

Verslag van een openbaar verhoor

De parlementaire enquêtecommissie Corona heeft op 15 juni 2026 **de heer Diederik Gommers** als getuige gehoord, die werd bijgestaan door mevrouw Boersma.

Voorzitter: De Kort

Griffier: Rijkers

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

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**:

Ik open de vergadering. Het is vandaag maandag 15 juni 2026. Aan de orde is een openbaar verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona.

Ik verzoek de griffier om de getuige en zijn bijstandsverlener naar binnen te leiden.

(De heer Gommers wordt binnengeleid door de griffier.)

De **voorzitter**:

Ik geef de aanwezige pers de gelegenheid voor een kort fotomoment.

(Er worden enkele foto's gemaakt.)

De **voorzitter**:

Beiden van harte welkom, meneer Gommers in het bijzonder.

Corona was een pandemie die begin 2020 leidde tot een wereldwijde crisis. Ook voor de Nederlandse samenleving waren de gevolgen zeer ingrijpend. Het kabinet nam maatregelen die ons troffen in het dagelijks leven. Ook de Tweede Kamer had een belangrijke rol in die besluitvorming. Als parlementaire enquêtecommissie Corona zijn wij ingesteld om namens de Tweede Kamer te komen met een grondige, breed gedragen terugblik op die coronaperiode, om te leren voor een eventuele volgende pandemie of langdurige crisis.

Meneer Gommers, u bent opgeroepen als getuige voor de parlementaire enquêtecommissie Corona. U bent en was intensivist en ook voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Cares. Vanuit die rol gaan we dit verhoor met u in.

Dit verhoor vindt plaats onder ede. U heeft ervoor gekozen om de belofte af te leggen. Daarmee bevestigt u de gehele waarheid en niets dan de waarheid te zeggen. Ik wil u verzoeken om te gaan staan.

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

De **voorzitter**:

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

Voordat we gaan beginnen aan dit verhoor vraag ik u, meneer Gommers: heeft u nog vragen aan de commissie?

De heer **Gommers**:

Nee.

De **voorzitter**:

Oké. Dit verhoor zal worden afgenomen door collega Lammers en mijzelf. Het kan zijn dat collega Poortman enkele aanvullende vragen heeft.

Deze hele week staat in het teken van de impact op de zorg. Dat is ook de reden waarom u hier bent en we deze week aftrappen met u. We hebben veel te vragen, dus laten we snel beginnen. Daarvoor geef ik het woord aan collega Lammers.

Mevrouw **Lammers**:

Goedemorgen en ook namens mij van harte welkom. Tijdens de coronacrisis komen er ineens veel meer patiënten naar de ziekenhuizen dan normaal. Ze hebben problemen met ademen. Sommigen van die patiënten hebben meer en intensievere zorg nodig en komen dus op de intensive care, de ic. Kunt u ons eens vertellen waarom COVID-19-patiënten op de ic terechtkwamen?

De heer **Gommers**:

Ja. Het coronavirus is een verkoudheidsvirus en komt dus in onze longen terecht. In sommige gevallen, zo'n 5% tot 10%, kan dit leiden tot een zeer ernstige longontsteking, een dubbelzijdige longontsteking. Dan komt

de patiënt zo veel zuurstof tekort dat hij eigenlijk zelf niet meer kan ademen en wij hem moeten ondersteunen met een beademingsmachine. Dat gebeurt alleen maar op een intensive care in de ziekenhuizen.

Mevrouw **Lammers**:

Dus de behandeling was eigenlijk de beademing van de patiënt?

De heer **Gommers**:

Ik noem het geen behandeling, want het is eigenlijk ondersteuning. Het lukt de patiënt zelf niet meer om zijn zuurstofgraad op peil te houden door voldoende zuurstof op te nemen. Wij ondersteunen hem dan als intensivisten zolang dat duurt met een beademingsapparaat.

Mevrouw **Lammers**:

In Nederland hebben we in vergelijking met België of Duitsland relatief weinig ic-bedden. Kunt u ons iets vertellen over de ic-capaciteit voordat de coronacrisis uitbrak?

De heer **Gommers**:

Toen ik voorzitter werd in 2016, kregen we een nieuwe richtlijn door hulp van het Zorginstituut. Toen hebben we een uitvraag gedaan en toen zaten we op 1.150 ic-bedden. Maar we zagen in die tijd al dat het steeds moeilijker was om ic-verpleegkundigen vast te houden en op te leiden.

Mevrouw **Lammers**:

Waarom was dat?

De heer **Gommers**:

Omdat het vak zwaar is. Jeugdige mensen vonden, soms uit privéoverwegingen, de diensten zwaar. Je zag dus een afname van ic-verpleegkundigen. In januari 2020 zaten we op 950 bedden. Dan gaat het over een bed waarbij ook verpleegkundigen beschikbaar zijn om een patiënt te behandelen. Dus fysiek hadden we monitoren en beademingsapparaten voor 1.150 bedden, maar vanwege het personeel konden we eigenlijk maar 950 patiënten op de intensive care behandelen.

Mevrouw **Lammers**:

U zegt net "andere diensten", maar in hoeverre verschillen die diensten dan van die van normale verpleegkundigen?

De heer **Gommers**:

Dat verschilt niet. Je moet met elkaar een rooster maken. Je werkzaamheden bestaan uit dagdiensten, avonddiensten of nachtdiensten. Dat is voor een ic-verpleegkundige hetzelfde als voor een gewone verpleegkundige.

Mevrouw **Lammers**:

Hoe zat het met de werkdruk tijdens de pandemie, of eigenlijk ervoor en ...

De heer **Gommers**:

Voor de pandemie zagen we al dat je in sommige periodes, zoals met griep in de winter, duidelijk druk had op de bedden. Het gewone operatieprogramma moest door. We hadden gewone zieke patiënten en dan kwamen er ook nog grieppatiënten. Dus we zagen altijd dat het in de wintermaanden overvol was en dat het in de zomer wat rustiger was. Als we terugkijken naar de cijfers van de NICE-database, zien we dat de bezettingsgraad over 2019 70% was. Dat betekent dat je over het hele jaar gezien soms ook lege bedden had. In het kader van kwaliteit hadden we met elkaar afgesproken dat je toch het liefst onder de 80% moest zitten. Dus het aantal ic-bedden was op dat moment goed genoeg, al waren er ziekenhuizen waar er soms een tekort was aan ic-bedden. Maar dan hielp je elkaar. Vanuit de netwerken die opgezet waren door de nieuwe richtlijn in 2016 hadden we regelmatig overleg met elkaar om patiënten van elkaar over te nemen.

Toen brak covid uit en toen kregen we daadwerkelijk, zeker in maart, een immense toename van patiënten met respiratoire problemen, ademhalingsproblemen, die op de intensive care terechtkwamen. Dat ging zo hard dat we eigenlijk de gewone zorg, de gewone ic-patiënten moesten afhouden, en dat we moesten uitbreiden om meer bedden te creëren. Dat betekende eigenlijk dat de ic-verpleegkundigen in plaats van voor twee patiënten nu met hulp, een buddy, voor drie patiënten moesten gaan zorgen. Dat was een ontzettende uitdaging.

Mevrouw **Lammers**:

Ik hoorde u net iets zeggen over de NICE-database. Kunt u dat eens uitleggen?

De heer **Gommers**:

In het kader van kwaliteit is elke intensive care in Nederland aangesloten

bij onze database, die wij als intensivisten gezamenlijk hebben opgezet. Dat heet de NICE. Dat zit in de controle van hoogleraar Dave Dongelmans in Amsterdam UMC. Daarmee registreren wij hoeveel patiënten wij hebben opgenomen en hoelang ze er hebben gelegen, maar we gebruiken het ook voor kwaliteitsregistratie, om ic's met elkaar te kunnen vergelijken en om te zien of de kwaliteit die je levert goed is, zoals we met elkaar hebben afgesproken in richtlijnen.

Mevrouw **Lammers**:

Wanneer is die database opgesteld?

De heer **Gommers**:

Dat weet ik eigenlijk niet, maar die bestaat, denk ik, al tien jaar.

Mevrouw **Lammers**:

U zei net: met die eerste golf kwamen er ineens heel veel mensen op de ic te liggen. Hoe is het eigenlijk gelukt om die eerste golf toch op te vangen? U zei net al dat er minder mensen één patiënt behandelden. Hoe is op de ic's omgegaan met die eerste golf?

De heer **Gommers**:

Er gingen een aantal dingen aan vooraf. We hadden het CEG, het Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Dat had al een document gemaakt naar aanleiding van de Mexicaanse griep: als er een pandemie zou uitbreken, moest je je voorbereiden. Toen er in 2018 weer een ernstige griep was, moesten we operaties afzeggen in sommige ziekenhuizen, omdat er te veel influenzapatiënten, dus grieppatiënten, lagen. Toen hebben we binnen het bestuur gezegd: we moeten zorgen dat we een pandemieprotocol hebben voor hoe we gaan opschalen en welke keuzes we eventueel zouden moeten maken, de triage, de selectieprocedure. Achter de schermen had de taskforce infectieuze bedreigingen dus hard gewerkt aan dat protocol. Dat waren tien collega's. In het weekend van 7 en 8 maart werd ik gebeld door collega Jozef Kesecioglu. Hij was voorzitter van de Europese organisatie en hij had net een collega uit Milaan gesproken, Maurizio Cecconi. Die vertelde: "Jongens, het is ongelofelijk wat hier gebeurt. Het loopt ons over de schoenen. Bereid je voor." Dus die belde mij: "Diederik, ik denk dat het echt belangrijk is dat wij binnen de intensive care in Nederland ons voorbereiden, dus laten we dat protocol in werking zetten."

Mevrouw **Lammers**:

Welke rol speelde het spreiden van patiënten in Nederland daarin? Vanaf wanneer is dat ...

De heer **Gommers**:

Het was natuurlijk heel belangrijk om te zien dat het zich eind februari, begin maart vooral afspeelde in Brabant. In de rest van Nederland gebeurde er eigenlijk weinig. Op 9 maart lagen er tien patiënten op de intensive care, terwijl we in de verhoven die we al gehad hebben, hebben gehoord hoe de zorg in Brabant onder druk stond. Toen ik op 19 maart zelf Bernhoven had bezocht, was ik gigantisch onder de indruk. Dat hele ziekenhuis draaide rond covid. Ze hadden een gigantische tent opgezet om alle lijkkasten op te slaan. Toen je daar liep, dacht je: dit is immens; dit is dramatisch. Nadat ik teruggereden was, heb ik het bestuur bij elkaar geroepen. Toen hebben we tegen elkaar gezegd: we moeten zorgen dat onze collega's uit de andere intensive cares patiënten gaan weghalen uit Brabant. We hebben een MICU-organisatie, een mobiel ic-transport. Dat zijn grotere vrachtwagens waar je ic-patiënten mee ... Die hebben we verspreid over Nederland. Dokter Meeder heeft toen vanuit Rotterdam de coördinatie opgezet om die MICU zo snel mogelijk patiënten uit de verschillende ziekenhuizen in Brabant te laten transporteren naar andere ziekenhuizen waar eigenlijk nog helemaal niks aan de hand was.

Mevrouw **Lammers**:

Op een gegeven moment zijn er ook bedden in Duitsland beschikbaar gekomen. Kunt u daar eens over vertellen? Hoe is dat tot stand gekomen?

De heer **Gommers**:

We zagen in de maand maart hoe hard het opliep. Op 9 maart hadden we nog maar 10 patiënten, op 16 maart 140, op 23 maart bijna 500 en op 30 maart meer dan 1.100. Die toename was echt, zoals je ook wordt geleerd in de boeken, exponentieel. We gingen die laatste week van maart echt op code zwart af. Toen werd ik gebeld door collega Kuipers, die vertelde dat 320 ziekenhuizen in Noordrijn-Westfalen ieder twee ic-bedden ter beschikking hadden gesteld. Dat telefoontje kwam op zaterdag 4 april. Dat was een gigantische verlichting, want toen ontstond er weer ruimte. We hadden er 640 ic-plekken bij, met personeel.

Mevrouw **Lammers**:

Toch nog even terugkomend op die ic-capaciteit voor de crisis, in

vergelijking met België of Duitsland. Heeft u eigenlijk altijd het gevoel gehad dat het voldoende was in Nederland?

De heer **Gommers**:

Het ligt eraan hoe je in een land de zorg hebt georganiseerd. In Duitsland hebben ze 22 ziekenhuizen per miljoen inwoners. In België is dat acht en in Nederland hebben we er vier. Dus wij hebben onze zorg veel scherper georganiseerd, met veel minder ziekenhuizen. Dat zie je dan ook in het aantal ic-bedden. Duitsland heeft 39 bedden per 100.000 inwoners. België heeft er zestien. Wij halen net de vijf. Dat komt omdat wij zeggen dat wij scherp aan de wind zeilen en goed letten op kosten. Het gaat ook wel om de definitie. Ik denk dat bij ons op een gewone afdeling zwaardere patiënten liggen. Ik denk dat wij patiënten sneller overplaatsen van een intensive care naar een gewone afdeling. Dat is in de loop der jaren ontstaan. Daar heb je last van tijdens een pandemie.

Mevrouw **Lammers**:

Duidelijk. U noemde net al even code zwart. In ons onderzoek zien we dat de ic-capaciteit bepalend was voor de maatregelen die werden ingevoerd. U heeft de consequenties daarvan in de zorg ervaren. Wat vond u eigenlijk van de strategie om de ic's vol te laten lopen?

De heer **Gommers**:

Dan zou ik graag een onderscheid willen maken tussen de eerste golf ... Die overviel ons. We hadden geen keus en we hebben heel hard ons best gedaan, vooral in samenwerkingen. Dus de intensive cares hielpen elkaar, maar ook wel de andere specialisten. De huisartsen hebben een belangrijke rol gespeeld. Ze hebben goede gesprekken gevoerd met ouderen over of ze wel of niet in een ziekenhuis wilden worden opgenomen. Uiteindelijk hadden we 75% minder verwijzingen in de eerste golf. Dat was echt door toedoen van iedereen. In die tweede golf gebeurde eigenlijk wat anders. We zagen de besmettingen oplopen. Premier Rutte zei in zijn persconferentie op 18 september: "Is er nu sprake van de tweede golf? Als we kijken naar de besmettingen wel, maar nog niet als we kijken naar de belasting in de ziekenhuizen." Daarmee bleken ze in mijn ogen de keuze te hebben gemaakt om langer door te gaan met het rondgaan van het virus totdat de ziekenhuizen – lees: de gewone afdelingen en de intensivereafdelingen – volliepen. Achteraf gezien is dat een slechte keuze geweest.

Mevrouw **Lammers**:

Waarom? Kunt u dat uitleggen?

De heer **Gommers**:

We hadden een opschalingsplan. We hadden afgesproken met elkaar: "We grijpen hard in. We zorgen dat we een piekmoment krijgen zoals in de eerste golf, zodat we zo snel mogelijk weer kunnen versoepelen." We hebben half oktober meer maatregelen genomen. Die zijn iedere keer stapsgewijs uitgebreid. Maar tot eind april hebben we bijna 800 patiënten met covid op de intensive care gehad.

Mevrouw **Lammers**:

Ik hoor u zeggen: we hebben afgesproken om hard in te grijpen. Bent u dan van mening dat dat onvoldoende is gebeurd, of dat die afspraak onvoldoende is nagekomen?

De heer **Gommers**:

Kijk, wat heel belangrijk is in het beheersen van een virus, zijn het bron- en contactonderzoek en dat je in de eerste dagen scherp harde maatregelen neemt, in de hoop dat je er sneller vanaf bent. Dat zag je gebeuren in de eerste golf. Dan kan je nog een beetje discussiëren over: hadden we die maatregelen een paar dagen eerder moeten doen? Maar in de tweede golf was er een andere tactiek. Toen stonden de economische en maatschappelijke gevolgen meer op de voorgrond, denk ik. Je zag ook dat we binnen het OMT heel onrustig werden in september, omdat we het idee hadden dat we achter de feiten aan liepen en dat we moesten wachten op hardere maatregelen.

Mevrouw **Lammers**:

Hoe zou het volgens u anders moeten?

De heer **Gommers**:

Belangrijk bij het beheersen van zo'n uitbraak is dat je ... Normaal probeer je in een OMT het virus in te dammen, dus je gaat op zoek naar de bron. De mensen die geïnfecteerd zijn, zet je in isolatie. Je probeert het virus zo snel mogelijk te beheersen. Dat moet je zo snel mogelijk doen, want zachte heelmesters maken stinkende wonden. Je moet hard zijn in het begin, om zo succesvol mogelijk te zijn en het zo snel mogelijk beheersbaar te maken. In de tweede golf had ik het idee dat we eigenlijk iedere keer een heel klein beetje een stapje erbij deden, maar er waren geen harde maatregelen vanaf het begin in de hoop dat je dan de crisis,

de tweede golf, sneller zou beheersen. Uiteindelijk heeft die zes maanden geduurd. Dat was totaal niet het plan.

Mevrouw **Lammers**:

Nu hebben we het over de strategie die is gekozen. Waren er volgens u ook nog andere strategieën mogelijk?

De heer **Gommers**:

Nou ja, kijk ... Ik weet niet precies waar u op doelt, maar het OMT ... In crises, in virusbeheersingen, heb je altijd een bepaalde strategie. Je zorgt dat je zo snel mogelijk bron- en contactonderzoek doet. Wat natuurlijk meespeelde, is dat die maatregelen ook economische en maatschappelijke gevolgen hebben. Dat was aan het kabinet. Blijkbaar werden er achter de schermen misschien andere keuzes gemaakt, en dat mag. Daar had ik als OMT-lid geen weet van. Dat zag je heel duidelijk gebeuren in de tweede golf, in vergelijking met de eerste golf.

Mevrouw **Lammers**:

Hoe kon het zijn dat u daar geen weet van had?

De heer **Gommers**:

Omdat ik OMT-lid was. Wij kregen vragen vanuit het kabinet, of vooral vanuit het ministerie. Die vragen gingen wij beantwoorden. Hoe gedraagt het virus zich? Hoeveel besmettingen hebben we? Wat is de belasting van de ziekenhuizen? Dat was mijn taak als OMT-lid, niet de besluitvorming.

Mevrouw **Lammers**:

Nee, dat begrijp ik, maar had u het gevoel dat u onvoldoende geïnformeerd werd, of er onvoldoende bij werd betrokken?

De heer **Gommers**:

Nee, maar wij waren in het OMT onrustig in de maand september. Wij hadden het idee dat er minder naar ons geluisterd werd. Wij wilden hardere maatregelen, en sneller. Dat hebben we ook kenbaar gemaakt aan de voorzitter. Dat liep ook op. Er is ook een artikel in de krant verschenen. Maar de voorzitter luisterde uiteindelijk goed en heeft acties ondernomen zodat we dat in oktober anders gingen doen. Half oktober zijn er ook stevigere maatregelen genomen. Dus ik had het idee dat het effect had.

Mevrouw **Lammers**:

We gaan later in dit verhoor nog uitgebreider over het OMT spreken. Voor nu heb ik dan geen vragen meer.

De **voorzitter**:

Ik heb ook geen aanvulling op dit onderwerp. Collega Poortman, heeft u nog aanvullingen?

De heer **Poortman**:

Ik heb één vraag, over het beeld van de patiënten op de ic. Helemaal aan het begin zei u – ik snap dat dat formeel juist is – dat het niet zozeer ging over behandeling maar meer over ondersteuning in de beademing van de patiënt. Maar ik ben nog wel benieuwd – in het vervolg zullen we het nog meer over de ic en behandelingen hebben – hoe het verblijf van een covidpatiënt op de ic er precies uitzag.

De heer **Gommers**:

Mensen met een infectie in de longen krijgen uiteindelijk een ernstige longontsteking, aan beide kanten. Wij noemen dat een dubbelzijdige longontsteking. Wij kennen dat beeld van een acute respiratory distress syndrome. Die patiënten worden vaak beademd met hoge druk. De longen worden stijf. We hadden net geleerd, uit eerder onderzoek, dat je die patiënten op de buik moest beademen, zodat je de longen beschermdde, want daarmee konden de ribben zich minder uitzetten. Dat gaf minder schade als gevolg van de beademing. Die buikligging gaf ook extra activiteit. We hadden hele teams ingericht van andere medisch specialisten die ons kwamen helpen op de intensive care om patiënten terug te draaien of op hun buik te draaien. Dat was een schema van acht versus zestien uur.

De heer **Poortman**:

Dank. Dat geeft een beeld.

De **voorzitter**:

Dan, meneer Gommers, gaan we naar het volgende onderwerp. Het kwam net al zijdelings aan bod bij mijn collega: de ic-capaciteit. We willen daar iets meer op inzoomen, op de opschaling van de ic-capaciteit. U gaf het al aan: 1.150 ic-bedden in Nederland. Begin maart werd er opgeschaald tot zelfs zo'n 1.700 bedden. In theorie werd er ook gesproken over een opschaling tot zelfs 2.400 bedden. Hoe verliep het opschalen van de ic-capaciteit?

De heer **Gommers**:

Dat was een ongelofelijke uitdaging, omdat ieder ziekenhuis daar zelf voor stond. Als voorzitter van onze beroepsvereniging kon je uitleg geven, maar je was afhankelijk van hoe de lokale collega's dat konden organiseren in het ziekenhuis. Je zag dat er vooral via de ROAZ'en, de Regionale Overleggen Acute Zorgketen, plannen werden gemaakt voor wat een ziekenhuis kon doen en kon leveren.

De **voorzitter**:

Ik onderbreek u even. Overigens heel fijn dat u zelf de afkorting meteen aanvult, zodat de mensen thuis het ook zo veel mogelijk kunnen volgen. Dus ga daar vooral mee door, wilde ik eigenlijk aangeven.

De heer **Gommers**:

Oké, dank u. Dat betekende dus dat we een opschalingsplan hadden. We hadden dat opgenomen in het draaiboek pandemie. Ik had heel duidelijk uitgelegd in het Catshuis dat we eerst van 950 naar 1.150 konden gaan, binnen de muren van de intensive care, maar dat we daarna moesten opschalen naar 1.350 en 1.700. Dan werd het al heel moeilijk. We hadden ook nog gezegd: het moet uiteindelijk misschien wel naar 2.400. Maar daar zijn we gelukkig nooit gekomen, want dat had echt wel ongelofelijk veel impact gehad.

De **voorzitter**:

U noemde net even dat u het had uitgelegd in het Catshuis. Dan doelt u op de Catshuissessie van zondag 15 maart, denk ik?

De heer **Gommers**:

Ja.

De **voorzitter**:

Lukte die opschaling?

De heer **Gommers**:

Dat betekende dat we dingen tekortkwamen. We hadden heel veel hulp via het ministerie om op zoek te gaan naar beademingsapparaten. We dachten: we hebben geld, want we zijn een rijk land, dus we kopen dat. Maar iedereen wilde beademingsapparaten kopen. Dus we hebben toen iedereen achter zijn bureau bij het ministerie weggehaald. Die zijn gaan bellen: hoe kunnen we beademingsapparaten krijgen? Dat kwam ook zelfs van andere klinieken, privéklinieken. Er is zelfs naar dierenartsen

gekeken. We hebben alle middelen gezocht om aan beademingsapparaten te komen. Dat gold ook voor monitoren en infuuspompen. Men deed dus heel erg zijn best. Binnen ziekenhuizen werd gekeken waar er een tweede intensive care gemaakt kon worden. In het Erasmus hebben we de achtste verdieping helemaal technisch aangepast met meer gasaansluitingen, zodat we onze beademingsapparaten konden aansluiten. In dichte deuren werd glas gezet. Dus die hele gewone afdelingen werden omgebouwd tot intensivere afdelingen. Dat werd gecoördineerd binnen het ROAZ. Dat kon precies het overzicht geven van welk ziekenhuis wat kon doen en wat haalbaar was. Want sommige ziekenhuizen konden bouwtechnisch meer leveren dan andere ziekenhuizen.

De voorzitter:

Voor een nieuw ziekenhuis, zoals het Erasmus, was het makkelijker om te bewerkstelligen, denk ik. Of ...

De heer Gommers:

We hadden een relatief nieuw ziekenhuis. We waren daar in 2018. We hadden een ziekenhuis met eenpersoonskamers, ook op de gewone afdeling. Dat hielp natuurlijk heel erg om een ic-patiënt te behandelen. Wij konden dus verdubbelen. Wij gingen van 50 bedden naar bijna 100 bedden.

De voorzitter:

U omschreef zojuist hoe dat ging, het inkopen van die apparatuur, ook met privéklinieken. Maar dan toch nog even terug naar de vraag: was u ook tevreden? Lukte het ook voldoende om die opschaling in korte tijd voor elkaar te krijgen?

De heer Gommers:

Nou ja, iedereen deed heel erg zijn best, dus het was ongelooflijk samenwerken. Er werd niet vergaderd. Er werden besluiten genomen. In een weekend werden hele gymzalen omgebouwd tot ruimtes met voorraadkasten, waar alle spullen lagen. Maar je had ook totale commissies, landelijke commissies, waar dan al die beademingsapparaten terechtkwamen en gecoördineerd werden. Die werden uitgezet naar de verschillende ziekenhuizen als mensen daar behoefte aan hadden. Dus voor mijn gevoel werd dat goed gecoördineerd bij verschillende mensen.

De voorzitter:

U was tevreden daarover?

De heer **Gommers**:

Ja, absoluut eigenlijk. In de eerste golf was ik eigenlijk heel erg tevreden.

De **voorzitter**:

Wat was de absolute grens in die fase voor ic-capaciteit?

De heer **Gommers**:

Wij hebben die toen gesteld op 2.400. Dat kwam omdat we het idee hadden dat je beademingsapparaten, machines en andere dingen kon kopen en dan konden we gewoon doorgaan. Maar het ging natuurlijk ook om het personeel. Daar zat op een gegeven moment een eind aan het leveren van kwaliteit. Dan noem je het geen intensivecarezorg meer. Maar we kregen toen van minister Van Rijn ... Half april is zelfs nog de opdracht gegeven om te denken aan een covid-acute-beademingsunit. Het kon dus zijn dat we meer mensen nodig hadden dan voor die 2.400, maar dan moesten we ook nog daaraan werken. Als beroepsvereniging NVIC waren we daar fel tegen, omdat je dan mensen een schijnbehandeling gaat geven. Je legt ze wel aan een beademingsapparaat, maar mensen die naast dat bed zijn, zijn niet gewend om die zorg te leveren. We waren heel erg bang dat we die mensen ernstige morele schade zouden toebrengen.

De **voorzitter**:

U noemt personeel als een van de beperkende factoren, gewoon het aantal mensen dat je hebt. Waren er nog andere beperkende factoren?

De heer **Gommers**:

Geld was geen beperkende factor, dus op nummer één stond echt personeel. Lange tijd ging het om personeel. Uiteindelijk waren beademingsapparatuur en monitoren door de inzet van anderen ook geen ... Dus het ging uiteindelijk om personeel.

De **voorzitter**:

Geld heeft geen enkele rol gespeeld?

De heer **Gommers**:

Nee. Tenminste, ik heb het nooit meegekregen.

De **voorzitter**:

Dus personeel was de grootste uitdaging.

De heer **Gommers**:

Ja.

De **voorzitter**:

Hoe keek het verpleegkundig personeel hiernaar?

De heer **Gommers**:

Die hadden het zwaar, echt zwaar, omdat wij besloten hadden dat zij iets moesten gaan doen wat zij nooit geoefend hadden. In het kader van de opschaling hadden wij gezegd: in plaats van voor twee patiënten moet je nu de verantwoordelijkheid nemen voor drie patiënten. Dat zijn ze niet gewend. In de artsenopleiding leer je dat, maar bij de verpleegkundigen hebben we de ic-zorg zo nooit ... Zij kregen ineens de zeggenschap over een buddy, maar dat konden heel verschillende buddy's zijn. Dat kon een anesthesiemedewerker zijn. Dat is iemand die op de operatiekamer werkt, een operatieassistent, maar het kon ook een student zijn, of iemand anders. Die voelden zich heel onthand, want die wisten ook niet precies wat ze moesten doen. Dus de scholing ontbrak. Er ontstond eigenlijk een situatie waarin verpleegkundigen niet de kwaliteit konden leveren die ze wilden leveren. Natuurlijk zeiden wij: jongens, het is een ramp; we spreken van een pandemie. Maar voor hen deed dat echt heel veel zeer.

De **voorzitter**:

Ja, want het verpleegkundig personeel had veel meer patiënten dan zij aanvankelijk gewend waren. Welke concessies moest men daardoor doen op de kwaliteit van de zorg?

De heer **Gommers**:

Ehm ... We hebben het altijd over ... Nou, zorgen dat je ... Je moet eigenlijk altijd klaarstaan, want los van het wassen, zorgen en nieuwe medicijnen, is het natuurlijk heel belangrijk dat je de goede dingen doet op het moment dat een patiënt achteruitgaat. Het zijn eigenlijk de ogen, oren en handen van een arts. Zij signaleren of het minder goed gaat met een patiënt en acteren daarop. Twee patiënten kan soms al heel lastig zijn op een intensive care. Als je er dan nog een derde patiënt bij krijgt ... En als we naar 2.400 zouden gaan, zouden ze voor vier patiënten moeten gaan ... Dus alleen het idee gaf al heel veel spanningen.

De **voorzitter**:

Kunt u die spanningen nader toelichten?

De heer **Gommers**:

Dat mensen echt ... Ik ben wel huilende verpleegkundigen tegengekomen. Toen wij opgeschaald waren naar de achtste verdieping en naar 93 bedden, kwamen ze ook wel tegen mij, in mijn rol als afdelingshoofd van de intensive care, hun zorgen uiten over dat het zo toch niet verder kon, dat we echt niet nog meer patiënten konden doen, dat er toch echt grenzen zaten aan wat zij konden.

De **voorzitter**:

Wat was dan de acceptabele grens?

De heer **Gommers**:

Dat doe je toch met elkaar ... We hadden toen afgesproken dat die acceptabele grens 1.700 was, maar wel met het idee dat dat kortdurend was, dat we zo snel mogelijk weer zouden afschalen en zouden terugkomen in ons normale ritme en in onze normale capaciteit, zodat verpleegkundigen weer hun werk konden doen onder omstandigheden zoals ze gewend waren en de kwaliteit konden leveren waar ze voor staan.

De **voorzitter**:

En dan tot slot vanuit mij op dit onderwerp: hoe kijkt u vanuit uw expertise aan tegen het structureel ophogen van ic-capaciteit?

De heer **Gommers**:

Nu? Dat vind ik een heel slecht plan, omdat je echt met elkaar moet nadenken ... Dat zou ik ook graag willen meegeven aan de Tweede Kamer: denk na over wat het betekent voor de zorgmedewerkers. Vaak gaan plannen op papier over financiering, maar het vakgebied laat niet toe dat wij op dit moment ... We zijn verder gezakt. We zitten nu op de 850, 900 ic-bedden. Als je bij wet gaat regelen dat wij naar 1.150 gaan, zeg je eigenlijk: 250 bedden erbij. Nou, per bed heb je drieënhalve verpleegkundige nodig. Dan zit je aan bijna 800 tot 1.000 verpleegkundigen die je tekortkomt. Ja, dat moet je echt anders gaan oplossen. Je kunt niet tegen de huidige verpleegkundigen zeggen: jullie moeten dat erbij doen. Dan ben ik echt bang dat de intensive care in Nederland helemaal leegloopt en dat we die 850 niet vasthouden. Dus beste Tweede Kamer: neem deze wet niet aan.

De **voorzitter**:

Wat bedoelt u met: het vakgebied laat het niet toe?

De heer **Gommers**:

Belangrijk is ... Wij willen er zijn voor de patiënt om goede zorg te leveren. Dat betekent ook: er echt toe doen. Dat houdt in: werkplezier. Je hebt een opleiding genoten. Je wilt kwaliteit leveren. Daar hoort een bepaalde werkwijze bij. Die werkwijze hebben we nu geïntroduceerd in Nederland. Je kunt die werkwijze veranderen, maar dan moet je met elkaar een heel traject ingaan. Er zijn landen waar een verpleegkundige drie patiënten doet, maar er zijn ook landen, zoals Zwitserland, waar een verpleegkundige één patiënt doet. Wij vinden dat de kwaliteit van zorg verbetert als de span of control van de verpleegkundige laag is. Als we met elkaar zeggen dat het anders moet, dan moet je ons de tijd geven om dat zorgproces daadwerkelijk anders in te richten. Maar dat kan niet even zo.

De **voorzitter**:

Dan echt tot slot vanuit mij: in hoeverre verandert de werkwijze tijdens een pandemie?

De heer **Gommers**:

Nou ja, mensen blijven natuurlijk heel ... In een crisis werk je op je ruggenmerg en op je ruggenmerg doe je wat je gewend bent. Dus je valt terug op de manier van werken. Natuurlijk doe je je best. Als die patiënt er is, steekt iedereen zijn handen uit zijn mouwen. De verpleegkundigen, de dokters en de arts-assistenten hebben dat echt gedaan. We kregen ook hulp van buiten de intensive care. Maar je trekt aan een elastiekje. Als je maar blijft trekken, knapt het een keer. Dat gebeurde er bij best veel mensen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Later in het verhoor, ook na de schorsing, gaan we het nog uitgebreider hebben over aandacht voor patiënten. Collega Lammers, heeft u op dit onderwerp nog aanvullingen?

Mevrouw **Lammers**:

Ja, ik heb nog een aantal aanvullingen. U heeft net ook al even genoemd dat er veel personeel van andere afdelingen is gehaald, et cetera, et cetera. Zijn volgens u alle mogelijkheden uitgeput om voldoende personeel voor de ic-bedden te regelen?

De heer **Gommers**:

Toendertijd?

Mevrouw **Lammers**:

Toendertijd.

De heer **Gommers**:

Toendertijd hebben we echt onze schouders eronder gezet en hebben we binnen ziekenhuizen heel veel hulp gekregen van buiten de intensivereafdelingen, maar daardoor werden er veel operaties uitgesteld. Dat ging ten koste van de reguliere zorg. Wat we ook zagen in de eerste golf, is dat er door angst veel minder mensen naar het ziekenhuis kwamen. We zagen minder hartinfarcten en minder hersenbloedingen op de eerste hulp. Dat was raar, want dat kan je niet faken. Het hielp ons dat er minder behoefte was aan zorg, maar we hebben ook echt reguliere zorg moeten uitstellen. Dat heeft ertoe geleid dat we na de eerste golf tegen elkaar gezegd hebben: maar dat nooit meer. We hadden een plan gemaakt, dat opschalingsplan vanuit het ministerie, samen met het LCPS en betrokken partijen, voor hoe we het in de tweede golf anders zouden doen, zodat de reguliere zorg hopelijk zo lang mogelijk behouden bleef.

Mevrouw **Lammers**:

Er was veel personeelstekort. Dat heeft er mede voor gezorgd dat de ic-capaciteit niet nog verder kon worden opgeschaald. Is er bijvoorbeeld ook gedacht aan personeel uit het buitenland halen of aan mensen die al met pensioen waren of thuiszaten? Is daar ook het maximale gedaan, volgens u? Of had er nog meer ...

De heer **Gommers**:

Nee, in die tijd ontstonden er ideeën, zoals de nationale zorgreservisten. Dat was een initiatief van een aantal verpleegkundigen in het oosten van het land. Die hebben een database opgezet. Dat is nu gelukkig met ondersteuning van het ministerie de NZR geworden. Daarin zijn nu 5.500 mensen geregistreerd als reserve. Dus mensen met een diploma in de zorg kunnen zich registreren. Op basis van hun competenties kunnen we hen inzetten. In die eerste golf hadden we dat niet, maar hebben we natuurlijk wel een uitvraag gedaan binnen de ROAZ'en: zijn er andere organisaties die ziekenhuizen of andere ... Ook verpleeghuizen hadden het heel zwaar en kregen de roosters niet rond. Het ging erom dat we elkaar konden helpen.

Mevrouw **Lammers**:

U zei net ook dat we nu minder bedden hebben dan tijdens de pandemie.

Het is eigenlijk weer teruggegaan. Als er nu een vergelijkbare pandemie zou uitbreken, betekent dat dan dat we weer in dezelfde situatie belanden?

De heer **Gommers**:

Dat het moeilijk is om op te schalen?

Mevrouw **Lammers**:

Ja.

De heer **Gommers**:

Ja, dat is natuurlijk de discussie. Door covid hebben we ontwikkelingen doorgemaakt. We zagen vroeger dat patiënten na een operatie op de intensive care terecht kwamen. Door covid moest dat anders georganiseerd worden. We zien na de covidperiode, dus vanaf 2022, dat er minder patiënten worden aangeboden voor de intensive care. We zien de behoefte aan ic-capaciteit dus eigenlijk afnemen. We zitten nu ongeveer op 850. We denken dat 850, 900 bedden de komende jaren eigenlijk toereikend moet zijn om onder normale omstandigheden de ic-zorg te leveren. Natuurlijk kun je zeggen: we willen extra bedden hebben voor als er een pandemie uitbreekt, zodat we beter voorbereid zijn. Maar dan moet u zich wel realiseren dat we dan 250 bedden gaan creëren, met bijna 1.000 man personeel dat eigenlijk duimen staat te draaien. Dat kan niet. We zullen dus een situatie moeten creëren waarin het personeel opgeleid is, maar dat dat personeel anders wordt ingezet in het ziekenhuis, op andere afdelingen. Dat is makkelijk gezegd, maar je kiest wel voor intensiveregeneeskunde. Je doet die opleiding, maar dan ga je eigenlijk ander werk doen. Dus je moet dat eigenlijk laten rouleren, maar het staat mensen vrij om de ideale baan te kiezen. Ik kan me voorstellen dat we het zo organiseren, met flexibel inzetten, maar de vraag is of mensen dan het werk wel leuk vinden. Dan bestaat het risico dat ze de intensive care gaan verlaten.

Mevrouw **Lammers**:

Zou dat een aanbeveling van u zijn, om te werken zoals u net zei, met rouleren?

De heer **Gommers**:

Je kan niet 1.150 bedden hebben en bijna 1.000 mensen extra opleiden, en die niks laten doen. Dat laat de gezondheidszorg ... De kosten in de gezondheidszorg zijn al heel erg hoog. We moeten al scherp aan de wind

varen, dus dat moeten we niet willen met elkaar. Je zult dat flexibel moeten inzetten. Alleen, dan moet je het wel aantrekkelijk maken voor die mensen om dat werk te doen. En moeten de huidige mensen op de intensive care dan ook flexibel ingezet worden? Dat idee is van de NVIC en wordt nu verder uitgewerkt.

Mevrouw **Lammers**:

Oké, dank u wel. Dat waren mijn vragen.

De **voorzitter**:

Collega Poortman, heeft u nog aanvullingen?

De heer **Poortman**:

Nee, dank u wel.

De **voorzitter**:

Dan kunnen we door naar het volgende onderwerp. Daarvoor geef ik collega Lammers het woord.

Mevrouw **Lammers**:

Dank u wel. In de crisis wordt regelmatig gesproken over code zwart. U haalde het net zelf ook al even aan. Kunt u nader duiden wat code zwart betekent?

De heer **Gommers**:

Ja. Het gaat eigenlijk over de situatie dat er geen ic-bed meer beschikbaar is, of nog één bed, dat je een aanbod hebt van twee patiënten en dat je een keuze moet maken. Dat noemen we met een deftig woord "triëren". Belangrijk daarbij is dat ... We merkten in de eerste golf dat je de dokters moest gaan helpen. Voordat de Duitse collega's hun ic-bedden aanboden, dreigden we in een situatie te komen waarin er geen ic-bed meer zou zijn. Dan is het belangrijk dat je ziekenhuizen helpt: luister eens, dit zijn de afspraken over hoe je dit met elkaar moet uitvoeren. Dat betekent ook dat er elders in Nederland geen ic-bed meer beschikbaar is. Het kan niet zo zijn dat je in Maastricht keuzes moet maken, terwijl er in Noord-Nederland nog ic-bedden beschikbaar zijn. Dat was dus een belangrijk iets. We hadden dat pandemieprotocol. In het protocol van de NIVC dat we op 9 maart uitgebracht hadden, hadden we geschreven dat je verscherpte medische criteria kon opstellen. Dat ging over mensen met een korte levensverwachting dan wel een kleine kans op overleven als ze op de ic opgenomen zouden worden. Daar hadden we tabellen over opgenomen en

we hadden er afspraken over gemaakt. Nou, dat werd een discussie, omdat de taskforce ook geschreven had dat 80 jaar of daarboven een criterium zou kunnen zijn. Dat gaf veel ophef.

Later, op 16 maart, hebben we dat uit het protocol gehaald. Ik vond dat dit probleem, dit issue, eigenlijk te groot werd voor de NVIC alleen, als beroepsvereniging. Ik heb in maart dus contact gezocht met de artsenvereniging, de KNMG, maar ook met de Federatie Medische Specialisten, en hun gevraagd om ons te helpen om een volgende stap te maken in het volgende pandemieprotocol. Met hulp van de Patiëntenfederatie en ethici is er toen op 5 juni een nieuw protocol gekomen als aanvulling op het andere protocol. Daar stond heel duidelijk in dat er drie stappen waren. De eerste stap was nog steeds scherper kijken of er medische criteria zijn. Dan was er nog een tweede stap. De derde stap was eigenlijk vooral op ethische gronden. Dat was dus belangrijk. Op basis van die ethische gronden werd dus de keuze gemaakt dat je voorrang moest verlenen aan mensen met een kortere ic-duur.

Je kon voorrang verlenen aan mensen die uit de zorg kwamen en je kon voorrang verlenen aan mensen uit een jongere generatie. Dat ging dus niet om een absolute leeftijd, maar we deden het in de generatie. Als je als dokter daar allemaal geen keuze in kon maken, zou je eventueel loten. Maar dat is eigenlijk bijna een theoretisch ding. We hadden ons voorbereid. Er was een pandemieprotocol begin maart, maar we hadden echt behoefte aan aanscherping op de niet-medische gronden en dat dat ook gedragen werd door de maatschappij, dus zowel de Patiëntenfederatie als de Tweede Kamer.

Mevrouw **Lammers**:

U noemde net al die leeftijdsgrens, die 80 jaar. Wat kunt u zeggen over de politieke discussie die daaromtrent werd gevoerd?

De heer **Gommers**:

Wij hadden daar ... Toen ik dat pandemieprotocol meenam naar het Catshuis en uitlegde wat de consequenties waren mocht er onverhoopt geen ic-bed meer beschikbaar zijn, kregen we daar een felle discussie over. Het overviel mij.

Mevrouw **Lammers**:

Met wie was die discussie? Weet u dat nog?

De heer **Gommers**:

Met de minister-president en Hugo de Jonge. Die waren het daar absoluut niet mee eens. Voor mij als professional, als medicus, is leeftijd eigenlijk heel logisch. Het is niet zozeer dat we meneer A van 80 of 81 jaar niet behandelen, maar leeftijd is een belangrijk iets als het gaat over de kwetsbaarheid van iemand. Natuurlijk kijken we niet naar leeftijd alleen, maar we kijken wel naar het totale plaatje. Een ouder iemand is gewoon kwetsbaarder. Later hebben we in het protocol de frailty score, een internationale score van kwetsbaarheid, opgenomen. Maar wij maken die keuzes. In de gezondheidszorg maken we keuzes ten aanzien van leeftijd. Dus ik was eigenlijk verrast dat dit zo slecht viel.

Mevrouw **Lammers**:

Wat vond u eigenlijk daarvan? U zegt dat u verrast was. Maar hoe heeft u daarop gereageerd toen zij ...

De heer **Gommers**:

We hebben toen echt ruzie gehad. Het knetterde toen echt in het Catshuis. Ik heb ook echt gezegd dat zij daar niet over gingen, omdat ik heel erg vond: laat het alsjeblieft bij de professionals. Wij maken naar eer en geweten en zo goed mogelijk keuzes. Mensen zijn gelijkwaardig. Iedereen is gelijkwaardig, maar het kan zo zijn dat we keuzes moeten maken. Maar dat is ons vak. Dat doe ik heden ten dage ook op de intensive care. Dus ik was het niet met hen eens.

Mevrouw **Lammers**:

Ja, ja. U zegt: ik doe dat dagelijks. U maakt dagelijks keuzes over wie er naar de intensive care gaat en wie niet. Hoe moet ik dat precies begrijpen?

De heer **Gommers**:

Kijk, het is natuurlijk heel belangrijk ... De intensive care moet van meerwaarde zijn op het moment dat een patiënt zich aanbiedt. Wij kunnen met insturende medisch specialisten en patiënt en familie discussies hebben over of de behandeling op de intensive care echt wel van meerwaarde gaat zijn. We kunnen dus ook in goed overleg met elkaar besluiten dat we iets niet gaan doen. Als iemand een hoge leeftijd heeft en onverhoopt kanker heeft met allerlei uitzaaiingen, dan zeggen wij: luister eens, wij vinden het niet verstandig om deze patiënt op de intensive care op te nemen. Dit soort discussies over de medische inhoud zijn wij dus gewend. Dat is onze expertise. Daar maakte ik eigenlijk

gebruik van: laat het los; laat het aan de professionals. Je kunt ervan uitgaan dat wij met onze expertise de goede keuzes maken.

Mevrouw **Lammers**:

Dan vraag ik me toch nog af of het ook normaal is dat de ic-capaciteit meeweegt in de keuze die je maakt.

De heer **Gommers**:

We hebben in de richtlijn van 2016 afgesproken dat de bezettingsgraad van een intensive care niet boven de 80% moet zijn. Eigenlijk moet je zorgen dat je altijd een vrij bed hebt. Er moet dus een bed zijn voor de patiënt die daar behoefte aan heeft en er recht op heeft. Daarom is ons netwerk dat uiteindelijk is opgezet heel belangrijk. Wij zien in het Erasmus dat het kan zijn dat er een transplantatie wordt opgestart en dat die collega's niet meer bellen met de vraag of wij een intensiverebed hebben. Zij zeggen: wij zijn de operatie gestart en over zes of acht uur krijgt u een transplantatie. Op het moment dat wij dan geen bed hebben, gaan we dat bed creëren. We plaatsen dan een andere patiënt terug naar het insturend ziekenhuis dan wel, als die minder ziek is, naar een andere intensive care als die de academische zorg niet meer nodig heeft. Wij hebben nu dus een systeem van netwerken opgebouwd, zodat we de capaciteit van andere ziekenhuizen kunnen gebruiken. Dat gebeurt veel in regio's.

Mevrouw **Lammers**:

Dan heb ik nog even één vraag. U zei net dat er flinke ruzie is geweest toen u dat plan presenteerde en dat er niet naar u geluisterd is. Wat heeft dit voor gevolgen gehad, denkt u? Wat had het uitgemaakt?

De heer **Gommers**:

Ik bedoel ... Tuurlijk, het knetterde even, maar we waren het gewoon oneens. Dat mag. Ik bedoel, je hoeft het niet altijd eens te zijn. Het heeft er uiteindelijk wel toe geleid dat er, volgens mij op 16 maart, vragen over werden gesteld in de Tweede Kamer en dat toen het verzoek is geweest om toch echt die leeftijd eruit te halen. Het gaf ook veel discussie op televisie. Ik heb daar echt wel vervelende mails over gekregen toen ik die 80 jaar genoemd had. Uiteindelijk hebben wij als beroepsvereniging gezegd dat het ons niet sec om die 80 jaar ging en dat de discussie verkeerd liep. We hebben het pandemieprotocol aangepast. In versie twee is die 80 jaar weggelaten.

Mevrouw **Lammers**:

Maar volgens u had het voor de aanpak, om het zo te zeggen, niet uitgemaakt of die leeftijdsgrens van 80 jaar wel of niet was opgenomen?

De heer **Gommers**:

Nee, je kijkt naar het totaalplaatje. Mensen die een slechtere overlevingskans dan wel een slechtere levensverwachting hebben, speelden mee in waar we keuzes op konden maken. Die grens viel niet precies bij 80 jaar. Onze collega's konden die besluiten dus echt wel nemen, ook zonder die absolute grens van 80 jaar.

Mevrouw **Lammers**:

Kunt u eens vertellen hoe dicht Nederland bij code zwart was?

De heer **Gommers**:

Voordat we het telefoontje kregen dat er plek was in Duitsland, was dat heel zwart. Ik heb die week iedere avond lange telefoongesprekken gehad met de hoofdinspecteur van de inspectie, toendertijd Ronnie van Diemen. Wij konden ons niet voorstellen dat we echt die kant op gingen. Ik had echt zoiets van "dit mag gewoon niet gebeuren in een rijk land zoals het onze." Ik dacht echt: het moet toch lukken dat we dat met elkaar georganiseerd krijgen?

Mevrouw **Lammers**:

Was dat het enige moment of waren er meerdere momenten?

De heer **Gommers**:

Nee, maar dit was wel het ernstigste moment in die laatste week, omdat we na 4 april van Duitsland de aanbieding hebben gekregen dat er extra bedden waren. In de tweede golf is er opnieuw overleg geweest, begreep ik van de minister-president, met Duitsland en zijn die bedden opnieuw aangeboden. Daardoor hadden we altijd reservecapaciteit. Voor mensen die in Duitsland behandeld werden, was dat absoluut niet leuk. Dat had ongelofelijke impact op de families. Ook de bejegening van dokters richting patiënten en familie is in Duitsland toch een beetje anders dan wij gewend zijn, dus daar zijn ook lelijke verhalen over. Het gaf ons wel lucht dat we niet meer in code zwart terecht zouden komen.

Mevrouw **Lammers**:

En dat is dus ook niet meer gebeurd? Oké. In uw boek Intens beschrijft u dat u het kabinet moest overtuigen dat de IC-capaciteit niet oneindig was.

Zij willen volgens u van geen grens weten. U spreekt een aantal keer publiekelijk uw zorgen uit over het risico dat Nederland in code zwart kan belanden, onder meer op 23 april 2021. Dat is twee dagen nadat het kabinet versoepelingen bekend had gemaakt. Wat was voor u de aanleiding om juist op dat moment publiekelijk te waarschuwen voor een dreigende code zwart?

De heer **Gommers**:

Ehm ... Die datum half april ... Toen was eigenlijk dat vierde punt ingevoerd van "we moeten meer letten op economische en maatschappelijke gevolgen". Het kabinet kondigde half april meer versoepelingen aan. Wij hadden gewoon 800 patiënten op de intensive care liggen in die tijd. Dat was heel stabiel, maar heel hoog. Wij zagen die ruimte dus helemaal niet. Wij waren al bijna zes maanden bezig, dus we liepen echt op ons tandvlees. Dus wij waren het, nou ja, niet eens met het voorstel van het kabinet.

Mevrouw **Lammers**:

Hoe reageerde het kabinet?

De heer **Gommers**:

Dat heeft doorgezet. Dat heeft uiteindelijk zelfs eind april ... Koningsdag gingen we weer vieren op de terrassen. Wij dachten echt: wat is hier aan de hand? Wij konden daar ... Wij hadden in de ziekenhuizen helemaal niet het gevoel dat er versoepeld kon worden.

Mevrouw **Lammers**:

Heeft u dat buiten deze waarschuwing ook aan het kabinet meegegeven?

De heer **Gommers**:

We hebben stevige discussies gehad in het OMT. We hebben dat ook meegegeven in de adviesbrieven. Maar zij hadden anders besloten. Zoals we eerder al gezegd hebben, staat het het kabinet vrij om anders te besluiten. En als ik heel eerlijk ben: na 1 mei hadden we de piek en daarna is het vrij snel gaan dalen, dus zij hadden achteraf gelijk.

Mevrouw **Lammers**:

Ook eind november 2021 waarschuwt u publiekelijk dat Nederland op korte termijn in code zwart zou kunnen belanden. Hoe kwam het dat met een veel lager aantal ic-patiënten dan in eerdere pieken code zwart toch weer dreigde in het najaar van 2021?

De heer **Gommers**:

Ja, kijk, in absolute aantallen ... We hadden op 9 april 1.400 covidpatiënten liggen en op 1 december, in de piek, lag dat rond de 800, 850. Dat was dus een stuk lager. Maar de rek was eruit op de intensive care. We hadden veel minder bedden open we konden veel minder opschalen. We kwamen dus eigenlijk sneller in de problemen en we konden niet meer de bedden leveren zoals we die in de eerste golf beloofd hadden te leveren.

Mevrouw **Lammers**:

Waar kwam dat dan door?

De heer **Gommers**:

Door uitval van personeel, minder personeel. De opschaling lukte gewoon niet meer. We konden niet meer die ... die service leveren, die kwaliteit leveren die we vonden dat we moesten leveren.

Mevrouw **Lammers**:

Hoe heeft het kabinet dan gereageerd op die waarschuwing van u? Weet u dat nog?

De heer **Gommers**:

Ze waren verrast, want ik ... Volgens mij stond ik ergens in december een commissie van de Tweede Kamer te woord over een totaal ander onderwerp. Ik gebruikte dat moment om te zeggen dat we toch echt afstevenden op code zwart. Ik weet ook dat minister De Jonge verrast was door mijn uitspraak. Hij is ook langsgekomen. Op weg naar huis heeft hij mij op de intensive care bezocht. Daar heb ik hem uitgelegd hoe de situatie was. Het was precies zoals u zegt: hoe kan het nou dat je bij 850 ineens "code zwart" begint te roepen? Dat heeft geholpen. We hebben een goed gesprek gehad en zijn goed uit elkaar gegaan. Ik had het gevoel dat het overgekomen was.

Mevrouw **Lammers**:

Dus u voelde zich begrepen?

De heer **Gommers**:

Ja, absoluut.

Mevrouw **Lammers**:

Oké. Dan waren dat mijn vragen voor nu.

De **voorzitter**:

Meneer Gommers, ik wil nog even met u terug naar die felle discussie in het Catshuis, waar u over vertelde. Vond er ook een felle discussie plaats tussen de leden van het kabinet onderling?

De heer **Gommers**:

Eh ... Deze discussie was echt wel feller, maar er waren zeker meningsverschillen tussen kabinetsleden. Dat was dan vaak op de inhoud – wat geef je prioriteit en wat niet? – maar niet op een vervelende manier. Dat kan ik me niet herinneren.

De **voorzitter**:

Nee, of het vervelend is of niet, is voor ons niet interessant. Maar het is voor de commissie wel belangrijk om een beeld te krijgen van zo'n felle discussie. Waar vond die discussie over plaats?

De heer **Gommers**:

Nee, ik kan alleen ... Er was een felle discussie over het al dan niet openen van de scholen. Er is een discussie geweest over wat ik net zei, die leeftijdsgrens. En we hebben een discussie gehad over de versoepelingen, dus na die piek in april, hoe we gingen versoepelen, ja of nee. Daarover waren meningsverschillen. Het mooie van het Catshuisoverleg was dat er een sfeer ontstond van gedachtenuitwisseling. Iedereen kon goed zijn eigen mening ventileren en informatie uitwisselen. Er ontstonden in mijn ogen gezonde discussies. Ik vond het een prettige sfeer. Ik voelde me daar absoluut welkom, en ik voelde ook dat ik eigenlijk alles kon zeggen.

De **voorzitter**:

En dan die leeftijdsgrens. Die discussie noemde u als fel. Die vond met name plaats tussen het kabinet – u noemde de minister-president en minister Hugo de Jonge – en de medici. Vertaal ik 'm dan zo goed?

De heer **Gommers**:

Ja.

De **voorzitter**:

Of vond daar ook binnen het kabinet nog discussie over plaats?

De heer **Gommers**:

Niet dat ik weet. Nou ja, ik bedoel, Hugo de Jonge gaf aan dat hij mee kon gaan in de gedachtegang van de minister-president. We hebben ook nog

een felle discussie gehad over twee patiënten aan één beademingsapparaat. Dat had in de krant gestaan, en zij dachten dat daarmee het probleem was opgelost. Ik zei: dat gaat helemaal niet werken in de praktijk.

De **voorzitter**:

Want?

De heer **Gommers**:

Dan moet je allebei precies hetzelfde longbeeld hebben en precies dezelfde stijfheid van je longen. Dat wisselt iedere dag, dus kun je in dit ziektebeeld niet twee patiënten aan één apparaat leggen. Dat gaat helemaal niet.

De **voorzitter**:

Dat is medisch niet mogelijk. Oké.

De heer **Gommers**:

Nee.

De **voorzitter**:

Ik heb geen vragen meer over dit onderwerp. Collega Poortman, heeft u nog aanvullingen?

De heer **Poortman**:

Ja, een korte. Daar mag u kort in zijn. U zegt: triage, laat dat aan ons over, aan de medici. Vindt u dat bijvoorbeeld in de tijd buiten dat er triage nodig is, zoals nu, de kaders voor triage wel een politieke verantwoordelijkheid zijn? Of zegt u: ook die kaders voor triage zijn per definitie een medische aangelegenheid?

De heer **Gommers**:

Neeneenee. Ik vind de ethische aspecten die je gebruikt voor de triage echt een maatschappelijk probleem. Daar speelt de Tweede Kamer een hele belangrijke rol. Dat is ook wat er gebeurd is. We hebben toen de KNMG uitgenodigd, maar er zijn ook ethici uitgenodigd, samen met de Patiëntenfederatie, want we doen het "van de maatschappij". Het is niet van de dokters; het is van de maatschappij. Dus ik vind het heel belangrijk dat de eventuele keuzes op ethische gronden heel duidelijk besproken zijn met elkaar.

De heer **Poortman**:
Helder, dank u wel.

De **voorzitter**:

Meneer Gommers, dan gaan we naar het volgende onderwerp. Dat is het afschalen van de reguliere zorg. Doordat het aantal coronapatiënten op ic-bedden toeneemt, heeft dat ook gevolgen voor de reguliere zorg. Denk hierbij aan knie-, heup- en oogoperaties die worden uitgesteld. Wat kunt u ons vertellen over die eerste fase en over het afschalen van de reguliere zorg in die eerste fase?

De heer **Gommers**:

Toen stond het ziekenhuis totaal in het teken van covid. Die patiënten kwamen en werden behandeld, dus first come, first served. Daarmee werd de reguliere zorg uitgesteld. Daar werd wel ... Operaties die niet konden worden uitgesteld, werden zo veel mogelijk doorgevoerd. Maar in bepaalde ziekenhuizen moesten ze zodanig afschalen, zoals ik gezien heb in Bernhoven, dat er nagenoeg helemaal geen operaties meer gedaan werden, waardoor patiënten vervoerd moesten worden naar andere delen in Nederland, naar andere ziekenhuizen.

De **voorzitter**:

En verder tijdens de pandemie ... Hoe was het afschalen van reguliere zorg in latere fasen van corona?

De heer **Gommers**:

Wij hadden natuurlijk het opschalingsplan van 28 juni, vanuit het ministerie en het LCPS. Daar hadden we natuurlijk gezegd: "Luister eens, we moeten er echt meer de nadruk op leggen dat de reguliere zorg doorgang blijft vinden." Maar daar werd de opdracht vooral: "Beste intensive care, jullie moeten gewoon naar 1.350 reguliere zorg. De verwachting is dat, door het uitstel van de eerste golf, de zorgvraag de komende drie jaar met 17% zal toenemen, dus we moeten meer zorg leveren." Dat vond ik eigenlijk een verkeerde discussie. Het werd heel erg ingestoken op het organiseren, maar het personeel dat het moest leveren, was er niet en konden we in die korte tijd nooit leveren. Er kwam wel vanuit de federatie op 30 oktober een raamwerk voor het behoud van reguliere zorg. Daar kregen we een verdeling, van U1 tot en met U5. Wat kon je echt niet uitstellen en moest binnen een week behandeld dan wel geopereerd worden? U moet dan denken aan een hartinfarct, een longembolie of een dreigende dwarslaesie. Wat zou je eventueel kunnen

uitstellen, dus bijvoorbeeld binnen zes weken opereren? Daar zit eigenlijk minder druk op. Dan moet u denken aan cosmetische ingrepen. Dat gaf een goede leidraad vanuit de federatie voor hoe er in de ziekenhuizen moest worden omgegaan met de onderverdeling van de reguliere zorg. Dat werd ook gecoördineerd.

De **voorzitter**:

Ja, ik probeer het nog even voor de mensen thuis of op de publieke tribune te vertalen. De Federatie Medisch Specialisten kwam dus met een raamwerk voor het behoud van non-covidzorg, oftewel: als iemand een verkeersongeluk had, dat er dan ook ruimte was om op een ic terecht te kunnen. Kunt u dat raamwerk voor behoud van non-covidzorg toelichten? Welke gevolgen had dat voor die afschaling van reguliere zorg?

De heer **Gommers**:

Van de reguliere zorg?

De **voorzitter**:

Ja.

De heer **Gommers**:

Belangrijk was dat ... U moet zich voorstellen dat bepaalde afdelingen eigenlijk werkeloos waren. Die konden eigenlijk niet de patiënten behandelen die zij normaal behandelen, omdat er geen ruimte was in het ok-programma. De ok-faciliteit en andere faciliteiten hadden personeel beschikbaar gesteld voor de intensive cares. Daardoor moesten de gewone bedden op een afdeling worden afgeschaald, maar ook het aantal operatiemogelijkheden. Daarom was de federatie met dit stappenplan gekomen voor hoe belangrijke operaties of behandelingen – het had ook met chemokuren te maken – voorrang kregen ten opzichte van andere. Dat had je liever niet gehad, maar op dat moment was dat noodzakelijk, omdat we weer een aanwas hadden. In november lagen er weer 650 covidpatiënten op de intensive cares in Nederland.

De **voorzitter**:

Welke gevolgen had dat raamwerk voor de landelijke coördinatie van patiëntenspreiding?

De heer **Gommers**:

Dat het meegewogen werd. Op het moment dat er in het noorden van Nederland meer geopereerd kon worden en dat onevenredig was met

andere delen van Nederland, werd daar rekening mee gehouden in die spreiding. Het was dus een argument om spreidingen in gang te zetten.

De **voorzitter**:

U noemde net ook al even het opschalingsplan, dat kwam vanuit het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Welke gevolgen had dat?

De heer **Gommers**:

Ehm ... Dat het belangrijk was hoe we het vanaf dan anders zouden gaan doen. Maar er zaten een aantal aannames in, dat we terug moesten naar die 1.150 bedden, maar dat we eigenlijk die 1.150 bedden per 15 oktober 2020 opgeschaald zouden moeten hebben naar 1.350. Dat vonden ze eigenlijk de "reguliere capaciteit", want anders kon je die niet-covidzorg eigenlijk niet faciliteren. Er werd gesproken over wat daarvoor nodig was. Dat betekent eigenlijk het volgende. We hadden zo'n 4.000 ic-verpleegkundigen toentertijd. Om dat op te schalen, had je bijna een derde meer nodig. Dat zat in de buurt van 1.400, 1.500 verpleegkundigen. Het idee dat daar op papier kwam, was dat veel verpleegkundigen parttime werkten; als iedereen nou maar acht uur meer ging werken, als we de kinderopvang beter zouden regelen en zelf roosters ... Dan zouden die problemen worden opgelost. Dat stond prachtig op papier, maar werkte niet in de praktijk.

De **voorzitter**:

Wat was dan de praktijk?

De heer **Gommers**:

Dat we gewoon verder moesten met wat we deden. We hadden gezien dat een aantal mensen ziek geworden waren, langdurig ziek, en dat mensen de zorg hadden verlaten na de eerste golf. In plaats van met meer, hadden we eerder met minder mensen te maken. Tuurlijk gingen we onze opleidingscapaciteit vergroten, maar een opleiding tot ic-verpleegkundige duurt 18 maanden. Daar hadden we dus totaal geen voordeel van in het najaar van 2020.

De **voorzitter**:

Dan wil ik ook even met u naar 2021. Er zijn toen twee momenten geweest waarop de zogeheten fase 2d is afgekondigd, namelijk op 11 januari 2021 en op 26 november 2021. In fase 2d zitten we heel dicht tegen code zwart aan. Waren die 11 januari en 26 november 2021 vergelijkbaar?

De heer **Gommers**:

Ehm ... 11 januari ... Ja, in aantallen zaten we zo ongeveer rond de 800 covidpatiënten op de intensive cares. Op 11 januari waren we wel aan het zakken; we hadden de piek gehad op 1 januari. Maar toen kregen we de Britse variant. Die gaf veel onzekerheid, omdat we op dat moment nog niet wisten hoe het virus zich zou gaan gedragen. Was er meer besmettingsrisico of een hoger ziekerisico? Die prognoses van half januari waren dus somber; die gaven aan dat we echt een gigantisch risico hadden op toename. In november hadden we de deltavariant.

De **voorzitter**:

Sorry dat ik u even onderbreek. Laten we het inderdaad per situatie even afpellen. Wat was op 11 januari 2021 de aanleiding om die fase 2d af te kondigen?

De heer **Gommers**:

Ehm ... Dat weet ik niet zo goed meer. We waren toen net begonnen met vaccineren. We zaten zo rond de 800. Ik denk dat het erop gebaseerd was dat er nog veel patiënten op de intensive care lagen, dat de reguliere zorg moest doorgaan en dat de verwachtingen zeer somber waren.

De **voorzitter**:

En wat houdt dat op dat moment concreet op de werkvloer in?

De heer **Gommers**:

Nou, dat er nog een schepje bovenop moest. Op het moment van crisis zouden wij eigenlijk van die 1350 richting de 1700 bedden gaan. Dat stond in het opschalingsplan. Dat betekent dat we dus eigenlijk meer moesten gaan organiseren en meer moesten gaan leveren.

De **voorzitter**:

Dan wordt op 26 november 2021 ook die fase 2d afgekondigd. Wat was toen de aanleiding daarvoor?

De heer **Gommers**:

Dat verraste ons toen, omdat we eigenlijk lange tijd in die maanden in het najaar vrij stabiel waren, zo rond de 450, 500 ic-patiënten. We hadden toen aanvankelijk het idee dat een groot gedeelte van Nederland was gevaccineerd. Dat zou toch voldoende moeten zijn. Maar dat deltavirus gedroeg zich toch op een andere manier, en daardoor zagen we in november het aantal opnames oplopen. Tussen 1 december en 15

december bereikte dat een piek. Die zat weer in de buurt van 800, 850 covidpatiënten op de intensive care.

De **voorzitter**:

Welke gevolgen heeft zo'n fase 2d dan voor de kritiek planbare zorg?

De heer **Gommers**:

De kritiek planbare zorg. Dat is dus de zorg die je eigenlijk het liefst binnen zes weken wil opereren. Ehm ... Nou ja, die staat dan onder druk. Die eerste, de U1 en U2, de semi-acute zorg van binnen een week gaat zeker door. Maar die kritiek planbare zorg, de U3, komt dan onder druk te staan. Die moet je dan mogelijk gaan uitstellen. Ik weet niet meer precies of dat in die periode ook daadwerkelijk gebeurd is in alle ziekenhuizen.

De **voorzitter**:

Tot welke schade heeft het uitstellen van die zorg geleid?

De heer **Gommers**:

Ehm ... Kijk, we zeggen dat als je dan niet binnen zes weken opereert, die mensen gezondheidsschade hebben dan wel verlies van levensjaren. Ik ben geen expert en ik heb daarna ook geen artikelen gelezen of dat daadwerkelijk onderzocht is en of dat zo is.

De **voorzitter**:

Het RIVM heeft daar wel berekeningen over gemaakt.

Kunt u nog iets zeggen over de permanente schade die het uitstellen van die zorg mogelijk oplevert?

De heer **Gommers**:

Dan zou je dat op den duur moeten gaan zien in de levensverwachting van de Nederlander. Ik bedoel, als je in die periode bepaalde diagnoses van kanker minder hebt kunnen stellen dan wel de behandelingen niet acuut op de juiste manier volgens onze protocollen hebt kunnen starten en kunnen geven, dan leidt dat tot schade. De verwachting is dat dat mogelijk gebeurd kan zijn. Maar nogmaals, ik heb die artikelen niet gelezen.

De **voorzitter**:

Ik heb op dit onderwerp geen vragen meer. Collega Lammers, heeft u aanvullingen?

Mevrouw **Lammers**:

Ja. Ik heb nog een aanvulling. Kunt u een inschatting maken van hoeveel reguliere zorg is afgeschaald?

De heer **Gommers**:

Ehm ... Nee. Dan zou je echt bij de mensen van het LCPS moeten zijn. Misschien dat collega Kuipers, die later ondervraagd wordt, die informatie heeft, maar ik heb op dit moment die informatie niet.

Mevrouw **Lammers**:

Er is natuurlijk wel heel veel reguliere zorg afgeschaald, maar de vraag waar ik naartoe wilde is eigenlijk: hoe moest die worden ingehaald?

De heer **Gommers**:

Dat was natuurlijk het plan dat toen eind juli is ontstaan, van: luister eens, we hebben nu uitgestelde zorg. De berekening die het Capaciteitsorgaan had gemaakt, is dat de zorgvraag met ruim 17% per jaar zou toenemen voor de komende drie jaar. Dat moesten we met elkaar gaan organiseren, zodat we die plus 17% naast de reguliere zorg konden gaan faciliteren. Dat betekende dus meer intensivecarebedden, maar ook meer ziekenhuisbedden en dat het vervoer tussen ziekenhuizen moest worden uitgebreid.

Mevrouw **Lammers**:

Is het in uw ogen gelukt om dat op te vangen?

De heer **Gommers**:

Nee.

Mevrouw **Lammers**:

Kunt u dat nader duiden?

De heer **Gommers**:

Het verzoek was dat wij van regulier zouden opschalen naar 1.350 en eventueel verder naar 1.700. Die 1.350 gebeurde, maar in de prognoses en het opschalingsplan was ervan uitgegaan dat er max 550, 600 covidpatiënten op de intensive care zouden liggen, zodat we ruimte hadden om 500 gewone ic-patiënten, dus niet-covidpatiënten, op te kunnen nemen. Maar er lagen er uiteindelijk veel meer. We begonnen in november met 650, maar dat groeide naar 800 tot 850, dus dat is ten koste gegaan van niet-covidzorg.

Mevrouw **Lammers**:

Wat zijn dan volgens u de gevolgen daarvan geweest?

De heer **Gommers**:

Wat ik net zei. Dan moet je kijken op de lange termijn. Zijn mensen daardoor komen te overlijden? Heeft het uitstel daadwerkelijk echte schade opgeleverd en zien we dat dan in de levensverwachting? Ik ben daar geen expert in, dus ik kan u daar geen antwoorden op geven, maar dat is wat je zou kunnen verwachten.

Mevrouw **Lammers**:

Oké, dank u wel. Dat waren mijn vragen.

De **voorzitter**:

Collega Poortman, heeft u op dit onderwerp nog aanvullingen?

De heer **Poortman**:

Nee, dank u wel.

De **voorzitter**:

Meneer Gommers, we zijn al een tijdje onderweg in dit openbare verhoor, dus we gaan even pauzeren. Ik ga zo de vergadering schorsen. Ik verzoek de bode om de getuige en zijn bijstandsverlener naar buiten te leiden. We gaan voor vijftien minuten schorsen.

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

De vergadering wordt van 11.20 uur tot 11.33 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. Aan de orde is het openbare verhoor met de heer Diederik Gommers door de parlementaire enquêtecommissie Corona. Ik verzoek de griffier om de getuige en zijn bestandsverlener naar binnen te leiden.

(De heer Gommers wordt binnengeleid door de griffier.)

De **voorzitter**:

Welkom terug, meneer Gommers in het bijzonder. We gaan door met het openbare verhoor. Voor het volgende onderwerp geef ik collega Lammers graag het woord.

Mevrouw **Lammers**:

Dank u wel. U heeft er voor de pauze ook al een aantal keren aan gerefereerd. U heeft tijdens de pandemie meerdere technische briefings in de Tweede Kamer gegeven. Hoe heeft u dat ervaren?

De heer **Gommers**:

Zeer waardevol, omdat het fijn is om uitleg te geven over je vakgebied, maar ook over hoe de intensive care georganiseerd is. Ik vond dat er goede vragen waren en daardoor ontstond er verheldering. In de eerste technische briefing werd bijvoorbeeld gevraagd: wat nou als we meer dan 2.400 ic-bedden nodig hebben? Ik zei: ja, dan stopt het, dan is het code zwart. Dat was ook de laatste vraag. Toen viel er een pauze. Dat kwam goed binnen en dat was ook de bedoeling. Ik wilde heel graag de boodschap brengen: je kunt niet blijven kopen, regelen. Er zit een grens aan wat we met elkaar kunnen.

Mevrouw **Lammers**:

Had u dus altijd het idee dat uw zorgen goed werden opgepikt?

De heer **Gommers**:

In die technische briefing had ik dat heel sterk, ja. Het is natuurlijk moeilijk, en dat is ook de rol van mij als professional en zo voelde ik dat ook als voorzitter, om goed uit te leggen wat ons vakgebied en de speciale zorg die wij leveren, inhoudt.

Mevrouw **Lammers**:

Hebben die technische briefings of de informatie die u daar gaf volgens u ook effect gehad op beleid?

De heer **Gommers**:

Dat hoop ... Nou ja, dat weet ik eigenlijk niet. Ik weet niet of er ...

Mevrouw **Lammers**:

U heeft niet een voorbeeld waarvan u kan zeggen: dat heb ik destijds tijdens een technische briefing ingebracht en dat is daarna ook zo vertaald in beleid?

De heer **Gommers**:

Nee, ik heb niet een actieve herinnering hieraan.

Mevrouw **Lammers**:

Ik ben dan toch nog benieuwd hoe u het perspectief van de Tweede Kamer op de coronacrisis zou omschrijven.

De heer **Gommers**:

Ehm ... In de eerste golf was er angst en moesten we het met elkaar doen, dus toen was de Tweede Kamer belangrijk om ook mee te denken, omdat ik toen het gevoel had dat we het echt samen moesten doen. Het was te groot. Ik denk af en toe dat we de ziekenhuisdeuren zelfs nog meer open hadden moeten zetten, van: kom; dit zijn onze problemen. Dat is ook wat je eigenlijk wil. Het was in mijn ogen zelfs te groot voor het kabinet. Het was echt: zowel het kabinet als de Tweede Kamer zetten de schouders eronder en hoe gaan we met elkaar zorgen dat het ons lukt om de zorg te kunnen leveren, met behoud van zo veel mogelijk levens?

Mevrouw **Lammers**:

U zegt: we hadden eigenlijk de ziekenhuisdeuren misschien meer open moeten zetten. Was er volgens u bij de Tweede Kamer te weinig focus op bijvoorbeeld de acute zorg en meer op de maatschappelijke gevolgen? Hoe lag die verhouding volgens u?

De heer **Gommers**:

Ik moet u heel eerlijk zeggen: ik heb niet precies gelet op de debatten in de Tweede Kamer. Ik was met totaal andere dingen bezig. Maar ik heb nooit het gevoel gekregen dat in de plannen van aanpak waar wij mee bezig waren, de Tweede Kamer een rem daarop was. Ik had dus het idee dat we het met elkaar deden en dat iedereen goede intenties had. Ik kan me alleen herinneren dat er soms dingen ... Maar dat is de andere manier van hoe politiek bedreven wordt. Ik noem de discussie over de 1.600 bedden. Dan werd ik gebeld: Diederik, kan jij vastleggen dat er op 1 april 1.600 bedden zijn? En dan moest ik een appje sturen. Toen dacht ik: jongens, waar zijn jullie mee bezig? Gaat dat nou om afrekenen? We moeten gewoon met elkaar zorgen dat de ic-bedden er komen. Soms gebeurden er dingen waarvan ik dacht: dat is zo buiten mijn belevingswereld, buiten waar ik mee bezig ben. Dat vond ik af en toe bijzonder.

Mevrouw **Lammers**:

Heeft u daar nog meer voorbeelden van?

De heer **Gommers**:

Eh ... Het is heel belangrijk dat als ministers iets zeggen tegen de Tweede Kamer, ze daaraan gehouden worden. Hugo de Jonge zei, heel begrijpelijk, ergens in november 2020: "Er komen vaccins aan. Als straks" – ik weet niet meer welk getal die noemde; ik denk 90% – "iedereen gevaccineerd is, dan is het over. Dan hebben we het onder controle." Daar werd hij natuurlijk zes maanden later, in de zomer van 2021, op aangesproken, want het virus was veranderd. Wij noemen dat in de medische wetenschap "voortschrijdend inzicht". Iets wat we in 2020 dachten ... De gedachtegang van Hugo de Jonge was eigenlijk een hele goede en een normale, maar die werd dus eigenlijk ingehaald, omdat we ineens te maken kregen met een ander virus, dat minder gevoelig was voor het vaccin. Daar word je dan op afgerekend. Ik bedoel: de minister-president had in de Kamer iets geroepen over twee patiënten aan één beademingsapparaat. Dan werd ik gebeld: Diederik, let je op wat je op televisie zegt? Toen dacht ik: jongens ... Snap je? Dat waren dingen die ... Daar was ik niet mee bezig. Ik was bezig met hoe we ervoor zorgden dat we de goede zorg konden leveren aan de mensen.

Mevrouw **Lammers**:

U noemde net een voorbeeld. U zegt: voortschrijdend inzicht. Bedoelt u daar dan mee dat de medici al dingen wisten?

De heer **Gommers**:

Nee, nee, nee. Maar gedurende de pandemie ontstond er de informatie dat we te maken kregen met andere mutaties en andere virussen en dat die virussen zich anders gedroegen. Dus zo'n opmerking in november 2020 ... Doordat er een ander soort covidvirus kwam, dat zich anders gedroeg, kreeg je andere informatie. Ik werd dus beoordeeld: "Die Gommers verandert heel de tijd en houdt geen woord". Maar je wordt dan vergeleken met een minister. Als die eenmaal iets gezegd heeft, kan die daar nog maanden of jaren op worden aangesproken. Dat is een totale andere achtergrond. In de wetenschap doe je meer kennis op en kan je dus je mening bijstellen.

Mevrouw **Lammers**:

Kreeg u vanuit de Tweede Kamer andersoortige vragen dan vanuit het kabinet? Of kwam dat overeen?

De heer **Gommers**:

Nee, ik denk dat ... Ik weet niet meer precies wat de vragen waren, maar

er was behoefte aan informatie. Ik voelde me zeer gewaardeerd in het Catshuis, maar ook in de technische briefing, waarin je informatie deelde die jij wist en waar de ander behoefte aan had. Hoe is de intensive care georganiseerd? Hoe transporteer je een patiënt? Wat is het ziektebeeld? Enzovoort, enzovoort. Dat voelde ik als mijn rol.

Mevrouw **Lammers**:

In hoeverre kwamen er tijdens de technische briefings eigenlijk ook signalen vanuit de samenleving terug?

De heer **Gommers**:

Hoe bedoelt u dat?

Mevrouw **Lammers**:

U gaf die technische briefings. Heeft u daar ook zelf signalen vanuit de samenleving ingebracht? Of kreeg u die misschien terug?

De heer **Gommers**:

Ik weet ... Ik kan niet een of ander voorbeeld naar voren halen, maar als ik me zorgen gemaakt zou hebben, omdat ik signalen uit de omgeving gekregen zou hebben, zou ik die zeker hebben ingebracht. Ik voelde me vrij om alles te kunnen en mogen vertellen en om dat eventueel in te brengen richting de Tweede Kamer.

Mevrouw **Lammers**:

Dan nog de vraag: wat zou in uw ogen de Kamer eigenlijk moeten doen om zich in een volgende pandemie met hele technische aspecten – dat was nu ook zo – goed te laten informeren?

De heer **Gommers**:

Wat jullie gedaan hebben, is belangrijk. Nodig de experts uit. Als dat in het begin meer moet ... Kijk, wij vinden het prettig om over ons vak te praten en om het goed uit te leggen. Als daar meer behoefte aan is, denk ik dat je daar als Tweede Kamer voor moet zorgen. Verder zijn er ook bezoeken gebracht aan de intensive care. Ik was zelf zo onder de indruk van het bezoek aan Bernhoven, wat mij hielp met die sense of urgency. Ik kan me nog herinneren dat ik op de terugweg de assistent van de minister-president – ik weet niet precies hoe dat heet – gebeld heb om te zeggen: kan Mark Rutte tijd vrijmaken om ook te gaan kijken? Volgens mij is toen uiteindelijk die zaterdag Hugo de Jonge gegaan. Dan krijg je namelijk pas echt dat gevoel. Maar ik kan me herinneren dat Mark Rutte

onze intensive care bezocht, volgens mij op 24 maart, en hoeveel impact het op hem had dat hij echt samen had gezeten met die verpleegkundigen. Het echt voelen en ophalen en dat echte gesprek aangaan, zou ik dus graag aan Tweede Kamerleden willen meegeven. Maar jullie hebben ook hele andere drukke werkzaamheden.

Mevrouw **Lammers**:

Ja. Had u het gevoel dat de Tweede Kamer of de Kamerleden verder afstonden van die – hoe zeg je dat? – crisis, hectiek, geef het een woord.

De heer **Gommers**:

Ik heb er niet zo over nagedacht, maar zoals u het nu stelt, denk ik wel ... Ik had echt het idee dat ik zaken deed en dat ik een crisis aan het bestrijden was met het kabinet, maar niet zozeer met de Tweede Kamer. Ik had niet het gevoel dat de Tweede Kamer daar ... Het is misschien niet helemaal eerlijk, want ik had het zo druk dat ik nooit naar debatten ging kijken. Maar ik had niet het idee dat de Tweede Kamer heel actief meedeed.

Mevrouw **Lammers**:

Waar lag het dan volgens u aan dat zij die ...

De heer **Gommers**:

Ik kan dat niet zo goed inschatten. Het ging erom dat wij in de zorg dingen goed georganiseerd hadden en dat de dingen goed opgepakt werden, dus dat de signalen die we hadden, opgepakt werden door het ministerie, enzovoort, enzovoort. Als zorgmedewerker of als professional heb ik niet direct te maken met de Tweede Kamer, maar er zijn Tweede Kamerleden die mij bellen om een bezoek te brengen, om uitleg te geven of om dingen te verduidelijken. Dat is belangrijk, denk ik. Wij als professionals ... Ik heb een heel klein beetje kennis over intensiveregeneeskunde. Ik kreeg steeds meer kennis van het virus door de OMT-vergaderingen. Dat delen van die kennis met Tweede Kamerleden ... Jullie nemen de besluiten en jullie moeten kritisch zijn op het kabinet. Die uitwisseling van kennis is dus echt een essentieel onderdeel.

Mevrouw **Lammers**:

U zegt: sommige Kamerleden belden mij. Had u het gevoel dat dat te weinig gebeurde, of dat er te weinig oog was ...

De heer **Gommers**:

Door het woordje "te weinig" lijkt het net of ik daar een mening over heb, maar dat weet ik niet. Ik weet niet of het beter was gegaan als het meer gebeurd was. Ik had ...

Mevrouw **Lammers**:

Maar wat was uw gevoel? Had de Tweede Kamer een goed idee van hoe het er in de praktijk aan toe ging?

De heer **Gommers**:

Kijk, in de eerste golf zeker. In de tweede golf, toen we moesten gaan opschalen en dat plan hoe we van 1.150 naar structureel 1.350 ... Er is toen een paar keer gestemd over salarisverhogingen en toen liepen jullie weg. Toen was ik echt klaar met jullie. Toen dacht ik: "Jemig, jongens. Wij doen kneiter ons best. Het gaat erover hoe de zorgprofessional gemotiveerd dit werk blijft doen. Je kunt niet weglopen." Jullie gaven op die beelden die ik toen gezien heb niet thuis. Ik begreep daar helemaal niks van. Toen was ik echt klaar. Toen was ik ook echt heel boos, omdat ik ons niet gehoord voelde.

Mevrouw **Lammers**:

Ehm ... Nee, dat ... Bedankt. Dat waren mijn vragen dan. Ik heb verder geen vragen.

De **voorzitter**:

Heeft u die boosheid die u voelde toen ook teruggegeven aan Kamerleden?

De heer **Gommers**:

Niet dat ik weet. Ik heb geen telefoonnummers van allerlei Kamerleden staan, dat ik die mensen gebeld heb. Ik heb wel de media gebruikt om het signaal af te geven dat ik hier echt boos over was en dat ik me teleurgesteld voelde. En eigenlijk voelde ik me daardoor alleen, snap je? Want dat plan was heel duidelijk. We zouden met elkaar – dat was niet alleen van de zorg – zorgen dat we die niet-covidzorg beter zouden doen. Dan werk je dat met elkaar uit, maar dat is niet een stukje papier. Waar ik soms moeite mee heb, is – in mijn geval, hè, en dan sla ik het heel plat – dat de politiek probeert alles op papier te krijgen. Daarmee vegen ze hun eigen stoepje schoon en wordt het het probleem, in ons geval, van de zorgprofessionals. Maar wij hebben jullie hulp echt nodig. Het is niet alleen maar papier; het moet dan ook echt uitgewerkt worden. Dan helpt

het, als jullie in een crisis Tweede Kamerleden zijn, dat je echt voelt wat wij dan moeten leveren en dat dat niet alleen maar gaat om geld overmaken of een plan opschrijven dat voor ons niet haalbaar is.

De **voorzitter**:

Oké. Dank ook voor die toelichting. Ik wil het nog met u hebben over het belang van bezoeken afleggen. U vertelde over Bernhoven en dat dat leidde tot een sense of urgency bij u. Wat voelde u toen? Kunt u ons meenemen naar dat moment?

De heer **Gommers**:

Ik was uitgenodigd door de collega's daar. Een van de bestuursleden werkte daar op de intensive care. Toen ik daar binnenkwam in dat ziekenhuis, heb ik met verschillende mensen gesproken, waaronder over dat ze dus die operaties niet meer deden, zoals een diabetische voet. Dan heb je dus zo veel pijn en slechte doorbloeding dat je voorvoet of ondervoet eraf moet. Die operaties, dus echt spoedoperaties, konden ze al niet meer doen. Toen liep ik naar de eerste hulp. Daar kwamen mensen binnen in een rolstoel omdat ze heel benauwd waren, en op datzelfde moment gingen twee lijkkasten naar buiten door diezelfde ingang. Ja, dat was bizar.

Ik heb toen gesproken met een verpleegkundige van de afdeling, en die beschreef aan mij hoe het ging op haar afdeling, achter gesloten deuren. Die zei: "Ja, Diederik, patiënten zijn eigenlijk heel aardig. Ze zijn wat ouder, vaak mannen. Ze hoesten niet, ze zijn niet delirant, en eigenlijk gaan ze op een gegeven moment sneller ademen en dan zijn ze plots dood." Toen dacht ik: "Hè? Dat is zo anders dan ik gewend ben van een ernstige longontsteking, want dan ga je continu hoesten, geef je sputum op en ben je op oudere leeftijd vaak delirant." Toen zei ik ook, en dat heb ik ook meegenomen en met mijn collega's gedeeld in het Erasmus: jongens, dit lijkt meer op een longembolie dan op een pneumonie, zoals die verpleegkundige het vertelde.

Ik kreeg dus heel veel indrukken die echt binnenkwamen. Toen hebben wij als bestuur ook echt actie ondernomen, en achteraf denk ik weleens: maar dat was op 19 maart; dat is best laat. Waarom kom je pas in actie als je het zelf ziet? Ik ben daarover eigenlijk soms wel teleurgesteld in mezelf: had ik niet eerder moeten gaan?

De **voorzitter**:

Ik kan me voorstellen dat wat u omschrijft, een diepe indruk achterlaat. Hoe bracht u dat in bij het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor IC's? Die urgentie was er in het zuiden, maar in de rest van het land nog niet.

De heer **Gommers**:

Nee. Ik heb gelijk alle bestuursleden gebeld: "Jongens, wij hebben morgenochtend een spoedvergadering. Ik ben vandaag in Bernhoven en wij moeten actie ondernemen." Toen hebben we een vergadering belegd en een van de bestuursleden heeft toen ook de opdracht op zich genomen om te zeggen: oké, ik heb op dit moment tijd en ik ga zorgen dat we zo snel mogelijk die transporten kunnen organiseren.

De **voorzitter**:

Oké, dank u wel. Collega Poortman, heeft u nog aanvullingen?

De heer **Poortman**:

Ja, dank u wel, voorzitter. Ik heb één vraag. U had het over de discussie over code zwart. Bij het kabinet leidde dat tot knetteren, in uw woorden. Hoe reageerde de Kamer op uw uitwerking van triage?

De heer **Gommers**:

Ehm ... Die leeftijd was een discussie, dus die 80 jaar, maar die hadden we op 16 maart al uit het protocol gehaald. Verder zat de Tweede Kamer anders in de wedstrijd. De Tweede Kamer zag hoe belangrijk het was en ik kreeg de indruk dat zij een ander standpunt hadden dan het kabinet. De Tweede Kamer werkte dus ook heel erg mee en heeft er volgens mij ook voor gezorgd dat dat pandemieprotocol van de KNMG en van de federatie, samen met de Patiëntenfederatie, er ook echt kwam. Op dat moment hadden wij dus veel steun van de Tweede Kamer, wat belangrijk was, want het kabinet was ervoor gaan liggen.

De heer **Poortman**:

Duidelijk wat mij betreft. Dan heb ik op dit punt verder ook geen vragen.

De **voorzitter**:

Dan kunnen we naar het volgende onderwerp. Ik wil het met u hebben over de samenwerking in een geprivatiseerd zorglandschap, oftewel, in begrijpelijke taal, de samenwerking tussen de ziekenhuizen in die coronaperiode. Er waren ten tijde van corona zo'n 75 ziekenhuizen met ic-

capaciteit. Die moesten meer gaan samenwerken. Kunt u beschrijven hoe die samenwerking verliep?

De heer **Gommers**:

Ja. Dan wil ik heel graag een stukje teruggaan. Kijk, onze zorg is zo georganiseerd dat de zorgverzekeraars zo scherp mogelijk kunnen inkopen. Wij zijn als ziekenhuizen dus eigenlijk elkaars concurrent. Samenwerking zit dus niet in onze genen. Maar toen wij de discussie kregen over een nieuwe richtlijn in 2016 heeft het Zorginstituut Jan Kremer aangewezen als voorzitter en die had een andere gedachtegang over kwaliteit. Hij had gezegd: luister eens, we moeten veel meer na gaan denken over netwerk en over samenwerken, zeker bij dure zorg en zorg waar krapte in zit. Hij had onze dikke richtlijn dus verkort tot 16 pagina's en had ingezet op: jongens, luister eens even, jullie móéten gaan samenwerken, dus verdeel Nederland zoals de ROAZ'en, dus de acute zorg ... Maar we kregen ook ic'en. Nou, dat was in het begin echt moeilijk. Daar hebben we echt jaren voor nodig gehad, maar dat was een verplichting voor hoe wij meer samenwerkten, omdat een buur-intensive care of een academische intensive care, die een heel ander gedachtegoed had, soms best botsten. Maar die richtlijn heeft ons ontzettend geholpen, want toen covid uitbrak, waren dat netwerk en een voorzitter van een netwerk eigenlijk gemeengoed geworden. Wij moesten niet meer kwaliteitsrapporten van de ic van ons eigen ziekenhuis maken, maar van het netwerk, dus wij waren echt gestimuleerd om meer samen te werken en te denken in termen van netwerken.

De **voorzitter**:

Met die richtlijn kon u direct aan de slag, want in hetzelfde jaar dat die richtlijn kwam, werd u ook voorzitter van de NVIC. Maar kunt u ons meenemen in hoe die samenwerking tussen die ziekenhuizen dan anders werd ten aanzien van corona?

De heer **Gommers**:

Het belangrijkste was dus ... In het begin van de uitbraak ontbraken er heel veel dingen. We hadden geen digitaal systeem, we hadden geen overzicht over die ic-bedden en we hadden best wel eigen ideeën. Het was dus heel duidelijk dat ik als voorzitter toen aan het begin van de uitbraak gezegd heb: jongens, wij laten zien dat we professionals hebben en we spreken met één stem. Dat was belangrijk. We gebruiken de netwerken, dus die voorzitters van die regionale netwerken gebruikten wij ook echt om op te halen hoeveel ic-bedden ze hadden, hoeveel covidpatiënten er

waren en wat er eventueel beschikbaar was. Iedere dag stuurden we die appjes naar de directeur van onze vereniging. Het leken wel een soort aandelenkoersen. In de maand maart gaven wij iedere dag om 16.00 uur of om 13.00 uur het aantal ic-bedden door. Dat was heel veel handwerk. Daar hadden we wel last van. Op een gegeven moment zijn we daar de NICE, ons digitale systeem, voor gaan gebruiken. Dankzij hun hulp konden we dat eind maart snel overzetten.

De **voorzitter**:

U omschrijft die samenwerking. U geeft ook aan: we spreken met één stem. Was iedereen dat met u eens?

De heer **Gommers**:

In die eerste fase zeker. We hebben elkaar ook echt geholpen. We hadden af en toe best wel problemen. Er lagen bijvoorbeeld nog te veel patiënten in het Amphiaziekenhuis in Breda. Je merkte ook dat, als je elkaar als professionals daarover sprak en het LCPS daar niet uitkwam ...

De **voorzitter**:

Het LCPS is het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding.

De heer **Gommers**:

Ja. Zij moesten die patiënten eigenlijk verspreiden, maar kregen er dat dan niet doorheen. Als wij als professionals dan op vrijdagmiddag om 16.00 uur een webinar hielden en elkaar recht in de ogen keken, dan zei iemand "ik heb toch nog wel een bed voor je, stuur die patiënt maar", naar Leeuwarden, of Zwolle of Apeldoorn. Als professionals ben je dus echt wel bereid om elkaar te helpen. Door die webinars en door die netwerken konden we dus snel schakelen.

De **voorzitter**:

Wat waren de grootste uitdagingen om die samenwerking goed te bewerkstelligen?

De heer **Gommers**:

Ehm. Dat was eigenlijk het overzicht: waar zijn de bedden? Belangrijk daarbij is vertrouwen. Het kon niet zo zijn dat mensen in Noord-Nederland hadden afgeschaald en daardoor de reguliere zorg hadden afgezet, terwijl dat in andere ziekenhuizen in de Randstad niet gebeurd was. Dat was heel belangrijk. En het transport. Het transport was best lastig, want als je een patiënt met een vrachtwagen gaat ophalen in Breda en naar Groningen

moet brengen, dan ben je daar de hele dag mee bezig, en dan heb je maar één patiënt verplaatst. In Groningen hadden ze bijvoorbeeld een bus voor het intensivetransport waar zes patiënten in konden. Daar waren we helemaal blij mee. We waren aangenaam verrast: dat zoiets bestond! En later ook naar Duitsland. Het kostte heel veel tijd om die patiënten te vervoeren. Daardoor stokte het vaak in bepaalde ziekenhuizen, maar de samenwerking tussen de intensive cares was heel erg goed.

De **voorzitter**:

Dat werd ook breed gedeeld?

De heer **Gommers**:

Ja. Ik weet niet waar u op doelt, maar in mijn ogen werd dat breed gedeeld. Alleen, toen het op een gegeven moment langer duurde, gingen ook andere aspecten een rol spelen. Dat waren de reguliere zorg, de financiering, directeuren van ziekenhuizen en leden van de raad van bestuur. Het was soms moeilijk omdat zij dan zeiden: ja, maar ook al hebben wij ic-bedden, wij staan er op dit moment niet voor open. Ja, dat wil je als dokter op dat moment niet horen. Achteraf was dat soms begrijpelijk, want dat had te maken met financiering.

De **voorzitter**:

Soms begrijpelijk, maar soms ook niet?

De heer **Gommers**:

Nee, want als collega's belden om te zeggen dat ze echt overliepen en dat er echt patiënten uit moesten, dan moest er gewoon hulp komen. Dan moet je elkaar gewoon helpen. Er kunnen allerlei aspecten zijn, over reguliere zorg, ok's afzeggen en dergelijke. Dat is allemaal begrijpelijk, maar op dat moment moesten die patiënten in een bepaald ziekenhuis weg, en dus moesten ze ergens heen.

De **voorzitter**:

We kennen in Nederland een decentraal zorgstelsel. U geeft ook aan dat het allemaal private partijen zijn die moesten gaan samenwerken. Hoe zat het met doorzettingsmacht?

De heer **Gommers**:

Ik kan me herinneren dat het ministerie, de minister, op een gegeven moment de voorzitter van het LCPS, het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding, Ernst Kuipers, doorzettingsmacht had gegeven. Toen

dachten we "dan denkt het ministerie dat nu alles is opgelost", maar dat werkte helemaal niet. Ernst Kuipers was ook voorzitter van de raad van bestuur van het Erasmus. De collega's uit andere ROAZ'en zeiden: jij kan mij niet een opdracht geven; ik val niet onder jou. Die doorzettingsmacht werkte in de praktijk dus niet.

De voorzitter:

Werkte die niet door de dubbele pet die u omschrijft, of waren er andere redenen waarom die niet werkte?

De heer Gommers:

Nou ja, de structuur is zo niet ingericht. Je hebt geen baas van alle ziekenhuizen in Nederland, behoudens de minister. Maar op het moment dat je de spreiding had ... De directeur is de baas van zijn eigen ziekenhuis. Die is wel aangesloten bij de ROAZ'en, maar ik kreeg de indruk – ik ben geen expert daarin – dat het soms moeilijk was om hen te overtuigen, dat zij zelf konden besluiten en dat zij over hun eigen ziekenhuis gingen.

De voorzitter:

Zou die doorzettingsmacht er wel moeten zijn ten tijde van een pandemie?

De heer Gommers:

Ja, af en toe is dat echt makkelijker; dan was het echt wel kritisch en moesten we weer terugvallen op de professionals. Maar dat moet je dan wel met elkaar goed uitschrijven. Zoals wij de code zwart voordat er een pandemie is goed uitschrijven, zou je dit soort dingen eigenlijk ook goed moeten uitschrijven: hoe zit het met de aansturing, wie heeft doorzettingsmacht en kan diegene besluiten over de capaciteit van anderen? Het zijn natuurlijk zelfstandige organisaties, hè? De raad van bestuur, de directeur van een ziekenhuis, moet er wel voor zorgen dat hij het salaris van de medewerkers kan betalen. Dus het is, denk ik, een lastig probleem.

De voorzitter:

Dat lastige probleem: wie zou dat dan moeten uitschrijven?

De heer Gommers:

Ik denk dat dat uiteindelijk bij de minister en het ministerie ligt. Of het ministerie dat dan weer verderzet naar het LCPS ... Als dat de structuur is

die we nu gaan gebruiken. Maar dan moeten we dat duidelijk gaan uitschrijven, en misschien moet dat dan – maar nu begeef ik me op glad ijs – wel in een wet komen, zodat het officieel georganiseerd is.

De **voorzitter**:

Concluderend en afrondend op dit onderwerp: was het verstandig geweest als hierover aan de voorkant afspraken waren gemaakt en we 'n partij met doorzettingsmacht hadden gehad? Mag ik dat concluderen?

De heer **Gommers**:

Ja.

De **voorzitter**:

Collega Lammers, heeft u nog aanvullingen op dit onderwerp?

Mevrouw **Lammers**:

Nee, ik heb geen aanvullingen. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Collega Poortman, heeft u nog aanvullingen?

De heer **Poortman**:

Ik ook niet.

De **voorzitter**:

Dan kunnen we naar het volgende onderwerp. Daarvoor geef ik graag collega Lammers het woord.

Mevrouw **Lammers**:

Dank u wel. Ik zou graag met u willen spreken over uw rol als lid van het Outbreak Management Team, het OMT. In uw boek beschrijft u dat er in het begin van de pandemie, in maart 2020, meer eensgezindheid in het OMT was en dat de verdeeldheid in het OMT richting de tweede golf, in het najaar van 2020, toeneemt. Kunt u die ontwikkeling eens nader toelichten? Hoe is dat gegaan?

De heer **Gommers**:

In de eerste golf was er vooral angst en was het heel duidelijk welke acties we te nemen hadden. Wij zaten met elkaar op dezelfde manier in de wedstrijd. In de tweede golf, zoals ik u daarstraks beschreef, hadden wij het idee dat wij de controle aan het verliezen waren. Ik bedoel: de

besmettingen liepen op, maar de ziekenhuisopnames bleven achter. Blijkbaar was het virus dus een beetje veranderd: minder ziekmakend. Op 18 september zei Rutte in zijn persconferentie op de vraag "is er nu een tweede golf?": ja, van besmettingen wel, maar niet van ziekenhuisbelasting. Ja, dat was niet het idee dat wij als OMT-leden hadden over wat de aanpak moest zijn van de nieuwe uitbraak. Daardoor ontstond er onrust. Wij wilden eigenlijk meer scherpere maatregelen.

De discussies op dat punt werden in de OMT-vergaderingen heftiger, en buiten de OMT-vergaderingen belden we elkaar soms op, zo van: jongens, wat gebeurt hier? Uiteindelijk, eind september, begin oktober, hadden wij een gesprek met de voorzitter, waarin we zeiden dat we eigenlijk ongelukkig waren met de gang van zaken en dat we het idee hadden dat politieke inmenging belangrijk was. Maar de voorzitter reageerde daar eigenlijk direct op, hè? Wij hadden het idee, toen op die 5 oktober, dat we moesten tekenen bij het kruisje. Toen hebben we gezegd: dit willen we gewoon niet meer. Het voordeel van voorzitter Jaap van Dissel was dat je altijd heel goed met hem kon discussiëren. Als je klachten had, ging hij met je in gesprek en dan werd dat opgepakt. Ook deze keer werd dat opgepakt en toen hebben we de vergaderingen anders ingericht: hij zou kritischer worden op de agenda, en wij zijn van de maandag naar de vrijdag verhuisd.

Mevrouw **Lammers**:

Ik hoor u net zeggen "politieke inmenging". Kunt u dat eens duiden? Waaruit bestond die?

De heer **Gommers**:

Wij kregen het idee dat, als je dat vanuit het OMT zou beslissen, je in het begin strengere en hardere maatregelen zou nemen om dat virus te beheersen. Door de manier van vragen en het afzwakken van de maatregelen hadden wij het idee: wil het kabinet soms andere dingen? De manier waarop de vragen gesteld werden, dus in de agenda, bracht ons in twijfel.

Mevrouw **Lammers**:

Waar lag dat dan aan? Lag dat aan degene die de agenda opstelden?

De heer **Gommers**:

Wij kregen daar met elkaar discussie over. Wij zeiden dat ook tegen de voorzitter: wij zijn ongelukkig; wat gebeurt er nu eigenlijk? Hij benadrukte

tegenover ons dat dat niet zo het geval was. Daarin geloof ik hem ook daadwerkelijk, maar je zag een verandering ten opzichte van de eerste golf.

Mevrouw **Lammers**:

Ik zit even na te denken over waar u op doelt. Doelt u op een adviesaanvraag die al een bepaalde richting in gaat, en die zich bijvoorbeeld richt op versoepelingen? Had u dan nog de vrijheid om negatief te adviseren of had u het gevoel dat er vanuit de politiek eigenlijk al een duidelijke richting was gegeven?

De heer **Gommers**:

In dat weekend van begin oktober hadden wij echt het idee van: luister eens, dit zijn de maatregelen die bedacht zijn in het Catshuis; wij moesten op 5 oktober – die maandag – een uur eerder vergaderen; graag tekenen bij het kruisje, zodat we dadelijk die persconferentie kunnen geven. Dat gaf ons een heel slecht gevoel. Omdat in de maanden daarvoor de besmettingen al zo hoog opliepen, vonden wij als OMT dat we daarop harder in moesten zetten. Dat gebeurde niet. Dat gaf ons twijfel, maar daardoor kregen we ook discussie: wat gebeurt er nu eigenlijk? Met de vragen die gesteld werden door het kabinet dan wel door het ministerie als agendapunten, waren wij niet gelukkig. Wij wilden eigenlijk meer tijd om in die periode echt met elkaar te discussiëren over wat nou verstandig zou zijn: zouden we hardere maatregelen moeten nemen, moet de boel op slot of moeten we zo doorgaan en die besmettingen laten oplopen? Er was dus onvrede op dat moment.

Mevrouw **Lammers**:

Hoe gingen die discussies dan binnen het OMT?

De heer **Gommers**:

Nou, die konden stevig zijn. Wij konden een andere mening hebben, maar het mooie van de vergaderingen was altijd dat iedereen het woord kreeg. Als er vragen waren over of beschrijvingen van de epidemiologische situatie, dan kon je het woord vragen. Als door het ministerie dan wel door het kabinet aan het OMT gerichte vragen werden gesteld, dan ontstond er een discussie. Dan zei de voorzitter "als ik het samen mag vatten, dan is dit, denk ik, de conclusie", en dan zei hij weer: kan iedereen zich vinden in deze formulering? En dan kreeg je weer de ruimte om te zeggen "nou, ik vind dit en dit toch een beetje anders" of "wij hebben het toch net anders bediscussieerd". Uiteindelijk kwam er een

formulering waar iedereen zich in kon vinden. Die vergaderingen duurden dus lang, want echt iedereen kreeg de ruimte en werd gehoord.

Mevrouw **Lammers**:

Kon u zich altijd vinden in de adviesaanvraag?

De heer **Gommers**:

Nee. Nee, maar dat hoort erbij. Ik was af en toe best boos, ja, en geïrriteerd. Dat past ook bij mijn persoonlijkheid, maar er was wel ruimte om te discussiëren. Uiteindelijk moet je met elkaar tot consensus komen. Af en toe kun je het ook ergens niet mee eens zijn, maar uiteindelijk was het wel: jongens, alles overziend, iedereen gehoord hebbende en gelet op de verschillende expertises vinden wij dit het beste advies dat we op dit moment kunnen geven. Maar ik had er moeite mee dat wij bijvoorbeeld moesten beslissen of cafés om 18.00 uur dicht moesten of om 20.00 uur. Dan had je mij echt boven op de kast.

Mevrouw **Lammers**:

Als werd afgesproken "dit komt erin te staan" en daar consensus over was, was dat dan ook altijd zo?

De heer **Gommers**:

Hoe bedoelt u? Dat die consensus er was?

Mevrouw **Lammers**:

Ja. En was dat dan ook altijd het advies?

De heer **Gommers**:

Ja, waarover consensus was, dat was het advies. Er werd genotuleerd en die consensus werd besproken, maar hoe het definitief op papier kwam ... Vaak kregen de OMT-leden dat niet te zien voordat het naar het kabinet ging. Vaak kregen wij de teksten achteraf te zien, maar daar hebben we ook weleens discussie over gehad, zo van: luister eens, is dit wenselijk en moeten wij niet meer tijd krijgen zodat wij die brieven, de adviesbrief, nog eens na kunnen lezen?

Mevrouw **Lammers**:

Hoe is daarop gereageerd?

De heer **Gommers**:

Nou, dat werd volgens mij dan ook wel weer opgepakt. Op het moment

dat wij kritiek hadden, werd daar goed mee omgegaan, vond ik. Ook met de kritiek op Diederik Gommers, hè? Zo'n optreden in een televisieprogramma of een uitspraak die hij deed: daar werd ik in het OMT echt op aangesproken. Daar hadden wij een goede discussie over. Nou, daar kon ik dan mijn conclusies uit trekken.

Mevrouw **Lammers**:

Heeft u ook druk ervaren om een bepaald advies te geven? Daar was ik nog even benieuwd naar.

De heer **Gommers**:

Ehm ... Ik had moeite met de vragen die gingen over sluitingen van kappers, sportscholen, winkels, horeca. Ik vond dat we daar onder druk gezet werden.

Mevrouw **Lammers**:

Kunt dat nader toelichten?

De heer **Gommers**:

Nou, ik vind dat wij daar eigenlijk niet over gaan, snap je. Dat vind ik echt een politiek besluit. Wat ik u hopelijk mee kan geven voor uw conclusie is: wij moeten gaan over de vraag of er nog ruimte is om het virus te laten circuleren of niet, maar wij moeten ons weghouden bij de vraag of bepaalde horecagelegenheden dicht moeten, ja of nee. Ik voel mij daar als intensivist ... Ik denk ook dat dit voor een medisch specialist geen wetenschap is.

Mevrouw **Lammers**:

Vond u dat u dat te veel heeft gedaan?

De heer **Gommers**:

Nou, niet te veel, maar er zijn momenten geweest dat ik mij daar ongelukkig bij voelde, en dat heb ik ook kenbaar gemaakt in de vergadering.

Mevrouw **Lammers**:

Wat werd daar dan mee gedaan?

De heer **Gommers**:

Nou ja, daar hadden we dan discussie over, maar dan was er ook de consensus: we moeten verder. En dat was dan dat de meerderheid zich

daar wel in kon vinden. Dat ik misschien of een aantal anderen daar wat meer moeite mee hadden ... Ja, dat hoort erbij op dat moment. Als je ongelukkig was, kon je ook het besluit nemen om uit het OMT te stappen.

Mevrouw **Lammers**:

Had het OMT liever ook meer ongevraagde adviezen gegeven? U kreeg natuurlijk heel veel adviesaanvragen.

De heer **Gommers**:

Bij die evaluatie is er toen een discussie geweest, ik geloof eind augustus, waarin we gezegd hebben: omdat er zo veel kennis vanuit verschillende disciplines was, was er nagenoeg geen tijd om gewoon met elkaar te discussiëren over het virus, de veranderingen bij een mutatie, de intensievecarezorg, het ziektebeeld. Af en toe, als dat weer hoog opliep, werd er toch wel weer ruimte gegeven. Ik heb zeker ruimte gekregen om in het OMT over het ziektebeeld, ARDS, de beademing en de therapieën te praten. Eigenlijk voelden we dat er meer ruimte moest zijn, maar die vergaderingen waren al heel erg lang en liepen vaak uit. Ze werden gepland voor drie uur, maar dat kon rustig vier of vijf uur worden. En we hebben er, geloof ik, een kleine 100 gedaan. Je zat daar en had een extra rol; het waren niet mijn hoofdwerkzaamheden.

Mevrouw **Lammers**:

Had dat volgens u ook nog gevolgen voor de kwaliteit van de adviezen?

De heer **Gommers**:

Nee. Ik heb wel het idee dat we ons echt vrij voelden om alles te zeggen wat er gezegd kon worden. Ik vond het heel bewonderenswaardig hoe de voorzitter er altijd voor zorgde dat er consensus was en dat iedereen gehoord werd. Daar was ik heel erg tevreden mee.

Mevrouw **Lammers**:

U schrijft verder in uw boek dat – ik citeer – "het OMT zo'n beetje het land ging besturen" en "Jaap van Dissel veel te dicht op de politiek zat". U noemde hem zelfs een soort onderkoning. Kunt u dat eens nader toelichten?

De heer **Gommers**:

Nou ja, omdat hij degene was die het OMT-advies in het Catshuis ging uitleggen aan de kabinetsleden en wij soms ontevreden waren over de vragen die gesteld werden. Als wij dan kritiek uitten op zijn verweer,

kregen wij af en toe het idee: wat gebeurt hier? En hij zát daar ook heel dicht op die ministers. Wij vonden het dus niet gek, maar hebben die kritiek wel geleverd. Daarover hebben we ook gediscussieerd. Ik kan mij herinneren dat wij over de mondkapjes van inzicht verschilden. Toen hij dat artikel nog een keer, ergens in oktober, bij de NOS publiceerde, terwijl de ideeën toch anders werden, hebben we echt een stevig gesprek gehad. Maar dan pakte hij de telefoon en dan bediscussieerden we dat met elkaar. Nou ja, dat gaf mij altijd wel weer een goed gevoel om weer verder te gaan.

Mevrouw **Lammers**:

Vond u ook dat het kabinet te sterk op de OMT-adviezen leunde?

De heer **Gommers**:

Zoals ik al eerder uitgelegd heb: in de praktijk vond ik dat eigenlijk helemaal niet. In de tweede golf zijn zij immers hun eigen weg gegaan. Het OMT wilde wat anders. We hebben het een paar keer gehad. Eind januari ging de avondklok in, en op 18 februari ging minister-president al aankondigen dat we gingen versoepelen. We hadden echt zoiets van: "Hoezo? Dat kan echt niet." Dat is in april nog twee keer gebeurd. Ik denk dat het kabinet echt wel eigen besluiten heeft genomen. Daar zijn ook echt wel aanwijzingen voor. Alleen, de manier van communicatie en de beeldvorming: die hadden veel beter gekund. De minister-president gebruikte af en toe woorden zoals "dit is het advies van het OMT", maar hij heeft volgens mij ook toegegeven dat dat beter had gekund. Inhoudelijk gezien had ik dus echt het idee dat het kabinet zelfstandig besluiten nam. In de communicatie had het beter gekund: het was echt wel meer dan de OMT-adviezen alleen.

Mevrouw **Lammers**:

Heeft u weleens de indruk gehad dat het kabinet zich beriep op een OMT-advies, terwijl dat eigenlijk niet het advies van het OMT was?

De heer **Gommers**:

Poeh. Dat kan, maar ik kan geen voorbeeld naar boven halen. Heeft u een voorbeeld?

Mevrouw **Lammers**:

Nee, ik vraag het u. U herinnert zich geen advies waarbij is gezegd dat dat het advies van het OMT was, terwijl u dacht: nou ...?

De heer **Gommers**:

Ik weet dat we daar in het OMT ergens een keer discussie over hebben gehad, zo van: jongens, afgelopen zaterdag was er een persco, maar wat daar gebeurde, dat was toch niet ons advies? Toen gingen we die brieven nalezen enzovoort. Toen hebben we daar inhoudelijk wel over gediscussieerd en aan de voorzitter meegegeven dat dit de volgende keer toch echt anders moest.

Mevrouw **Lammers**:

Wat zijn daar volgens u de gevolgen van geweest?

De heer **Gommers**:

Ook dit is in mijn ogen weer communicatie. Voor ons was het heel duidelijk: wij geven een medisch en epidemiologisch advies. Wij wisten dat er ook andere adviezen kwamen. Dat werd ons ook echt op het hart gedrukt. In het BAO wordt dat allemaal afgewogen en wordt gekeken of het haalbaar is; dat gaat uiteindelijk naar het kabinet, en het kabinet neemt een besluit. Voor mij is het dus heel logisch dat zij andere besluiten namen, maar hoe je dat communiceert, is dan wel belangrijk. Als dan werd gezegd dat het een OMT-advies was, dan voelden wij ons aangevallen of eigenlijk onheus bejegend. Wij krijgen dan immers meer commentaar vanuit de maatschappij. Dat voelde dus soms heel slecht.

Mevrouw **Lammers**:

Heeft u dat ook tegenover de voorzitter aangegeven?

De heer **Gommers**:

Ja.

Mevrouw **Lammers**:

Is daar direct iets mee gedaan?

De heer **Gommers**:

Ja.

Mevrouw **Lammers**:

U zei net dat u ook weleens heeft aangegeven: wat gebeurt hier eigenlijk? Als u dat tegen de voorzitter van het OMT zei, wat was dan zijn verweer? Wat was dan zijn reactie?

De heer **Gommers**:

Nee, maar ik bedoel: als professionals onder elkaar kon hij goed uitleggen dat hij zich soms ook heel goed kon voorstellen dat ik dat idee had. Hij zei dan: ik kan me helemaal voorstellen dat je dat denkt. En dan kon hij uitleggen hoe het daadwerkelijk ging. In de eerste golf was ik ook bij die Catshuisoverleggen geweest, maar later, in de tweede en de derde golf, niet meer. Hij gaf dan een aannemelijke uitleg. We kregen dan een goede discussie over verschillen van inzicht en uiteindelijk gingen we dan in een goede verstandhouding uit elkaar. Dat gaf mij een goed gevoel. Ik had het idee dat ik echt mijn verhaal kwijt kon en dat hij met gedeeltes van dat verhaal ook aan de slag ging.

Mevrouw **Lammers**:

U noemde net dat u met de voorzitter ook een verschil van mening had over mondkapjes. Waarover verschilde u precies van mening?

De heer **Gommers**:

De voorzitter was heel stellig van mening dat niet-medische mondkapjes geen zin hadden. Medisch gezien en technisch gezien heeft hij gelijk. Maar het ging ons ook om gedrag en dergelijke: de kapjes, het besef, de basismaatregelen. Jaap van Dissel zei: ja, maar anderhalve meter is belangrijker dan een niet-medisch mondkapje. Het zijn natuurlijk hele kleine verschillen, maar het is de manier van communicatie. Nou ja, daarover verschilde ik met hem van mening, maar technisch gezien had hij gelijk.

Mevrouw **Lammers**:

U schrijft ook in uw boek dat het OMT in de crisis leidend was, maar dat de discussies niet transparant waren en dat er een geheimhoudingsplicht was. In het najaar van 2020 overweegt u daardoor zelfs om als OMT-lid op te stappen. Welke argumenten waren er om de verslagen van het OMT niet openbaar te maken?

De heer **Gommers**:

De verslagen: dat heeft de voorzitter besloten. De adviesbrieven werden openbaar, het advies dat het OMT gaf. Ik heb een paar keer ingebracht dat ik heel graag wilde dat de OMT-vergaderingen openbaar zouden worden. Ik had het idee dat het delen van de dilemma's zou zorgen voor een beter draagvlak. Voor mijn gevoel heb ik dat één of twee keer ingebracht, maar een meerderheid was het daar niet mee eens. Ze waren bang ... Nee, niet bang. Ze dachten dat we niet de goede discussie zouden hebben als die

openbaar was. Ik heb zitten luisteren naar ex-minister Koolmees. Hij zei: soms was het voor het draagvlak belangrijk om de dilemma's op tafel te leggen. Dat was eigenlijk ook mijn idee in het OMT. In het begin waren wij heel stellig in onze adviezen, maar op een gegeven moment hebben wij gezegd: jongens, er mag ook in staan dat we discussie hebben. Het is niet zo wit of zwart. Er zijn ook verschillende grijstinten. Ik wilde heel graag de volgende stap. Ik denk, voor de toekomst, dat OMT-vergaderingen gewoon openbaar moeten zijn. Laat maar zien hoeveel discussies we over bepaalde punten hebben. Ik denk echt dat je mensen dan meer mee krijgt en dat ze dan zeggen: oké, het is allemaal niet zo duidelijk, maar als ik die anderhalve meter in acht neem, dan kan ik mijn bijdrage leveren aan het beheersen van dat virus.

Mevrouw **Lammers**:

U zei net dat u het een paar keer heeft aangegeven. Wat was dan het verweer? Wat waren dan de argumenten om het niet te openbaren?

De heer **Gommers**:

Men voelde zich dan niet vrij om te kunnen spreken. Er was natuurlijk ook zoiets als de polarisatie in de maatschappij, en wat nou als je iets gezegd had wat bepaalde mensen niet zinde en je dan afgerekend werd? Ik denk dus dat angst ook meespeelde. Maar ik was groot voorstander. Ik denk dat het voor de toekomst belangrijk is dat je de manier waarop de Tweede Kamer met elkaar discussieert en van mening verschilt, ook in een OMT-vergadering kan doen.

Mevrouw **Lammers**:

Oké. Dan ben ik eigenlijk door mijn vragen heen. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Toch doorgaand op dat laatste punt, dat van die polarisatie in de maatschappij. Helaas hebben ook veel OMT-leden te maken gehad met bedreigingen en intimidatie. Heeft dat de discussie beïnvloed?

De heer **Gommers**:

Ehm ... Nee, de discussies in het OMT niet, misschien omdat het achter gesloten deuren was. Ik weet niet of het van invloed kan zijn als je dat openbaar maakt. Ik kan me voorstellen, nu de discussie over de azc's in de lokale politiek gebeurt en lokale ambtenaren en wethouders onder druk gezet worden, dat dat ... Ja, soms, ehm ... Je wilt niet dat het de besluitvorming beïnvloedt, maar het zou zomaar kunnen. Je kunt je ook

voorstellen dat dat toendertijd tijdens de covidpandemie had kunnen gebeuren. Maar het is niet openbaar geweest, dus ...

De **voorzitter**:

Maar het OMT was dus niet openbaar. Voor de helderheid: u heeft niet de indruk dat de polarisatie in de samenleving de discussie op dat moment heeft beïnvloed?

De heer **Gommers**:

Niet in onze adviezen of de discussies die we daar gevoerd hebben.

De **voorzitter**:

Waarin wel?

De heer **Gommers**:

Nou ja, in je bewegen op social media of in uitspraken die je deed. Je moest af en toe goed nadenken: wat zeg ik, en komt de nuance – daar gaat het namelijk vaak over – goed over? Je moest soms ook denken aan je eigen veiligheid. Er werden uiteindelijk toch camera's rond mijn huis gezet. Ik had uiteindelijk toch een pieper op zak, zodat ik, als ik van het ziekenhuis naar m'n auto liep, eventueel politie kon waarschuwen. Er waren toch bedreigingen dat mijn hoofd eraf moest. Ik krijg nog iedere week mails van mensen die er toch echt anders over denken. Dat zijn geen mails met bedreigingen dat mijn hoofd eraf moet, maar ze zeggen wel dat ik te zijner tijd voor een tribunaal moet verschijnen. Dus ja, dat blijft leven. Maar ik vind dat dat niet mijn besluitvorming mag beïnvloeden.

De **voorzitter**:

Nee. Dat heeft veel impact. Dank voor het delen en voor die openhartigheid hierover. Collega Poortman, heeft u op dit onderwerp nog aanvullingen?

De heer **Poortman**:

Die heb ik niet. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dan kunnen we, meneer Gommers, naar het laatste onderwerp van dit openbare verhoor. Dat is de aandacht voor patiënten. We hebben het vandaag veel met u gehad over uw rol als voorzitter van de NVIC en uw rol als lid van het Outbreak Management Team, maar u was ook gewoon

intensivist aan het Erasmus Medisch Centrum. U had daar dus ook te maken met patiënten en hun naasten. Wanneer er infectieziektebestrijding plaatsvindt, wil je het aantal contacten zo veel mogelijk beperken. Hoe vond de afweging plaats tussen het voorkomen van de verdere verspreiding van het virus en tegelijkertijd het voldoende aandacht houden voor de patiënten en hun naasten?

De heer **Gommers**:

Ja. Toen de eerste golf van het virus uitbrak, waren we echt angstig. Ik kan me nog herinneren dat collega's van mij mijn kamer binnenkwamen en zeiden: luister, Diederik; wat als ik het virus oploep en misschien wel kom te overlijden? We wisten nog weinig van het virus. We hadden op 24 februari wel een webinar gehad vanuit China over hoe de behandeling moest zijn, georganiseerd door de Europese ... Dat gaf zeker angst. Het grootste drama, wat me eigenlijk het meeste zeer doet als ik terugkijk op deze pandemie, was dat wij mensen alleen hebben laten doodgaan op de intensive care. Er is een moment geweest in maart – ik weet niet meer precies hoelang – dat het zo kon zijn dat familieleden niet bij hun geliefde mochten zijn terwijl die op het punt stond om te overlijden. Dat moeten we echt nooit meer doen.

De **voorzitter**:

Hoe zouden we kunnen voorkomen dat mensen niet meer onnodig alleen hoeven te sterven?

De heer **Gommers**:

Nou ja, dan moeten we het anders organiseren. Dit soort maatregelen mogen we nooit meer nemen. Dat is op de intensive care gebeurd, maar dat is ook in verpleeghuizen gebeurd. Dat zijn ... Je kunt niet alleen doodgaan. Daar ben je niet voor op de wereld gezet.

De **voorzitter**:

Heeft u dan op dit gebied misschien lessen die u aan de commissie mee zou willen geven, zodat we kunnen voorkomen dat dat in volgende pandemie wederom gebeurt?

De heer **Gommers**:

Het is gewoon heel belangrijk dat we dit soort essentiële dingen tegen elkaar zeggen en zeggen: dit kan gewoon niet. Covid was een drama, maar het virus an sich was niet heel dodelijk, tenzij je ouder was dan 75 jaar. Als we nu ebola zouden krijgen, wat nu heerst in Afrika ... Dat is een

veel ernstiger ziektebeeld. Dan is het contact veel moeilijker. Dan loop je echt gevaar. Maar dan nog vind ik dat we gewoon met elkaar moeten zeggen: de maatregelen worden nooit zo streng dat je niet bij iemand die op het punt staat om te overlijden mag zijn. We moeten gewoon met elkaar afspreken dat we dat nooit meer doen.

De **voorzitter**:

Collega Lammers, heeft u nog aanvullingen op dit onderwerp?

Mevrouw **Lammers**:

Nee, ik heb geen aanvullingen. Dank.

De **voorzitter**:

Collega Poortman?

De heer **Poortman**:

Ja, ik heb nog wel een vraag. U snijdt wat betreft het afscheid nemen van geliefden volgens mij een heel wezenlijk punt aan. We hebben de heer Van Koesveld gesproken. Hij was destijds een hoge ambtenaar op het ministerie van VWS. Hij gaf aan dat de richtlijn altijd was dat in de laatste levensfase wel bezoek toegestaan zou moeten worden, ook al was dat beperkt. Waren die richtlijnen u destijds genoeg bekend?

De heer **Gommers**:

Ik weet het niet, ik weet het niet. Er is een hele korte periode geweest waarin we zelfs op de intensive cares mensen niet toelieten, maar dat is er al heel snel vanaf gegaan. Ik denk dat dit kwam door de richtlijn, maar ik kan niet terughalen hoe die fasering precies is geweest.

De heer **Poortman**:

Ik vraag hier niet naar om mensen aan te wijzen, maar vooral om te reconstrueren hoe zo'n dynamiek tot stand komt. Het ministerie heeft het gevoel: wij hebben uitzonderingen gegeven. Ik moet u ook zeggen dat ik niet precies weet hoe dat voor intensive cares was. Ik weet niet of dat nou een richtlijn was of dat intensive cares op een gegeven moment zelf hebben gezegd: het is beter om geen mensen toe te laten.

De heer **Gommers**:

Dat weet ik eigenlijk niet. Vaak was het een advies van het OMT, dat dan opgevolgd werd. Ik kan me niet herinneren dat wij ... In het pandemieprotocol stond het niet. De taskforce kon ook richtlijnen ... En de

taskforce kon ons ook helpen wat betreft behandelingen. Zover ik me nu actief herinner, is er ook nooit door de taskforce gezegd dat familie er niet bij mocht. Ik denk dat het een hele korte periode was in het begin van de eerste fase, waarin er veel angst was. Het is goed om te horen dat het ministerie dat gauw teruggetrokken heeft en daar een richtlijn over heeft uitgebracht.

De heer **Poortman**:

Dank u wel voor deze toelichting. Dan heb ik verder ook geen vragen op dit punt.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Gommers. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van dit openbare verhoor. Ik verzoek de bode om de getuige en zijn bijstandsverlener naar buiten te leiden.

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

De **voorzitter**:

Het volgende openbare verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona, met de heer Jacco Wallinga, modelleur van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, vindt vanmiddag om 14.00 uur plaats. Ik sluit de vergadering.

Sluiting 12.35 uur.