.

De heer **Poortman**:

Zou bijvoorbeeld een strikt testbeleid gekund hebben in plaats van een volledige lockdown?

De heer **Van Dissel**:

Nee. Dat is mijn persoonlijke mening, maar misschien dat anderen vinden dat dat lachwekkend is. Prima, maar dan kijk ik toch even naar voorbeelden van landen die dat "testen, testen, testen" hebben gedaan. Ik kan me wat herinneren van het overleg met Europese partners, met name uit een verhaal van een collega uit Oostenrijk. In Wenen hadden ze op een gegeven moment dat "testen, testen, testen" gedaan, met het idee "dan krijgen we het wel stil". Hij vertelde dat je op elke straathoek kon "gurgeln", gorgelen. En het resultaat was dat hij in die bepaalde tijd in Wenen meer testen deed dan in heel Duitsland – dit om even aan te geven dat ze het behoorlijk oppakten – maar het verschil in uitbraak zero, noppes, was. Het is dus niet zo simpel dat je kan zeggen "testen, testen, testen" en dat je dan het probleem hebt opgelost. Ik heb misschien ook een ander voorbeeld: Singapore, een kleine stadstaat, dus een heel andere situatie dan Nederland. Dat heeft zeer veel getest, bleek daar heel succesvol in te zijn, totdat bleek dat er onder migrantwerkers gigantische uitbraken ontstonden. Toen kwamen ze toch ook behoorlijk in de problemen, want dat eerdere "testen, testen, testen" leidde helemaal niet tot immuniteit in de bevolking. Een ander voorbeeld: Zuid-Korea. Tja, ik wil niet alle voorbeelden noemen, maar ...

De heer **Poortman**:

Ik begrijp welk punt u wilt maken.

De heer **Van Dissel**:

Maar daar zit dus gewoon een probleem: er is geen gemakkelijke oplossing. Dat is misschien wat ik eigenlijk moet zeggen.

De heer **Poortman**:

Dat begrijp ik, maar ik zou dan tot slot wat betreft dit onderwerp deze vraag willen neerleggen. Omdat we zien dat het niet vrijblijvend is wanneer er maatregelen worden genomen: zou u in het geval van een volgende crisis, die zich op dezelfde manier manifesteert als we met het coronavirus hebben gezien, en met de kennis van nu, adviseren om eerder in te grijpen?

De heer **Van Dissel**:

Eerlijk gezegd weet ik dat gewoon niet. En dat meen ik serieus, hè.

De heer **Poortman**:

Waar zit dan uw twijfel?

De heer **Van Dissel**:

Nou, mijn twijfel zit erin dat een goede maatregel, op het verkeerde moment gekozen, de boel volledig kan verpesten.

De heer **Poortman**:

Wat bedoelt u daarmee?

De heer **Van Dissel**:

Nou, daar bedoel ik mee dat je bijvoorbeeld zegt: o, we hebben een paar gevallen in Brabant, dus we gooien Nederland dicht. Want dat is dan eigenlijk de consequentie. Tja, ik weet niet of iedereen in Nederland dan denkt: dat vind ik nou een goed idee! Als ik dan bijvoorbeeld in Groningen woon en nog geen virus heb gezien, mag ik helemaal niks meer. Er is dacht ik één voorbeeld van een staat in Amerika die dit wel heeft gedaan: Washington State. Daar had men geloof ik twee gevallen van import. Daar hadden ze het idee: we gooien de boel dicht. Tja, en toen kwam wat ik net noemde: op zich een goed besluit, maar op het moment dat niemand daar klaar voor was, dat dat geen draagvlak had. Het bleek gewoon een rampzalig besluit, want daarna gelooft niemand je meer. Dus als zo'n besluit misloopt en men zich er niet aan houdt, hoe krijg je dan later het vertrouwen nog terug wanneer je gaat escaleren, wat natuurlijk meer de Nederlandse aanpak geweest is?

De heer **Poortman**:

Maar ...

De heer **Van Dissel**:

Ik zeg niet dat er een goede ... Ik zeg gewoon dat het te complex is en dat de maakbaarheid niet 100% is. Dat moeten we ons ook heel goed realiseren. En dat je natuurlijk kan kiezen voor een lockdown zoals in China, maar daar was het natuurlijk al veel meer verspreid door het hele land. En of dat in Nederland realiseerbaar was een aantal dagen voordat we het nu hebben gedaan, met de zogenaamde "intelligente" lockdown, daar heb ik gewoon hele grote twijfels over. Maar misschien dat andere deskundigen zeggen: hij weet niet waar hij het over heeft; natuurlijk had je dat moeten doen! Ik ben er in ieder geval niet van overtuigd.

De heer **Poortman**:

Dan heb ik over dit onderwerp geen vragen meer.

De **voorzitter**:

Collega Mutluer, heeft u op dit onderwerp nog aanvullende vragen?

Mevrouw **Mutluer**:

Ja, meer een verhelderende vraag, meneer Van Dissel. Ik wil begrijpen of het kabinet in de eerste week van maart, dus vóór 9 maart, waarop er uiteindelijk een persconferentie kwam over die regionale maatregelen maar geen landelijke maatregelen, de ernst van de situatie goed inschatte, in uw beleving.

De heer **Van Dissel**:

Ik vind dat dus moeilijk. U heeft het over "het kabinet", maar er was toen nog geen sprake van Catshuisbijeenkomsten of wat dan ook.

Mevrouw **Mutluer**:

U bent adviseur van het kabinet vanuit het RIVM, dus ...

De heer **Van Dissel**:

Nee, zeker.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus vindt u, vanuit uw rol destijds, dat het kabinet het goed inschatte?

De heer **Van Dissel**:

Ja. Ik heb toen veel overleg gehad met de toenmalige dg van Volksgezondheid, die u volgens mij ook hoort. Dat was een overleg. Zij kijken natuurlijk ook naar: wat zegt mijn adviseur? Ik noemde net al dat daar ook wel degelijk nogal enige twijfel was over in welke richting je zou moeten gaan. Nu weten we alles wat er daarna gebeurd is natuurlijk. Maar die herinnering verandert wel totaal de perceptie van destijds. Nu lijkt het alsof alles onvermijdelijk naar de huidige uitkomst ging, maar dat was natuurlijk helemaal niet zo. We hadden toen ook veel berichten over dat het elders in Nederland nog helemaal niet rondging. Dus ja ...

Mevrouw **Mutluer**:

Dus ik begrijp ...

De heer **Van Dissel**:

Het is besproken.

Mevrouw **Mutluer**:

Er is besproken met de dg dat er signalen waren van het Amphiaziekenhuis.

De heer **Van Dissel**:

Natuurlijk, dat volgden wij ook allemaal.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat er op 7 en 8 maart een steekproef plaatsvond.

De heer **Van Dissel**:

Ja ...

Mevrouw **Mutluer**:

Desondanks werden er op 9 maart door het kabinet tijdens de persconferentie nog geen landelijke maatregelen aangekondigd. Op 12 maart adviseerde het OMT pas die landelijke maatregelen. Wat wij proberen te reconstrueren en te begrijpen, om daar ook echt lering uit te trekken, is waarom het tot 12 maart heeft geduurd voordat vanuit het OMT het advies kwam van: er moeten nu landelijke maatregelen komen.

De heer **Van Dissel**:

U heeft gelijk. Kijk, op 12 maart hebben we, dacht ik, dat lijstje

toegevoegd waar ook de burgemeester toen naar verwees. We hebben een heel lijstje toegevoegd aan het OMT-advies met escalaties van interventies. Maar ja, ik denk dat we in die week ... Kijk, wij vonden het ook geen plezierige situatie; begrijp me goed. Je zit natuurlijk te popelen om wat te doen. Tegelijkertijd is dan wel de vraag: wat moet je dan op dit moment doen? Het is een hele terechte vraag die u stelt. Maar op het moment dat er een flipflop is van hoe je de exponentiële toename ziet terwijl er in wezen nog maar een gering aantal gevallen is en hoe je dat meeweegt in je besluitvorming, want daar vraagt u in wezen naar ... Ik vind dat een hele relevante vraag. Ik denk dat er zowel begrip kan zijn voor hoe dat is gegaan alsook kritiek. Dat is hoe ik het zou willen samenvatten. We hebben er in ieder geval veel over nagedacht.

Mevrouw **Mutluer**:

Zegt u daarmee dat het behouden van draagvlak – dat hoorde ik u namelijk net ook zeggen – en geloofwaardigheid ook een rol speelde bij de advisering van het Outbreak Management Team over het moment van ingrijpen?

De heer **Van Dissel**:

Nou, ik denk deels wel. Wij realiseerden ons natuurlijk dat de kracht van advisering in de publieke gezondheid afhangt van geloofwaardigheid, van vertrouwen. Dus de burger moet het vertrouwen hebben dat een orgaan, een instituut, het beste met hem voorheeft. Nou, dat doe je bijvoorbeeld door belangenverklaringen. Dat is transparantie. Ze willen vertrouwen hebben in de adviseurs. En het tweede wat altijd ook meeweegt in maatregelen ... Want dit is procedureel, maar je kunt ook distributief kijken: een burger gaat ook meewegen: wacht eens even, zijn die maatregelen die gesuggereerd worden eigenlijk wel redelijkerwijs verdeeld? Dat bedoel ik dus met draagvlak.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar ...

De heer **Van Dissel**:

Dus: zijn die in redelijkheid verdeeld, dus dat iedereen eraan bijdraagt? Nou, dat was op dat moment natuurlijk een groot probleem, want in Brabant was er een probleem. Overigens, het uitwisselen van patiënten

startte al wel op, dus er was al hulp natuurlijk. Maar het verder indammen, lag gewoon nog ingewikkeld: wat was nou het beste moment?

Mevrouw **Mutluer**:

U heeft ook gezegd dat het OMT ging over het medisch-epidemiologisch advies, en niet zozeer over draagvlak. "Dat is aan de politiek", heb ik u eerder horen zeggen.

De heer **Van Dissel**:

Nou ...

Mevrouw **Mutluer**:

Daarom probeer ik het te begrijpen.

De heer **Van Dissel**:

Maar u heeft helemaal gelijk. Het enige wat je dus weet – dat geef ik hiermee aan – is dat als je zelfs als adviseur niet voldoet aan deze kenmerken, namelijk vertrouwen, en je ook suggereert dat het overkomt als een eerlijk verdeelde last ... En natuurlijk vindt er daarna nog een politieke afweging plaats: doe ik het wel of ga ik het eigenlijk toch asymmetrisch neerleggen? Prima, maar wij zijn gewoon meegenomen met dit soort kennis bij het adviseren. En dat hebben we hierin dus ook meegewogen. Dat had ons natuurlijk niet tegengehouden als we het eerder hadden willen doen. Natuurlijk niet. Maar dat is toch iets wat groeit, ook al naar gelang de urgentie die gevoeld wordt. En je kijkt natuurlijk ook om je heen. Je ziet in België het ontstaan. Wat ik net al noemde: België neemt zelfs wat eerder al veel ingrijpende maatregelen. Ik wil alleen maar aangeven dat ik helaas vrees dat het gewoon complex is. Er is niet één signaal dat maakt dat je tot iets besluit. Zo is het nu eenmaal.

Mevrouw **Mutluer**:

We willen gewoon in beeld brengen wat het belang is van het nemen van maatregelen op het juiste moment.

De heer **Van Dissel**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Tot zover mijn vragen op dit onderdeel.

De **voorzitter**:

Ik heb nog een verhelderende vraag. Graag een kort antwoord, want ik wil eigenlijk door naar het volgende onderwerp. Maar om dit helder te krijgen: u noemde Singapore en Oostenrijk met het actieve testbeleid. Vertaal ik uw antwoord goed dat u zegt dat zo'n actief testbeleid weinig invloed heeft op de verspreiding van het virus?

De heer **Van Dissel**:

Dat vind ik ook weer te snel geredeneerd. Ik wil aangeven dat alleen maar een uitvoerig testbeleid op zich niet de oplossing is. Dan moet je ook het hele traject daarna gaan regelen en dat moet er dan maar net zijn. En nog los daarvan moet je natuurlijk ook de testen hebben. U weet ook dat er op dat moment alweer schaarste was, helaas. Dus je moet ook realistisch zijn.

De **voorzitter**:

Helder. Dan tot slot. Welke gevolgen zou dat actieve testbeleid hebben voor de mate van vrijheid die je kunt bieden wanneer iemand een negatieve test kan overleggen?

De heer **Van Dissel**:

Dat hangt er dan van af welke test je kiest. Dat is iets waarop we wellicht nog terugkomen bij 2G, 3G et cetera. Want de vraag is natuurlijk: wat is de voorspellende waarde van een test, op het moment x afgenomen, en over hoeveel tijd is het ook voorspellend dat iemand negatief is? We hebben bijvoorbeeld aan vluchten gezien, want dit was natuurlijk een aanpak die onder andere in de luchtvaart gekozen is, hoe beperkt dat uiteindelijk ook was. Dus testen kan ongetwijfeld helpen, maar het gaat niet meer doen dan een maatregel sec.

De **voorzitter**:

Oké, dank u wel. Dan gaan we naar het volgende onderwerp, meneer Van Dissel, en daarvoor geef ik graag het woord aan collega Mutluer.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil het met u hebben over uw rol als voorzitter van het Outbreak Management Team in die crisisoverleggen. Want u bent naast voorzitter van het OMT ook directeur van het RIVM, een belangrijke ambtelijke adviseur van VWS. U had dus in feite op dat moment twee rollen. We zien

in ons onderzoek dat u tijdens de gehele coronacrisis als inhoudelijk deskundige bij heel veel crisioverleggen zat. U was aanwezig bij een informeel overleg in het Catshuis met de premier en in veel ambtelijke en bestuurlijke overleggen, formeel en informeel. Kunt u uitleggen waarom u op al deze plekken aan tafel zat?

De heer **Van Dissel**:

Ja, denk ik. Initieel was je nou eenmaal vaak in Den Haag om uit te leggen wat er gaande was. Bij de verschillende interdepartementale overleggen, bij het ministeriële crisioverleg moet er ook gewoon duiding zijn van de situatie. Mijn rol daarin was in feite niet anders dan een technische briefing zoals u die ook uit de Kamer kent, overigens ook in het Catshuis. Ja, ik kreeg er weleens genoeg van, eerlijk gezegd. Maar tegelijkertijd realiseer ik mij ook wel het belang ervan. Kijk, er was hier iets gaande waarbij, ik denk in alle realiteit, toch niet iedereen alles meteen kon doordenken wat er eventueel gebeurde. Ik vind het niet zo gek dat je dan een adviseur op het gebied van infectieziektebestrijding bij je overleg wilt hebben zitten, terwijl je dat in brede zin bespreekt. Voor de duidelijkheid: ik nam daar zelf geen deel aan. Mijn aandeel zat in de duiding en de uitleg, en dat was meestal al vooraf. Maar dat je dan frequent wordt opgepikt door allerlei mensen, dat geloof ik direct. Ik denk eerlijk gezegd ...

Mevrouw **Mutluer**:

Vond u het ook echt nodig dat u daar zat als duider, als vertaler – in mijn woorden – tussen in dit geval wetenschap en politiek?

De heer **Van Dissel**:

Ja. Ik denk dat ik er te weinig zat.

Mevrouw **Mutluer**:

Te weinig?

De heer **Van Dissel**:

Te weinig.

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom?

De heer **Van Dissel**:

Omdat, nogmaals, kennis in het begin als een spons wordt opgenomen, en dat gold ook voor ambtenaren, voor kabinetsleden. Naar mijn idee – maar u mag oordelend dat dat helemaal fout was – als ik met die OMT-adviezen op de fiets naar Den Haag kom, die hier over de schutting gooi en dan hard weer wegfiets ... Ja, ik denk niet dat dat had gewerkt, in alle realiteit. Er moet gewoon duiding zijn van de OMT-adviezen. Er moet duiding zijn van de situatie waarin we verkeren. En in het begin kan dat bijna niet vaak genoeg zijn.

Mevrouw **Mutluer**:

U vond het nodig dat u daar als duider zat in die overleggen, om de kennis over infectiebestrijding zo goed als mogelijk in te brengen?

De heer **Van Dissel**:

Ja. En het werd natuurlijk later ook weer heel anders.

Mevrouw **Mutluer**:

Daar wil ik het straks met u over hebben.

De heer **Van Dissel**:

Prima.

Mevrouw **Mutluer**:

Even terug naar uw rol als voorzitter van het OMT. O nee, u zat bij die overleggen. Interessant is natuurlijk om te weten: zat u daar als voorzitter van het OMT of als directeur en specialist infectiebestrijding van het RIVM?

De heer **Van Dissel**:

Dat zijn twee kanten van dezelfde medaille, hè.

Mevrouw **Mutluer**:

Legt u dat uit.

De heer **Van Dissel**:

Als er geen OMT is, ben ik ook verantwoordelijk voor de infectieziektebestrijding in Nederland. Maar dat kan alleen een geval zijn waarbij het niet nodig is om een OMT bijeen te roepen. Wat het OMT in wezen doet, is de directeur infectieziektebestrijding, zijnde ook de

voorzitter van het OMT, van advies voorzien, zodat die z'n werk beter kan doen.

Mevrouw **Mutluer**:

Om even die twee rollen te snappen: aan de ene kant bent u ...

De heer **Van Dissel**:

Ik zie het als één rol. Ik zie geen twee rollen.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe kunt u dat als twee rollen zien ...

De heer **Van Dissel**:

Eén rol.

Mevrouw **Mutluer**:

... als één rol zien, die twee rollen, als de ene rol meer een ambtelijke adviseur is, een duider vanuit het RIVM, en de andere als voorzitter van het OMT is, waar u verantwoordelijk was voor de adviezen die vanuit consensus voortkwamen uit die gesprekken die plaatsvonden? Dus mijn concrete vraag aan u is: hoe kunt u dan beide rollen, die u in één rol verpakte, uit elkaar halen?

De heer **Van Dissel**:

Nogmaals, ik denk dat ik dat helemaal niet hoef. Als directeur van het RIVM voel ik me altijd al wat ongelukkig als u me "ambtenaar" noemt. Dat klinkt misschien raar, maar ...

Mevrouw **Mutluer**:

Adviseur.

De heer **Van Dissel**:

Ja, tuurlijk, maar ik bedoel meer dat wij natuurlijk een achtergrond hebben, dat je bij het RIVM allerlei werk doet. Natuurlijk zijn we een ambtelijke organisatie, want uiteindelijk ben je een organisatie onder VWS, maar je hebt toch het gevoel ... Je hebt bijvoorbeeld bij wet onafhankelijkheid van de politiek, zoals u weet. Daar is een aparte wet over. Dus zelf voelen we dat net iets anders. Maar ik denk: de directeur van het CIb adviseert de hele dag over bestrijdingsmaatregelen, maar dan van andere infecties. Maar bij sommige infecties kan je niet een een-op-

eentelefoonboek opentrekken waar dan het antwoord in staat, want dat is voor een heleboel wel het geval, maar bij covid-2 natuurlijk niet, of SARS-CoV-2, sorry. Ja, dan breid je dus de scope uit van je zienswijze door een OMT bijeen te roepen. Die adviseren in wezen de directeur van het CIB weer om dat te vertalen naar het BAO en de minister. Dat zijn geen twee zaken. Het is niet dat ik 's ochtends opsta als directeur CIB en ik om twee uur 's middags OMT-voorzitter ben.

Mevrouw **Mutluer**:

Vond u dat u als voorzitter van het OMT geen andere bijdrage had dan als specialist infectiebestrijding tijdens al die overleggen, formeel en informeel?

De heer **Van Dissel**:

Nee, ik was daar directeur of sorry, OMT-voorzitter.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe zorgde u er dan voor dat die kennis ... Nee, even terug. Kregen in die crisioverleggen andere belangen dan infectiebestrijding ook voldoende aandacht?

De heer **Van Dissel**:

Door mij of door anderen? Want ...

Mevrouw **Mutluer**:

Nou, beide. Eerst door u.

De heer **Van Dissel**:

Nee, door mij niet.

Mevrouw **Mutluer**:

En door anderen?

De heer **Van Dissel**:

Door anderen natuurlijk wel. Als u een interdepartementaal overleg ziet, weliswaar in crisissfeer, waarbij Economische Zaken aanwezig is en Buitenlandse Zaken en Sociale Zaken, dan hebben ze natuurlijk allemaal een apart belang dat ze inbrengen in het geheel. Daar gaan dus alle belangen door. Dat is prima. Daar behoort ik niet toe. Ik geef duiding, van: "Dit is wat er gaande is. Dit is wat je kan verwachten. Als je scenario A, B

of C kiest, dan zijn dat de consequenties. Daar zal een keuze toe moeten worden gemaakt." En dan houdt mijn rol op. De afwegingen van de maatschappij, waar u terecht op wijst, die waren er natuurlijk, maar die zijn verder niet aan mij.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik begrijp het goed: u had één rol.

De heer **Van Dissel**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

U was enerzijds voorzitter van het OMT en anderzijds specialist en directeur infectieziektebestrijding. Die twee rollen kwamen ineen in die overleggen.

De heer **Van Dissel**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

De rolzuiverheid zat goed?

De heer **Van Dissel**:

Ja. Dan heeft u het denk ik over mijn rolzuiverheid in de zin dat ik mij beperk tot medisch-epidemiologische adviezen en niet de rest, toch? Dat is wat u bedoelt? Want daar waak je dan natuurlijk voor. Ik ging mij niet bemoeien met discussies over economische zaken, bij wijze van spreken. Natuurlijk niet.

Mevrouw **Mutluer**:

Rolzuiverheid kan ook zijn: ik ben specialist én ik breng datgene wat in een OMT-vergadering aan bod is geweest in de overleggen ...

De heer **Van Dissel**:

Dat is één rol.

Mevrouw **Mutluer**:

Oké. Doordat u in deze overleggen aanwezig bent, doet u als voorzitter van het OMT uiteraard ook heel veel kennis op over beleidsmatige en politieke afwegingen, omdat bij die overleggen ook regelmatig

bewindspersonen aanwezig zijn. Politieke afwegingen gaan dan over de haalbaarheid van de maatregelen. Hoe zorgde u ervoor dat die kennis niet te veel de besluitvorming in het OMT beïnvloedde? Want u zat aan al die tafels.

De heer **Van Dissel**:

Een heel terechte vraag. Ik heb weleens de vergelijking getrokken ... Kijk, de politieke wereld is echt een andere wereld dan de wetenschappelijke wereld. Dat wil ik wel even benadrukken. Ik weet niet of u de film Lost in Translation kent, met Bill Murray en Scarlett Johansson, geloof ik. Die film gaat over de vervreemding van deze twee mensen in Tokio, allemaal met een jetlag. Ze kunnen niks lezen en ze proberen zingeving te geven en verbinding te zoeken. Zo was ongeveer hoe ik die positie voelde in het begin, want de politieke afwegingen zijn totaal anders. Daar wil je je helemaal niet mee bemoeien. Daar heb ik helemaal geen rol in. Maar goed, je moet uiteindelijk wel interactie met elkaar hebben, zeker als je adviezen overbrengt en ook terug de vragen probeert te begrijpen die de politiek stelt. Dat is gewoon een ingewikkeld proces. Maar dat is wel uit elkaar te houden.

Mevrouw **Mutluer**:

Als je het hebt over de rol van de voorzitter van het OMT: de heer Kluytmans zei in zijn verhoor maandag dat doordat u overal aanwezig was uw positie wel kwetsbaar was. Zag u dat ook?

De heer **Van Dissel**:

Tuurlijk. Posities zijn altijd kwetsbaar, zeker als je je op het snijvlak van allemaal verschillende domeinen begeeft.

Mevrouw **Mutluer**:

Hij doelde met name op het feit dat de voorzitter de twee kanten op communiceerde.

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat noem ik net. Dat is uitermate kwetsbaar, is mijn antwoord.

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom? Waar zit dan de kwetsbaarheid?

De heer **Van Dissel**:

Nou, precies om de reden die je noemt. Ik wil niet dat een advies gepolitiseerd wordt. Daar kunnen we het overigens nog apart over hebben, over of dat wel of niet gebeurt, maar dat wil je niet. En het tweede is dat ik wil dat de politiek begrijpt wat wij eigenlijk te bieden hebben met betrekking tot vragen die ze aan ons stellen. Dat is een kwetsbaar gebied. Is dat dan misgegaan? Het enige wat ik daarop kan zeggen, is: als dat mis zou zijn gegaan, had ik verwacht dat terug te horen in het OMT. De ego's die daarin zitten, zijn bepaald niet klein. Die houden zich ook bepaald niet in als ze vinden dat dat moet, omdat hun voorzitter van alle walletjes zit te eten.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat blijkt ook uit onze documenten, niet dat ze ego's hadden, maar wel dat er op enig moment discussie is in het OMT over de invloed van uw contacten met het kabinet en de onafhankelijkheid van het OMT. Wij zien dat er in de herfst van 2020 een artikel verschijnt in de Volkskrant waarin een aantal OMT-leden aangeven dat ze het gevoel hebben dat ze moeten tekenen bij het kruisje. Kunt u uitleggen wat er toen is gebeurd?

De heer **Van Dissel**:

Zeker, want dat is een dramatisch beeld. Kijk, wat daar bedoeld wordt, even los van dat we dat meteen besproken en opgelost hebben ... Wat er toen speelde, weer bij opkomende aantallen van corona, want het was natuurlijk een hele tijd rustig geweest, was dat het probleem zich voordeed dat het Catshuisoverleg werd ingevoerd. En dat betekent dat ...

Mevrouw **Mutluer**:

Dat was een informeel ... Misschien kunt u het even heel kort uitleggen.

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat was een informeel overleg met de betrokken bewindslieden, weliswaar informeel, maar natuurlijk wel ernaar strevend om bepaalde besluiten te nemen, of dat men daarnaartoe ging bewegen. Dat Catshuisoverleg leidde vaak een of twee dagen later tot persconferenties of anderszins tot communicatie over maatregelen. Dus dat was een belangrijk overleg. Toen was het nog zo dat we op de maandag bij elkaar kwamen. Dat was gewoon historisch zo gegroeid. Er zat geen bedoeling achter. Het was gewoon hoe het was. Toen dat Catshuisoverleg opstartte

en natuurlijk ook meer belang kreeg, omdat we zagen dat het aantal infecties toenam, zeiden de OMT-leden, en voor de duidelijkheid, naar mijn idee volkomen terecht: dit is niet hoe we verder moeten, want als in het Catshuis al punten genoemd worden en wij er maandag alleen maar over kunnen zeggen dat we het ermee eens zijn, is dat niet onze rol. Dat is wat dit artikel zei. Het gevolg was dat we het naar de vrijdag hebben gezet, zodat we in ons aller idee weer de juiste volgorde hadden, namelijk dat we eerst OMT hadden, vervolgens overleg, ook in het Catshuis, en uiteindelijk maatregelen. Het BAO zat daar vaak nog tussenin. Kijk, dit is niet een constatering – dat lees ik ook niet in de Volkskrant – dat dit allemaal gebeurd was, die beïnvloeding. Het was gewoon een constatering dat de volgorde van "een advies leidt tot BAO leidt tot een advies aan de ministers" gewoon niet meer kon in die constellatie. Dat moesten we dus veranderen. En dat hebben we gedaan.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus door eerder te vergaderen heeft u dit probleem dat werd aangekaart – "we hebben het gevoel dat we moeten tekenen bij het kruisje" – opgelost?

De heer **Van Dissel**:

Dat is daarmee opgelost, want dat betekende dat er eerst invloed was op het type advies, en er vervolgens de politieke bespreking van het advies was. Dus dat werd weer omgedraaid in de, in de ogen van de adviseur, goede volgorde, want je wilt eerst advies geven voordat het besluit al gevallen is. Dat is logisch.

Mevrouw **Mutluer**:

We gaan zo meteen nader in op de onafhankelijkheid. Ik wil een afrondende vraag stellen over uw rol, of de rol van een voorzitter van een OMT. In het begin van de crisis was het nodig – dat geeft u ook heel nadrukkelijk aan – om de politici en ambtenaren goed voor te lichten over hoe een virus werkt, om dat echt te duiden, en over hoe je dat kunt bestrijden. Maar was dat later in de crisis, die twee jaar duurde, nog nodig?

De heer **Van Dissel**:

Nee, maar toen was ook de presentie heel anders.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat bedoelt u daarmee?

De heer **Van Dissel**:

Dat de reden dat ik in Den Haag was, heel anders was. Het begint ermee dat je overleg hebt over de vragen die gesteld gaan worden. Want voor de duidelijkheid: als de minister en het ministerie bepaalde vragen hebben, bijvoorbeeld over een versoepeling, dan wil je dat doorgerekend hebben. Dus je kan niet met de vraag wachten tot donderdagavond als er vrijdag een OMT is, want dan hebben de modellers geen tijd om het allemaal door te rekenen. Bovendien is het zo dat niet elke vraag door ons beantwoord kan worden. Dus je wilt invloed op de vraag. Er moet overleg zijn over wat voor type vragen naar het OMT gaat: vraagarticulatie.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat moet u uitleggen.

De heer **Van Dissel**:

Nou ja, zo heet dat dan officieel. Misschien moet ik dat woord niet gebruiken. Waar het om gaat, is dat de goede vragen bij de goede personen komen en dat het OMT geen vragen krijgt waar het geen kant mee op kan, terwijl de politiek als ze vragen stelt wel het idee heeft dat ze voor de politiek relevante antwoorden kan verwachten. Dus daar is gewoon overleg over nodig. Dat kan je niet zomaar ...

Mevrouw **Mutluer**:

Maar uw rol veranderde gedurende de crisis.

De heer **Van Dissel**:

Absoluut.

Mevrouw **Mutluer**:

De frequentie ook?

De heer **Van Dissel**:

Sorry?

Mevrouw **Mutluer**:

De frequentie, dat u ...

De heer **Van Dissel**:

De frequentie veranderde zeker. Soms zat ik maandag wel bij vier verschillende overleggen. Dat was gelukkig niet meer nodig.

Mevrouw **Mutluer**:

Vond u daarmee dat uw aanwezigheid nog steeds nodig was, gedurende de gehele crisis?

De heer **Van Dissel**:

Bij die vragen absoluut. Vervolgens hadden we dan het OMT. Na het OMT was er een terugkoppeling naar de ministers, waar ook de voorzitter van de NCTV, die u vanmiddag spreekt, bij aanwezig was, want de potentiële voorstellen, de adviezen, moesten worden omgezet in beleid. Ook dat neemt weer tijd, dus daar wil je ze tijdig in meenemen: dit valt ongeveer te verwachten als antwoord op de vragen. Dan hadden we ongeveer de zaterdag de tijd om het OMT-advies uit te werken en de Catshuisbespreking van mijn zijde voor te bereiden. Daar heb je weer allerlei plaatjes et cetera bij nodig. Dan was er het Catshuis. In het Catshuis kreeg ik altijd, ongetwijfeld niet altijd tot genoegen van de aanwezigen, ruim de tijd om de duiding te doen, zowel van de situatie als van het advies. Dat deed ik op dezelfde wijze als op woensdag in de Kamer, met dezelfde sheets. Er zat geen enkel verschil tussen. Ik vond het uiteraard belangrijk dat de Kamer erin werd meegenomen, met dezelfde kennis. Dan volgde er een hele discussie in het Catshuis, waar ik me niet mee bemoeide ...

Mevrouw **Mutluer**:

Dit stukje, de volgorde van overleggen, bespreken we vanmiddag met de NCTV.

De heer **Van Dissel**:

Oké.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar ik heb volgens mij antwoord gekregen op mijn vraag: u vond dat uw aanwezigheid bij alle overleggen nodig was gedurende de hele crisis. Ik dank u voor uw antwoorden.

De heer **Van Dissel**:

Oké.

De **voorzitter**:

Dan kijk ik of collega Poortman nog aanvullende vragen heeft op dit onderwerp.

De heer **Poortman**:

Op dit onderwerp niet. Ik kan meteen doorstoten naar het volgende onderwerp.

De **voorzitter**:

Gaat uw gang.

De heer **Poortman**:

Dat sluit daar namelijk op aan. Dat gaat over de wisselwerking tussen het OMT en VWS. U gaf eerder in het gesprek aan dat u adviezen gaf en dat daar nog een politieke weging op moest volgen. Maar in de wisselwerking zien we dat het van twee kanten toch heel specifiek is: de adviesaanvragen vanuit VWS richting het OMT zijn heel specifiek, maar de maatregelen die jullie adviseren zijn toch ook wel vrij specifiek beschreven. Daar wil ik het graag over hebben. De allereerste vraag: als zo'n adviesaanvraag vanuit VWS naar u toekwam als OMT, voelde u dan genoeg ruimte om daarvan af te wijken? En die adviesaanvragen waren dan specifiek.

De heer **Van Dissel**:

Zeker. Dat is ook vaak gebeurd. U kunt in de OMT-adviezen verschillende keren terugvinden dat we zeggen: sorry, maar we vinden dat dit niet echt op ons bordje ligt.

De heer **Poortman**:

Heeft u zelf een voorbeeld van wat u daarin tekenend vindt?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dan moet u dat even door de tekstverwerker halen. Die zijn er gewoon. Die ben ik weer tegengekomen toen ik er een beetje doorheen las voordat ik hiernaartoe kwam. We hebben lang niet alles een-op-een beantwoord. Dat kon ook niet, of we hebben het niet in de detaillering die men wilde beantwoord. Dat vonden we niet alleen niet altijd onze taak, maar dat vonden we ook niet altijd goed mogelijk. U kunt zich het volgende misschien voorstellen; dat werd net even als voorbeeld genoemd. Stel dat er gezegd wordt: OMT, we willen iets met de

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

supermarkten; vindt u dat die om 5.00 uur openkunnen of om 5.30 uur? Dat is gewoon een willekeurig voorbeeld, hoor, maar met dat soort vragen kunnen we gewoon helemaal niks.

De heer **Poortman**:

Om even bij dit voorbeeld te blijven. Dit is een willekeurig voorbeeld; dat begrijp ik ook.

De heer **Van Dissel**:

Het is ook een gechargeerd voorbeeld.

De heer **Poortman**:

En gechargeerd. Maar wringt dat hele idee van de supermarkten niet met de hele adviesaanvraag? Zou u niet liever vanaf een nulpunt beginnen, zo van "dit is de situatie, zo gedraagt het virus zich, dit moet u nu doen" in plaats van dat VWS allerlei wensen doorgeeft voor het advies?

De heer **Van Dissel**:

Nou ja, elk OMT-advies begon met het onderdeel dat u nu noemt. We begonnen met een beschrijving van de huidige uitbraak. We begonnen met: wat is het R-getal, hoeveel ruimte lijkt er te zijn en waar gaat het naartoe? Tegelijkertijd zijn we ook dienend. Als er een bepaalde politieke keuze is om bijvoorbeeld wel de bioscopen open te gooien maar niet de restaurants, dan is het niet meteen aan ons om te zeggen: we willen de restaurants, en de bioscopen willen we niet. We volgen dan natuurlijk de aanwijzingen en de gedachtegang van de vraagsteller. Maar het was niet altijd mogelijk de vraag te beantwoorden. Dan gaven we dat ook aan.

De heer **Poortman**:

Bleef er door die gedetailleerde aanvragen genoeg ruimte over om eigenstandig met adviezen te komen?

De heer **Van Dissel**:

Ja, als dat nodig was wel. Ik ben het helemaal met u eens dat ... Ik denk dat het niet echt tegen te houden is, maar kijk naar het type adviezen, hoe dat verliep en de detaillering. In het begin was de vraag natuurlijk meer: help. Dan konden we aangeven waar schaarste te creëren was en waar dat leidde tot minder virusoverdracht. Dan konden we heel breed kijken. Dat was bij de tweede fase en latere fases totaal anders. Dat kwam ook omdat het voor veel meer maatschappelijke reuring zorgde. Er

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

waren veel meer vragen vanuit de maatschappij. Iedereen wilde eerder open dan de buurman, wat heel begrijpelijk is. Dat vertaalde zich natuurlijk naar politieke druk, stel ik me zo voor. Dat maakte dat ...

De heer **Poortman**:

Wat bedoelt u met "politieke druk"?

De heer **Van Dissel**:

Nou, als de horeca bij de minister langsgaat en zegt "ik wil weer vrij", zegt de minister ongetwijfeld: dat kan nog niet. Je bouwt dan toch druk op en daarna komt de volgende langs. De keuze van wat als eerste gaat, ligt natuurlijk altijd bij de politiek. Dat betekent dat de vraagstelling helaas veel gedetailleerder wordt, terwijl overigens de basismanier om ernaar te kijken altijd natuurlijk identiek is gebleven.

De heer **Poortman**:

Mijn laatste vraag richtte zich vooral op het gegeven of er genoeg ruimte was om zelfstandig met advies te komen. De heer Kluytmans gaf bijvoorbeeld aan dat hij die ruimte miste. Hij zei dat zo'n OMT-vergadering vol zit met het bespreken van de adviesaanvragen van de regering, terwijl je ook vanuit je eigen expertise soms met andere ideeën zou willen komen of andere zaken zou willen bespreken.

De heer **Van Dissel**:

Zeker. Ja. Ik kan me herinneren dat daar weleens sprake van geweest is, maar ehm ... Kijk, ik denk dat je dan opnieuw toch in een situatie komt ... Wij kunnen wel iets helemaal los verzinnen van wat de regering aan ons vraagt, maar ik verwacht dat dat op gespannen voet zou staan. Wij krijgen dus vragen die bijvoorbeeld over versoepeling gingen. Daar was al een bepaalde de-escalatieladder voor opgesteld, zoals je dat ook in het buitenland zag. Dan waren er toch vaak vragen aan ons of dat kan, of er voldoende ruimte is et cetera. Dat waren allemaal medisch-epidemiologische vragen. Daar ging je dan mee terug. Wat voor hele andere vragen ... Ik heb de heer Kluytmans ook niet meteen horen invullen wat hij dan als voorbeeld bedoelde. We hebben ook een paar keer los van vragen met elkaar vergaderd. Dan heb je het overigens ook over de vraag of de vergaderingen goed lopen, wat ook al gevraagd werd. We hebben het ook weleens over andere zaken gehad. Kijk, een OMT ... We zijn natuurlijk het meest gelukkig als we over hele basale dingen kunnen

adviseren, zoals "blijf thuis als je klachten hebt" of "laat je testen". Dat was als eerste belangrijk, vervolgens de collectieve en dan nog de individuele ... Uiteindelijk werd het zo specifiek dat je je daar weleens een beetje kriegelig bij voelde.

De heer **Poortman**:

Gold dat ook voor uw eigen adviezen, die dan vervolgens vrij specifiek teruggingen naar het ...

De heer **Van Dissel**:

Ik ging terug met de adviezen die het OMT mij meegaf. Die staan in de OMT-brieven.

De heer **Poortman**:

Waren die zodanig opgesteld dat het kabinet er ook van kon afwijken?

De heer **Van Dissel**:

Natuurlijk. Het kabinet kon altijd doen wat het wilde. Wat ik wel ... Nou ja, kijk, als je over de hele advisering praat – het is natuurlijk een beetje achterliggend wanneer er nou sprake is van politisering van advisering ...

De heer **Poortman**:

Dat is een goede en belangrijke vraag.

De heer **Van Dissel**:

Nou ja, het is gewoon een heel moeilijk punt. Ik kan best wat punten noemen waarvan ik achteraf erken dat je dat de volgende keer niet zo moet doen.

De heer **Poortman**:

Wat zouden die punten zijn?

De heer **Van Dissel**:

Ik zal een voorbeeld noemen. Het eerste is dat de hele besluitvorming gewoon door covid werd gecomprimeerd. Dat moet wel, want het virus heeft een generatietijd van drie tot vijf dagen. Als wij op woensdag een vraag krijgen van de minister, op donderdag doorrekenen, op zondag bespreken, op dinsdag een persconferentie hebben en het dan op donderdag ingaat, ben je al twee generaties verder. Het is voor een virusbestrijder eigenlijk niet te pruimen dat dat zo lang duurt. Dat proces

werd dus erg in elkaar geschoven. Tegelijkertijd wil ik erbij stellen dat ik de eerste ben die begrijpt dat er democratische controle moet plaatsvinden. Hoe je dat organiseert, vind ik persoonlijk heel ingewikkeld. Of dat goed gegaan is, moet u beoordelen. Maar ik denk dat dat een essentiële vraag is. Kijk dan nog naar wat de consequentie is van die comprimering. Die was toch dat het BAO naar mijn idee veel te weinig zichtbaar was.

De heer **Poortman**:

De OVV heeft daar ook aandacht aan gegeven in dat rapport. Daarin stond – ik kijk even hoe ze dat schreven, hoor – dat door het niet of slecht functioneren van het BAO ook een belangrijke check in de adviseringslijn wegviel. Wat vond u daarvan?

De heer **Van Dissel**:

Volledig mee eens. Wat ermee wegvalt, is die tussenbeoordeling van een technisch OMT-advies naar de vraag wat dit maatschappelijk eigenlijk doet, wat de impact is en of het een hanteerbaar advies is. Al dat soort zaken vielen eigenlijk weg.

De heer **Poortman**:

Hoe kan dat ontstaan in zo'n crisis, terwijl zo'n BAO van essentieel belang lijkt? Hoe kan in uw optiek zo'n adviesorgaan wegvallen?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat dat toch is toe te schrijven aan die geweldige druk waar de advisering onder stond.

De heer **Poortman**:

Keek het kabinet dan liever rechtstreeks naar het OMT-advies, in uw beleving?

De heer **Van Dissel**:

Nou ja, in ieder geval gaven we die advisering vrijdagavond terug.

De heer **Poortman**:

Aan het kabinet.

De heer **Van Dissel**:

Dat was mondeling, zodat zij konden voorbereiden wat er te bespreken viel.

De heer **Poortman**:

Gaf u het dan terug aan iemand van het BAO, of rechtstreeks aan het kabinet?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat was aan het kabinet. Kijk, het BAO werd ...

De heer **Poortman**:

Had u zelf niet beter kunnen zeggen: geef me een contactpersoon bij het BAO, want dan zorg ik nog steeds dat die adviezen via het BAO bij u terechtkomen?

De heer **Van Dissel**:

Dat ben ik helemaal met u eens. Ik kan u alleen maar zeggen hoe het liep. Het liep niet zo omdat er per se bezwaar tegen was, denk ik, maar gewoon om het ook allemaal behapbaar te houden. Maar op zich heeft u – dat zeg ik ook – een belangrijk punt. Ik denk dat, als het BAO veel meer zichtbaar was geweest en ook naast mij had gestaan op alle publieke momenten die ik had ... Want dat reken ik mezelf ook aan. Als ik met de minister-president voor de pers sta om wellicht bepaalde maatregelen toe te lichten, dan denk ik achteraf dat het een misser is – dat vind ik althans, hoor – dat het BAO er niet even prominent stond, juist om die schakeling tussen advies, brede beoordeling en dan terugkoppeling duidelijk te maken. Dat vond ik dus een heel belangrijk punt, waarvan ik achteraf gezien denk: ik zou hopen dat dit wordt veranderd. Daarmee neem je ook weg dat andere mensen gaan wijzen, zo van "wat doet die daar?", "dat is geen zuivere koek" en "dat loopt vast allemaal in elkaar over". Dat beeld kun je natuurlijk weleens oproepen, dus daar kun je je dan tegen verzetten.

De heer **Poortman**:

Precies. Tot slot zou ik in het verlengde daarvan met u willen ingaan op wat premier Rutte ooit zei. Hij noemde het OMT-advies niet heilig, maar een journalist vroeg aan hem "is het OMT-advies heilig?" en dat beaamde hij. Rutte zegt bijvoorbeeld ook op een persconferentie van 16 februari

'21: "Op dit moment zegt het OMT en dat ontslaat ons nu ook van dat debat, als kabinet, die zeggen heel duidelijk: het is niet mogelijk nu, dat is echt heel onverstandig om die avondklok nu los te laten." Daarmee positioneert hij zich duidelijk achter het OMT-advies. Hoe kijkt u naar die uitspraak?

De heer **Van Dissel**:

Ik vind dat heel kwetsbaar. Ik vind ... Ik denk dat je jezelf gewoon tekortdoet als je niet zorgt dat het OMT in die juiste positie blijft. Als adviezen gepolitiseerd worden, maak je alles kwetsbaar, want als je dan tegen een advies bent, wordt het al heel snel: o, iemand is tegen de wetenschap. Een politiek advies moet politiek zijn en een wetenschappelijk advies wetenschappelijk. Dat moet je blijven scheiden.

De heer **Poortman**:

Vond u dat het kabinet zich verschool achter OMT-adviezen?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat soort termen vind ik allemaal niets, maar ik vind wel dat je daar een volgende keer veel scherper op moet zijn. Als te vaak gezegd wordt dat het OMT-advies het kompas is dat de richting aangeeft, dat we het zo gaan doen en dat je niet duidelijk maakt dat er ook een BAO en een politieke afweging zijn ... Dat zit 'm vaak in kleine zinnen, want in plaats van "kompas" had je bij wijze van spreken ook kunnen zeggen: nou, we hebben kennisgenomen van het OMT-advies en van het BAO-advies, en dit is ons politieke besluit. Dat kan dan nog steeds het OMT-advies volgen. Ik bedoel, dat is prima. Maar dan geef je naar buiten toe duidelijk aan dat het gescheiden werelden zijn, dat je ze ook zo ziet en dat je politieke besluiten wilt nemen, die je politiek wilt verdedigen in de Kamer.

De heer **Poortman**:

U zegt daarmee: op het OMT-advies hoort een politieke weging te volgen.

De heer **Van Dissel**:

Absoluut. Dat heeft het ook wel gedaan, maar ik kan me voorstellen dat de manier waarop dat liep, weleens vertroebelde. En als die scheidingslijn vertroebelt, dan doe je het gewoon niet goed. Dat moet je echt apart houden, ook vanwege de consequenties die dat heeft. Ik wil u overigens nog wel een punt noemen ...

De heer **Poortman**:

Dat is dan tot slot, want dan kunnen we dit punt daarmee afronden.

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat is goed, maar het is niet onbelangrijk, althans niet voor mij, namelijk: het lekken. Ho-pe-loos.

De heer **Poortman**:

Hoe bedoelt u dat?

De heer **Van Dissel**:

Nou, vrijdag hadden we een OMT, vrijdagavond hadden we een terugkoppeling, ik sta zaterdag op en dan staat het in de krant. Want zo was de situatie.

De heer **Poortman**:

Daarmee lekt het ... Werd er vanuit het kabinet ...

De heer **Van Dissel**:

Ja, wie er lekt, moet u mij niet vragen. Ik ben geen opsporingsambtenaar. Natuurlijk hebben we dat besproken in het OMT. Dan wordt mij verzekerd dat daar geen lek zat. Ik geloof ze, want ik ken ze. U moet verder maar vragen en invullen waar dat mogelijk wel was. Het gaat me niet eens zozeer om het lekken, maar het gaat mij om de consequentie die het heeft voor de beeldvorming van de bevolking. Die zien dat het OMT bij elkaar komt. Vervolgens zien ze dat Van Dissel alleen zwaait naar de pers, want ik zeg niks op dat moment, wat natuurlijk al heel irritant is, misschien. Dan heb ik een terugkoppeling naar het kabinet. Dan leest Nederland vervolgens zaterdagochtend in de krant: het OMT-advies is dit en dat. Vervolgens komt dat zondag wellicht ook min of meer zo naar buiten. Dat geeft gewoon totaal foute beeldvorming ten opzichte van hoe je het zou willen hebben, want je wil gewoon dat het voor iedereen duidelijk is dat het advies in het Catshuis met iedereen erbij besproken wordt. Als de suggestie "dit is het" is, en vervolgens zie je "o, dat klopt wel aardig", dan is dat gewoon fnuikend. Ik heb weleens overwogen om vrijdagavond gewoon een ander verhaaltje te vertellen. Dan dacht ik: nou, dan ga ik morgen in de krant lezen wat ik verteld heb en dan vertel ik ze zaterdagmiddag hoe het echt zat. Maar ja, goed, dat kan natuurlijk niet.

Dat zou waanzinnig zijn. Dat vind ik ook helemaal niet mijn rol. Maar het geeft alleen maar aan hoe hoog mijn niveau van irritatie hierover was.

De heer **Poortman**:

Dank daarvoor. Even als ondertiteling: het Catshuisoverleg was het informele overleg op zondag waar bewindslieden die ...

De heer **Van Dissel**:

Wat natuurlijk wel leidde tot voorstellen die uiteindelijk dan werden doorgezet of genomen.

De heer **Poortman**:

Dank voor dit moment. Ik heb op dit punt geen vragen.

De **voorzitter**:

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

Mevrouw **Mutluer**:

Dat gaat met name om de doelen en de strategieën van het coronabeleid en de rol die het OMT daarin heeft gehad. Uit ons onderzoek blijkt ook dat het OMT op 6 april 2020 drie pijlers noemt onder de transitiestrategie. Ik zeg het even in normale woorden: het plan om stap voor stap terug te gaan naar een normale situatie, oftewel te versoepelen. Dat was één: een acceptabele belasting van de zorg. Twee: het beschermen van kwetsbaren. En drie: zicht houden op het virus. Waren dat in uw ogen doelen of waren dat kaders of voorwaarden waarbinnen eventuele versoepelingen uiteindelijk konden plaatsvinden?

De heer **Van Dissel**:

Dat zijn de doelen, zoals het heet – dat werd ook elke keer in de brief geïtereerd – die het kabinet ons meegaf. Want elke OMT-brief begint er eigenlijk mee. Eerst is er een overzicht van wie er was, dan nog wat inleidende zinnen, en dan vervolgens: "We hebben dit advies opgesteld naar aanleiding van de doelen zoals meegegeven door het kabinet." Dat is ongeveer de letterlijke tekst.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus de doelen die jullie noemen, die drie doelen die ik net voorlas, waren meegegeven door het kabinet?

De heer **Van Dissel**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Waren dat in uw beleving, nogmaals, doelen of meer voorwaarden waarbinnen eventuele versoepelingen konden plaatsvinden?

De heer **Van Dissel**:

Ik weet niet precies hoe u het verschil ziet. Volgens mij staat er in de brief steeds "doelen".

Mevrouw **Mutluer**:

Wat bedoelt u ... Wat verstaat u onder een doel?

De heer **Van Dissel**:

Dat het een doel was. Dus, bijvoorbeeld ... Eh ... Het zorgen of trachten te zorgen dat de hele zorgketen in stand bleef en daarvan gebruik kon worden gemaakt. Dat was doel één, geloof ik. Er was ook het doel: heb zicht op het virus. Dat waren dan letterlijk de doelen die we probeerden te bereiken met onze advisering.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus geen voorwaarden om te versoepelen, of gaat dat in elkaar over?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat het in elkaar overgaat, want bij versoepelen kijk je natuurlijk met name: wat zijn de consequenties van de versoepeling en zijn de consequenties dusdanig dat ik niet meer in die doelen kan voorzien? Bijvoorbeeld, ik ga zo snel versoepelen dat ik verwacht dat de zorgketen meteen overbelast is. Ja, dan gaat dat mis.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik hoorde u net zeggen: wij kregen die doelen mee van het kabinet. Uiteindelijk kwam dat in een OMT-advies, in de zin van: dit zijn de doelen of de drie pijlers onder de transitiestrategie. Vervolgens zien we dat premier Rutte en minister De Jonge deze pijlers overnemen in de hieropvolgende persconferentie over de algemene doelen voor het kabinetsbeleid. Hoe moet ik dat zien?

De heer **Van Dissel**:

Dat moet u waarschijnlijk zo zien dat dat gewoon besloten is in het kabinet, want wij kregen ze mee, ook in de brief. Dan hebben ze het blijkbaar nodig gevonden om dat nog een keer te uiten in de algemene persconferentie.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus ze vonden het nodig dat het OMT dat wat ze hadden meegegeven over de doelen als advies naar buiten bracht, zodat ze dat tijdens de persconferentie als algemene pijlers en als algemene doelen van het kabinetsbeleid konden presenteren?

De heer **Van Dissel**:

Ja, zij hadden het gekozen, dus het lijkt me logisch dat zij het ook naar buiten brengen.

Mevrouw **Mutluer**:

Vond u het ook logisch dat dit de drie doelen moesten zijn voor het kabinetsbeleid?

De heer **Van Dissel**:

Ik had me er misschien nog meer bij kunnen voorstellen, maar het was duidelijk dat deze hele crisis in Nederland, en overigens ook in andere landen, al heel snel natuurlijk vooral draaide om de beschikbaarheid van zorg voor iedereen die dat nodig had, ook met de beelden uit Bergamo in gedachten, denk ik, waarbij dat totaal misging. Men wilde geen patiënten voor de deur van het ziekenhuis die geen adem hadden en die niet konden worden geholpen. Dus dat betekent dat dit de doelen werden. Daarnaast was het natuurlijk ook belangrijk om te weten: hoe gaat het virus eigenlijk rond? Dat is doel drie. Doel twee refereerde vooral aan kwetsbaren. Dat waren natuurlijk de patiënten die werden opgenomen. In wezen werd pas later – want dit waren natuurlijk aanvankelijk wat overheersende doelen, die verpleeghuizen toch enige tijd in de schaduw zetten – het probleem dat daar speelde ook duidelijk. Ik denk dat het ook van belang is om u te realiseren dat we in het begin al heel veel moeite hadden om zicht te hebben op de ziekenhuizen. Er was, opnieuw, geen standaardsurveillance. Een manier om de getallen te krijgen – hoeveel ziekenhuisopnames en hoeveel ic-opnames zijn er eigenlijk? – was er gewoon niet. We moesten

destijds elke dag 95 ziekenhuizen, zoiets, rondbellen in de hoop dat we die getallen kregen.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar als u het logisch vond dat het kabinet deze doelen nastreefde, welke van deze drie doelen heeft in uw beleving dan uiteindelijk de strategie bepaald?

De heer **Van Dissel**:

Nou, het waren alle drie belangrijke ...

Mevrouw **Mutluer**:

Maar het meest?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat initieel duidelijk was dat het ziekenhuisgebeuren in wezen overheersend was. Dat was zowel overheersend in de media ...

Mevrouw **Mutluer**:

De acceptabele belasting van de zorg, is dat dan ... ?

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat was in ieder geval een hele belangrijke. Ook in de media was het beeld dat dat op de ic's – het is veel op televisie geweest – leidde tot overwerken, een verdubbeling ongeveer van de activiteiten van de ic's, een geweldige activiteit, met een ontzettende inzet van alle betrokkenen. In ziekenhuizen werden natuurlijk continu mensen opgenomen en gingen ze ook weer met ontslag. Dat dat in stand moest blijven, had gewoon de aandacht, zeker in het begin, denk ik.

Mevrouw **Mutluer**:

Ondanks het feit dat u deze drie doelen toch logisch vond, waarbij u aangeeft dat een acceptabele belasting van de zorg in het begin het meest bepalend was, heeft u als OMT op 20 april een advies uitgeven richting het kabinet: voeg een vierde doel hieraan toe, namelijk: kijk naar de schadelijke gevolgen van het virus en behoud van draagvlak. Was het ook de rol van het OMT om een dergelijk doel, in uw beleving ...

De heer **Van Dissel**:

Nee, het was zeker niet de rol van het OMT om de doelen van kabinet te

stellen. En dat doen we hier ook niet, hè, want voor de duidelijkheid: de twee die u erbij noemt, draagvlak, die twee zaken die genoemd worden in de brief, zijn geen doelen. Dat zijn randvoorwaarden om überhaupt wat te kunnen. Als u de brief verder leest, dan ziet u dat we in een latere fase ook weer terugkomen op die drie doelen van het kabinet, dat die sturend zijn voor wat het OMT verder adviseert. Maar we hebben in die brief opgemerkt: realiseer je wel dat dingen als draagvlak gewoon technische randvoorwaarden zijn die het kabinet moet verzorgen. Dat is niet iets wat het OMT ging doen.

Mevrouw **Mutluer**:

Uit ons onderzoek blijkt dat het OMT op 20 april ...

De heer **Van Dissel**:

Ik heb het over 20 april.

Mevrouw **Mutluer**:

... voorstelt om na de eerste golf in de doelen van het beleid ook maatschappelijke doelen op te nemen.

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat zijn die twee die ik net noemde. Dat moet u niet als doelen zien. Misschien staat het er dan ongelukkig ...

Mevrouw **Mutluer**:

Zo staat het erin.

De heer **Van Dissel**:

Ja, maar wat ik u zeg, is hoe we het zagen en hoe u het ook in de volgende OMT-brief weer terug ziet komen, want daarin hebben we het over drie doelen van het kabinet.

Mevrouw **Mutluer**:

En wat vond u ervan dat, hoewel de heer Rutte bijvoorbeeld op 7 april aangaf dat de OMT-adviezen heilig waren of, zoals u het mooi noemde, "het kompas" waren, dit advies pas in 2021 werd overgenomen en het doel werd toegevoegd?

De heer **Van Dissel**:

Een doel met betrekking tot maatschappelijke implicaties, waarvan ik weet

dat dat bij de drie doelen kwam die altijd aan het begin werden genoemd ... Dat gebeurde pas in april 2022. Dat is iets wat minister Kuipers gedaan heeft.

Mevrouw **Mutluer**:

Pas in 2021. Vond u dat te laat?

De heer **Van Dissel**:

Nee, 2022. Dat zal u dan helemaal te laat vinden, maar dat is hoe het in mijn herinnering is. Maar ik wil meteen wat toevoegen. De brief waarop u duidt, is naar mijn idee een interessante brief, want zowel midden in de brief als aan het eind zeggen we nadrukkelijk: "Kabinet, realiseer je dat wij over medisch-epidemiologische advisering gaan; wij hebben geen zicht op maatschappelijke problemen, economische problemen en sociaalpsychologische problemen." Daar eindigt de brief zelfs mee: "Als jullie dat belangrijk vinden, moet dat geregeld worden, want wij gaan het niet meenemen in onze advisering." Dat is dus ook waar de twee punten die u eerder noemde, als randvoorwaarden even werden meegenomen: het is natuurlijk vanzelfsprekend dat dit geregeld moet zijn, want anders valt elke bodem onder advisering weg. Maar dat staat misschien wat ongelukkig in de brief.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat vierde doel kwam dus pas later aan bod. Er ging, zoals u net ook zei, heel veel aandacht naar de ziekenhuisopnamen en de bezetting van de ic-bedden. Daar gingen ook heel veel adviezen van het OMT over. Zien wij het goed dat er in feite werd gestuurd op het net niet vol laten lopen van de ic?

De heer **Van Dissel**:

Nee.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus geen code zwart?

De heer **Van Dissel**:

Nee, zo nauwkeurig kan dat helemaal niet.

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom niet?

De heer **Van Dissel**:

Omdat het virus niet toelaat dat je bij wijze van spreken op tien bedden in Nederland inzoomt. Dat kan gewoon niet. Het niveau waarop gestuurd werd, ligt dus aanzienlijk lager. Je moet rekening houden met de onzekerheid, die ook altijd getoond is bij de modellen. Het is niet zo dat wij met honderd procent zekerheid konden voorspellen dat we een week later 10 of 100 patiënten meer op de ic hadden. Daar zat een hele bandbreedte in. Daarop stuurde je om daar een hele veilige marge in te houden. Er zijn wel momenten geweest – dat weet ik, want toen gaf de heer Gommers, ook in het Catshuis, uitleg over code zwart – dat we gevaarlijk in die richting kwamen, zeker in de eerste golf maar ook nog wel in latere golven, maar je stuurde natuurlijk op een aanzienlijk lager aantal.

Mevrouw **Mutluer**:

Ja, zegt u daarmee dus dat er werd gestuurd op net niet vol laten lopen?

De heer **Van Dissel**:

Nee, ik zeg dat we op veel lager ...

Mevrouw **Mutluer**:

Op veel lager dan "net niet".

De heer **Van Dissel**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar wat betekende dat dan voor de belasting van de zorg gedurende de twee jaar van de coronacrisis?

De heer **Van Dissel**:

Dat er dus werd getracht dat die op een veel lager niveau uitkwam.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat is het verschil tussen sturen op besmettingen en vooruit modelleren in de zin van: bij zoveel besmettingen zit je net iets meer onder het aantal ic-bedden? Zo hoor ik het u zeggen. Hoe moet ik dat verschil duiden?

De heer **Van Dissel**:

In alle eerlijkheid begrijp ik niet direct wat u bedoelt. Ik ga dus waarschijnlijk een fout antwoord geven.

Mevrouw **Mutluer**:

Er is geen fout antwoord.

De heer **Van Dissel**:

Wat je doet, is met alle maatregelen elke keer kijken of er, wanneer we dat modelleren met betrekking tot wat we wel of niet willen bereiken, ruimte genoeg is om zo'n maatregel mogelijk te maken. Dat modelleer je. Je kan altijd maar ...

Mevrouw **Mutluer**:

Even concreet, want dit begrijp ik niet. Wat bedoelt u daarmee?

De heer **Van Dissel**:

Oké. Je kijkt elke week in de modellering, die ook elke week weer wordt geijkt op de daadwerkelijke situatie, waar we uitkomen als we doorgaan met wat we op dat moment doen.

Mevrouw **Mutluer**:

Qua ic-bedden.

De heer **Van Dissel**:

Qua ic-bedden, maar ook qua bedden gewoon in het ziekenhuis. Uiteindelijk is, zoals ook vaak getoond in de Kamer, ook gemodelleerd op bijvoorbeeld verpleeghuizen. We hielden dus al die domeinen in de gaten. Eigenlijk wilde je dat daar niet te wilde schommelingen in kwamen die zouden maken dat plotseling iedereen weer extra diensten moest doen of wat dan ook. Dat is natuurlijk een ... Ik wilde niet zeggen een subtiel spel, maar dat is dus niet zo simpel; dat was precies de uitdaging die we al meteen hadden. Dus: hoe kies je de juiste maatregelen, in de verwachting dat die bepaalde dingen doen, ervoor zorgende dat de zorg niet te zwaar belast wordt?

Mevrouw **Mutluer**:

Wat ik bedoelde, was: ga je sturen op het aantal mensen dat besmet is of ga je het zo modelleren als "als we zo veel besmettingen hebben, dan heeft dat die bepaalde gevolgen voor het aantal bedden"?

De heer **Van Dissel**:

Ja, maar het een is het verlengde van het ander. Wat ik bedoelde, was ...

Mevrouw **Mutluer**:

Waar stuur je op?

De heer **Van Dissel**:

Nou ja, je kijkt altijd hoeveel mensen er momenteel besmet zijn, want dat is het uitgangspunt van de simulaties. Als dat aantal heel hoog is, heb je heel weinig bandbreedte om bijvoorbeeld een R boven 1 toe te laten.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat betekent dat?

De heer **Van Dissel**:

Dat betekent dat als er veel mensen in het ziekenhuis liggen en er een uitbreiding is van de uitbraak omdat het R-getal boven 1 is, je 1,2 maal een heel hoog getal hebt. Dan kom je alweer direct op een heel hoog getal uit. Dan is de consequentie van die 1,2 dus heel erg groot. Als je in een stijgend deel van de uitbraak zit, met op dat moment weinig geïnfecteerde personen, en je hebt een R van 1,2, dan neemt die bij wijze van spreken procentueel gezien even snel toe, maar is het aantal waarover je het hebt, absoluut gezien, veel kleiner.

Mevrouw **Mutluer**:

Even terug, want nu wordt het weer heel technisch. We moeten het kunnen volgen. Ik hoor u aangeven dat er niet werd gestuurd op het net niet laten vollopen van de ic's, maar wel op de ic's ...

De heer **Van Dissel**:

We stuurden op het aantal patiënten in het ziekenhuis en op de ic's, en dat mag dan niet te hoog zijn.

Mevrouw **Mutluer**:

Helder. Wat betekent dat voor de belasting van de zorg?

De heer **Van Dissel**:

Die is evenredig aan die aantallen patiënten.

Mevrouw **Mutluer**:

Hielden jullie rekening met die belasting bij het geven van die adviezen?

De heer **Van Dissel**:

Omdat je rekening houdt met het aantal patiënten, hè. Dat is het punt waarop je stuurt. De zorgbelasting is daarmee gewoon direct verbonden. Omdat je rekening houdt met het aantal patiënten.

Mevrouw **Mutluer**:

Vond u dat daarmee de zorgsector echt de kans kreeg om te herstellen in de periodes waarin de besmettingen minder waren?

De heer **Van Dissel**:

Daar kan je een groot vraagteken bij zetten.

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom?

De heer **Van Dissel**:

Nou, of dat voldoende was.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat vond u?

De heer **Van Dissel**:

Kijk, wij zagen vooral een heel complex gebeuren. Op een gegeven moment, in de eerste fase, ging het heel erg goed. Maar u weet ook: in de fases daarna wordt het heel complex. Met "complex" bedoel ik dan met name dat de maatregelen die we in de eerste fase namen, in de tweede fase helemaal niet meer het effect ...

Mevrouw **Mutluer**:

Laat ik het even concreet maken: vond u, in de eerste fase, met die strategie, dat de zorgsector voldoende kans kreeg om zich te herstellen? In de eerste fase dus.

De heer **Van Dissel**:

In de eerste fase wel. Want toen is het naar nul gegaan en hebben we een hele tijd heel weinig besmettingen gehad.

Mevrouw **Mutluer**:

En in de tweede fase?

De heer **Van Dissel**:

Dat probeerde ik duidelijk te maken. In de tweede fase werd de aansturing van de aantallen veel complexer. Dat komt ook door het opvolgen van bepaalde regels, waarvan wij natuurlijk graag wilden dat iedereen dat deed, maar wat lang niet altijd meer het geval was. De hele sturing van de uitbraak werd gewoon vele malen complexer dan in de eerste fase. Dat maakte ook dat wij veel minder in staat waren om heel goed te voorspellen wat er ging gebeuren. De tweede fase is ook veel meer uitgerekt. Die is wel een stuk lager geweest dan de eerste, hè, dus in die zin slaag je er dan in om minder te vragen van de mensen in de zorg, maar het heeft wel veel langer geduurd. Tja, dat heeft meer oorzaken. Meer dan even een eruit pakken.

Mevrouw **Mutluer**:

Mijn slotvraag dan in dit geval. U legt de complexiteit uit. Mijn laatste vraag: dat sturen op de ic-bedden, was dat een opdracht van het kabinet, van de heer Rutte?

De heer **Van Dissel**:

Nou, dat was besloten in dat eerste doel dat wij meekregen.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat u meekreeg uit het kabinet.

De heer **Van Dissel**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Van Dissel. Hiermee zijn we aan het eind gekomen van het eerste openbare verhoor met u. We hebben het onder andere gehad over het begin van de pandemie, over de advisering, over de inrichting van het OMT. U wordt nog een tweede keer opgeroepen als getuige. Ik heb dat al aan het begin van deze vergadering aangegeven.

Dan komen meerdere onderwerpen aan bod, zoals de avondklok, het coronatoegangsbewijs, mondkapjes, maar ook andere onderwerpen.

Ik verzoek de bode om de getuige en zijn bijstandsverlener naar buiten te geleiden.

De heer **Van Dissel**:

Mag ik nog één ding zeggen, meneer de voorzitter? Ik hou het heel kort.

De **voorzitter**:

Ja, heel kort.

De heer **Van Dissel**:

Als ik zo nu en dan fel of gepassioneerd overkom, is dat alleen maar omdat ik hier veel passie over voel.

De **voorzitter**:

Dank. Oké, dat is goed om te weten. We gaan elkaar nog een keer spreken.

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

De **voorzitter**:

Hiermee zijn we aan het einde gekomen van het eerste openbaar verhoor met de heer Van Dissel. Het volgende verhoor, met de toenmalige NCTV, de heer Aalbersberg, vindt plaats om 14.00 uur. Ik sluit de vergadering.

Sluiting 13.18 uur.