

Verslag van een openbaar verhoor

De parlementaire enquêtecommissie Corona heeft op 17 juni 2026 **de heer Baidjoe** als getuige gehoord.

Voorzitter: De Kort
Griffier: Rijkers

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

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**:

Ik open de vergadering. Aan de orde is een openbaar verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona. Het is vandaag woensdag 17 juni 2026.

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

(De heer Baidjoe wordt binnengeleid door de griffier.)

De **voorzitter**:

Van harte welkom. Ik geef de aanwezige pers kort de gelegenheid voor een fotomoment.

(Er worden enkele foto's gemaakt.)

De **voorzitter**:

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 tot een grondige, breedgedragen terugblik namens de Tweede Kamer te komen op die coronaperiode, om te leren voor een eventuele volgende pandemie of langdurige crisis.

Meneer Baidjoe, u bent opgeroepen als getuige voor de parlementaire enquêtecommissie Corona. U bent veldepidemioloog en was medeoprichter van het zogeheten Red Team.

U heeft ervoor gekozen om de belofte af te leggen. Daarmee verklaart u de gehele waarheid en niets dan de waarheid te spreken. Ik wil u verzoeken om te gaan staan.

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

De **voorzitter**:

U staat onder ede. U mag weer gaan zitten.

Dit verhoor zal worden afgenomen door de collega's Mutluer en Poortman. Het kan zijn dat ik enkele aanvullende vragen stel. We hebben veel te vragen, dus laten we snel beginnen.

Voor het eerste onderwerp geef ik het woord aan collega Mutluer.

Mevrouw **Mutluer**:

Meneer Baidjoe, van harte welkom. U bent veldepidemioloog. U bent expert op het gebied van het bestrijden van infectieziekte-uitbraken. We gaan het straks met u hebben over de coronapandemie en het Red Team. Voordat we daarmee beginnen, horen wij heel graag iets meer over uw expertise en uw ervaringen. Kunt u ons dus kort, in duidelijke taal, zonder jargon, vertellen wat de expertise van een veldepidemioloog inhoudt?

De heer **Baidjoe**:

Ja. Ik ben veldepidemioloog en microbioloog. Mijn expertise is specifiek in de veldepidemiologie. Dat betekent dat we eigenlijk een holistische expertise hebben, door een training die wereldwijd bekend is, om te werken aan uitbraken en alles wat daarbij hoort. Dat betekent dat we ook heel goed snappen hoe complex uitbraken kunnen zijn en dat we vaak ook in leidinggevende rollen zitten, als het gaat om uitbraakmanagement en grote crisissen.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat bedoelt u met "holistische expertise"?

De heer **Baidjoe**:

Dat betekent dat we zaken niet louter vanuit een biomedisch of klinisch

perspectief bekijken, maar dat we eigenlijk kijken naar alles wat erbij hoort. Zo kan ik u vertellen dat de rol van sociale wetenschappen altijd permanent geïntegreerd is bij ons, zeker omdat in veel uitbraken ... Het ziekenhuis is uiteraard zeer belangrijk, maar mensen vertonen gedrag dat leidt tot verspreiding van ziektes. Dat zijn dus bijvoorbeeld ook elementen die zeer belangrijk zijn. Hoe je communiceert met mensen en hoe je communiceert met politici, is ook uitermate belangrijk. Het is dus eigenlijk het grote plaatje rondom de publieke gezondheid.

Mevrouw **Mutluer**:

In de praktijk kennen we de viroloog. We weten ook dat er epidemiologen zijn. Waarin onderscheidt een veldepidemioloog zich dan van een viroloog en een epidemioloog? Kunt u dat uitleggen?

De heer **Baidjoe**:

Ja. Officieel, omdat we twee jaar getraind zijn in het worden van veldepidemioloog. We hebben allemaal andere achtergronden, zoals medische dokters en mensen die opgeleid zijn in het lab, maar we krijgen allemaal dezelfde training. In Europa wordt die training georganiseerd door het Europees centrum voor ziektepreventie en -controle. Er worden trainingen gefaciliteerd in de publieke gezondheidsinstituten door heel Europa heen. Het programma is inmiddels al 25 jaar oud. Een veldepidemioloog onderscheidt zich van een reguliere epidemioloog doordat we heel veel operationele ervaring hebben. Dus naast de theoretische kennis om de analyse en datasets te bekijken, snappen we ook heel goed dat data maar een deel van het beeld geven en dat het ook heel belangrijk is om met mensen te praten, zowel mensen die in het ziekenhuis werken als mensen in de bevolking en, natuurlijk, in alle verschillende disciplines die je rond hebt lopen.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat is dan het verschil met bijvoorbeeld een viroloog?

De heer **Baidjoe**:

Een viroloog is iemand die getraind is om in het laboratorium te kijken naar de biologische en pathologische kenmerken van pathogenen, in dit geval dan virussen. Dan heb je de classificatie microbiologen. Die kijken bijvoorbeeld meer naar bacteriën. Het is inderdaad wel complex als het gaat om de verschillende disciplines, die hun verschillende rollen hebben.

Mevrouw **Mutluer**:

Als ik het goed begrijp, even vrij vertaald, kijkt een viroloog naar de biologische eigenschappen van een virus oftewel naar hoe een virus eruitziet, hoe het muteert et cetera. Een epidemioloog kijkt naar de grote patronen van de ziekte.

De heer **Baidjoe**:

Een epidemioloog kijkt eigenlijk naar alle gecombineerde data. Dat kunnen data zijn die uit sociale pilaren komen. Bewegen mensen zich inderdaad van de ene plek naar de andere plek? Hoe verspreidt een ziekte zich? Van bron- en contactonderzoek kun je heel veel leren over hoe een ziekte zich verspreidt. Tegelijkertijd hebben we ook de laboratoriumdata nodig, die met name door virologen worden gegenereerd, om te bekijken: we zien dat mensen symptomen hadden, maar wie was er nou eigenlijk besmet? Dat heeft er natuurlijk alles mee te maken dat symptomen van verschillende ziektes soms overlap kunnen hebben. Daarin is het laboratorium heel belangrijk. Virologen spelen bijvoorbeeld ook een belangrijke rol in het op een zeer snelle manier ontwerpen van een nieuwe test, wanneer je te maken hebt met een nieuwe pathogeen.

Mevrouw **Mutluer**:

Veldepidemioloog ... Het is goed om de begrippen te snappen, omdat we straks nader ingaan op uw bevindingen ten aanzien van de aanpak van de pandemie. Als ik het dus goed begrijp, bekijkt een viroloog hoe een virus eruitziet. Een epidemioloog kijkt naar de oorzaken en de gevolgen. Jullie zijn als veldepidemiologen, in mijn beleving, een soort brandbestrijders in de praktijk. Mag ik dat zo concluderen?

De heer **Baidjoe**:

Ja. Ik denk dat dat inderdaad wel een goede inschatting is. Inderdaad, omdat we allemaal verschillende subprofielen hebben, doen we het allemaal een beetje anders. Ik ben bijvoorbeeld gespecialiseerd in crisismanagement, dus uitbraken met hoge profielen en dat soort elementen. Maar er zijn ook mensen die als veldepidemioloog bijvoorbeeld in de routinezorg werken, die zich meer richten op infectiepreventie in een ziekenhuis: hoe voorkom je dat mensen besmet raken terwijl ze een ziekenhuisbezoek hebben? Die subprofielen zijn er dus ook. Ik denk dat het wel belangrijk is om mee te geven dat expertises herkennen inderdaad soms wel complex is.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar hebben deze drie disciplines elkaar nodig?

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

De heer **Baidjoe**:

Ja, zeker in een grote crisis zoals covid, waarbij er bijzonder veel vraagtekens zijn, er bijzonder veel druk is en allerlei factoren samenkomen, is het bijzonder belangrijk dat disciplines samenwerken.

Mevrouw **Mutluer**:

We gaan u hier straks meer over bevragen. U heeft al voor de coronacrisis wereldwijde ervaring opgedaan, onder andere met het bestrijden van infectieziekte-uitbraken, zoals ebola, die nu heel erg opkomt, in Congo, malaria in Kenia en zika in Suriname. Wat kenmerkt een infectie-uitbraak? Wat zou u daarover kunnen vertellen?

De heer **Baidjoe**:

Wat een infectieziekte-uitbraak kenmerkt, heeft eigenlijk alles te maken met hoe goed een land zijn capaciteit op orde heeft, de kennis en expertise, en hoe goed al die disciplines samenwerken, inclusief belangrijke beleidsmakers die beslissingen moeten nemen. Ik werk natuurlijk meer in het kader van uitbraken waarbij je vaak te maken hebt met kwetsbare gezondheidssystemen. De grootte van de crisis heeft natuurlijk ook grote invloed. Als je specifiek kijkt naar corona, zie je dat er bijzonder veel vraagtekens waren – er was heel veel onzekerheid – maar dat er tegelijkertijd ook de druk was om beslissingen te nemen terwijl je niet alle informatie tot je beschikking had.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar heel concreet: waar hebben we het over als we het hebben over een infectie-uitbraak, heel algemeen?

De heer **Baidjoe**:

Eigenlijk heb je dan te maken met een grote interruptie van alles, van gezondheidszorg tot supplychain, zoals we dat noemen. Hoe komen de boodschappen in de supermarkt? Hoe kunnen mensen hun hebben en houden intact houden? Hoe kunnen ze naar hun werk? Vaak heb je dus toch wel te maken met een systeemcrisis, vandaar ook dat die multidisciplinaire aanpak zeer belangrijk is.

Mevrouw **Mutluer**:

Waar zit dat 'm in, dat het een systeemcrisis is?

De heer **Baidjoe**:

Het zit 'm in het volgende. De zorg wordt natuurlijk belast over de hele linie.

Er wordt veel over de ic's gesproken, maar er is ook de eerste lijn, dus de huisartsen, om het zo maar te zeggen, en er zijn de GGD's, die natuurlijk heel erg in de uitvoer staan op regionaal niveau. Tegelijkertijd liet corona zich natuurlijk ook kenmerken door: komen de boodschappen nog wel aan in de supermarkten, wat denkt het publiek erover en levert het maatschappelijke wrijving op? Dat is ook iets wat heel kenmerkend is bij uitbraken. Mensen worden natuurlijk gewoon in hun dagelijks leven heel erg geraakt in allerlei facetten. Dat kan op zeer verschillende manieren, maar je kan je ook voorstellen dat in de crisissen waarin wij bijvoorbeeld werken, een dag niet gewerkt ook betekent: een dag niet gegeten. Dat zijn complexe beslissingen die moeten worden genomen, waarbij daar dan ook nog eens een politiek tussenin zweeft, zeg maar. Dan hoop je dat de beleidsmakers aan de kant staan van de publiekegezondheidsadviezen, wat natuurlijk ook niet altijd een gegeven is. Dat maakt het dus heel vaak tot een systeemcrisis.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat laatste behoeft wel een nadere uitleg.

De heer **Baidjoe**:

Ja. Een systeemcrisis betekent eigenlijk dat je te maken hebt met een samenkomst van verschillende elementen die eigenlijk complexiteit stapelen. Dus als we even kijken naar corona, zien we heel veel vraagtekens met betrekking tot wie er zo direct wordt geraakt door het virus als het gaat om ziekte, maar ook als het gaat om: wie hebben zo direct hoge risico's om te overlijden en hoe verspreidt de ziekte zich? Dat zijn allemaal vraagtekens. Ondertussen weet je natuurlijk wel dat er horrorbeelden van het begin van de pandemie uit China en Italië komen. Dat geeft natuurlijk wel druk om beslissingen te nemen waarvan je op dat moment niet met 100% zekerheid kunt zeggen dat het de goede beslissingen zijn, maar die wel significante maatschappelijke impact zullen hebben.

Mevrouw **Mutluer**:

We gaan nog nader in op corona. Ik probeerde nu gewoon even een algemeen beeld te krijgen van het werk dat u doet, zodat de vragen straks gericht aan u kunnen worden gesteld. Een laatste vraag die ik nog heb, meer in algemene zin, is: wat zijn nou de essentiële stappen die een overheid moet zetten bij een dergelijke uitbraak van een infectieziekte, in het algemeen?

De heer **Baidjoe**:

In het algemeen moet je er als overheid voor zorgen dat de crisisstructuur helder is. Wie neemt de beslissingen waar? Hoe is de crisisstructuur opgezet en welke disciplines zijn daarbij betrokken? Zeker in dat soort elementen ... Kijk naar de Wereldgezondheidsorganisatie. Die zet bij grote crises gelijk een incident management structure op, zoals dat dan heet. Dat betekent eigenlijk dat heel duidelijk is wie verantwoordelijk is voor alles wat te maken heeft met epidemiologie, wie verantwoordelijk is voor alles wat te maken heeft met bijvoorbeeld de sociale wetenschappen, dus de gedragsaanpassingen en de communicatie, wie verantwoordelijk is voor bijvoorbeeld vaccinatie-uitrolbeleid en wie de liaison is, degene die contact heeft met verschillende beleidsmakers en verschillende organisaties. Dat klinkt heel simpel in de opzet, maar dat is het niet. Maar die helderheid creëren is bijzonder belangrijk als het gaat om wie de verantwoordelijkheid heeft en wie moet besluiten. Ik zou zeggen dat het vanuit beleids- of overheidsperspectief het belangrijkste is om dat helder te hebben. Je moet ook je experts kennen. Dat is een ander element dat heel belangrijk is. Wie moet je er echt bij hebben, welke disciplines? Wie heeft niet alleen een trackrecord als professor in de academie, maar ook de operationele ervaring om de complexiteit goed te snappen?

Mevrouw **Mutluer**:

U geeft aan: de crisisstructuur moet helder zijn; er moet helder zijn welke disciplines aan boord zijn en wie wat doet. Maar in een eerder interview in De Telegraaf in december 2020 noemde u nog twee heel essentiële dingen: vroege detectie en vroege actie.

De heer **Baidjoe**:

Zeker. Als de crisisstructuur goed op orde is en je de juiste mensen aan boord hebt, dan zullen die dat zeker onderstrepen. Het klopt dat je aan het begin van zo'n uitbraak te maken hebt met heel veel onzekerheid, maar we weten dat vroege actie zeer belangrijk is. Dat heeft alles te maken met: kun je de gevallen opsporen? Kun je goed detecteren hoe besmetting verloopt van de ene naar de andere plek? Om besmetting in kaart te brengen moet je bijvoorbeeld ook testen; dat is natuurlijk om te weten of iemand de ziekte heeft. Dan kun je ook bevestigen of en hoe die persoon zo'n ziekte zou overbrengen.

Mevrouw **Mutluer**:

Tot zover mijn algemene vragen.

De **voorzitter**:

Ik heb zelf geen aanvullende vragen. Collega Poortman, heeft u op dit onderwerp aanvullingen?

De heer **Poortman**:

Ik heb één vraag die bij me blijft hangen. U spreekt over een "systeemcrisis" als u het heeft over een epidemie of een pandemie. Is dat wat u betreft een woord dat we moeten kiezen als we het daarover hebben? Het is verleidelijk om bijvoorbeeld over corona te spreken als een "gezondheidscrisis". Vindt u dat een woord dat de situatie recht doet?

De heer **Baidjoe**:

Nee. Het is nooit alleen maar een gezondheidscrisis. Ik denk dat dat ook heel belangrijk is als men spreekt over een wetenschappelijk advies en een biomedisch advies. Het is nooit alleen maar biomedisch. Zeker in het begin van een crisis heb je helemaal niet zo veel biomedische hulpmiddelen tot je beschikking. Je hebt geen vaccins en je hebt wellicht geen medicijnen die goed gevalideerd zijn als je te maken hebt met een nieuw pathogeen. Eigenlijk alles wat je adviseert, richt zich heel erg op het gedrag van mensen veranderen en zorgen dat ze elkaar niet besmetten. Het – ja, hoe zeg je dat? – creëren van urgentie bij de bevolking is heel erg een slag op communicatie. Om eerlijk te zijn is dat precies hoe organisaties met veel ervaring, van de WHO tot Artsen zonder Grenzen en het Rode Kruis, het aanpakken. Dat is ook in de praktijk geteste ervaring, dus het is nooit vanaf het begin zo ontwikkeld; in de praktijk zijn dit soort lessen geleerd.

De heer **Poortman**:

Helder. U stipt dingen aan die we in dit verhoor zeker nog terug laten komen. Dank u.

De **voorzitter**:

Dan kunt u direct door naar het volgende onderwerp, collega.

De heer **Poortman**:

Dank, voorzitter. Dan gaan we naar januari 2020, als het publiek voor het eerst hoort over het virus dat opduikt in Wuhan. Er is dan nog heel weinig bekend over het virus. Hoe heeft u voor het eerst gehoord over het virus?

De heer **Baidjoe**:

We hebben veel informele netwerken. Veel van het nieuws reist eigenlijk door informele netwerken. De eerste keer dat ik hoorde van het virus ... Er is

een website die ProMED heet. Eigenlijk alles wat we een Public Health Emergency of International Concern noemen, de hoogste gradatie van crisisevents, wordt door dat platform opgepakt. Dat is een platform waar klinici rapporten naartoe kunnen sturen om te zeggen: ik heb iets verdachts gezien. Dat is een van de mechanismen in surveillance waarmee iets ongewoons opgepikt kan worden. Ebola-uitbraken worden af en toe zo gedetecteerd. Als eerste zie je dan zo'n rapport.

De heer **Poortman**:

U bedoelt dat het ongewone opgepikt kan worden door mensen die de website volgen, of die database, en die iets zien?

De heer **Baidjoe**:

Ja, precies. Je hebt een abonnement. Mensen in ons werkveld hebben een abonnement daarop. Dan krijg je alerts doorgepusht, om het zo maar te zeggen. Er zijn natuurlijk globaal gezien heel veel van dat soort alerts, maar je kijkt natuurlijk heel erg door een filter, van: oké, wat is heel ongewoon? Zou houden bijvoorbeeld mondiale organisaties het landschap een beetje in de gaten. Dus het cluster van gevallen van "pneumonia", zoals het in het rapport stond, dus een luchtwegaandoening, werd als ongewoon aangemerkt. Dat was uiteraard in december van het jaar ervoor, dus in 2019. Dat betekent natuurlijk dat er daarvoor ook iets gebeurde. Dat stond alleen nog niet op de radar van iemand.

De heer **Poortman**:

Nee, precies. Maar uzelf kreeg het wel op de radar in december 2019?

De heer **Baidjoe**:

Ja. Ik werkte toen nog bij de Wereldgezondheidsorganisatie, de WHO. Ik was gestationeerd in wat ze het Health Emergencies Department noemen, het specifieke departement dat zich met dit soort zaken bezighoudt. Op dat moment was het: oké, ongewoon, maar nog geen hoog alert. Dat eerste moment volgde meer in januari en februari, toen er meer geruchten binnenkwamen. Iedereen kent nog wel de filmpjes van social media. Wat erop volgde, waren geruchten uit Iran. Eigenlijk was de WHO er al vrij snel bij door in februari, 11-12 februari, een globale expertmeeting te organiseren, waarbij wereldwijde experts in de verschillende disciplines bij elkaar werden gebracht om het te hebben over: wat zijn de grote vraagtekens die we nu hebben en waar moeten we investeren in a wat we moeten doen en b het onderzoek om al die vraagtekens van antwoorden te voorzien, voor zover mogelijk?

De heer **Poortman**:

Was dat die conferentie in Genève?

De heer **Baidjoe**:

Ja, georganiseerd door de Wereldgezondheidsorganisatie.

De heer **Poortman**:

Daar ben ik heel benieuwd naar, maar ik ben eerst benieuwd naar het hele vroege beeld in december. Wat was toen het beeld van het virus dat zich aandiende?

De heer **Baidjoe**:

De eerlijkheid gebiedt het volgende te zeggen. Wij werken mondiaal met collega's, maar als je dat soort rapporten krijgt, is nog met name de vraag: wat is het? Daarbij probeer je natuurlijk zo veel mogelijk te linken aan ziektebeelden of pathogenen die je kent. Is het iets nieuws? Is het iets wat we al kennen en waar we al eerdere ervaring mee hebben? Ik denk dat in december de alarmbellen nog niet overal afgingen. Ik denk dat dat heel evident is. Maar naarmate we in januari kwamen, was, denk ik, ook heel vaak de vraag: hoe betrouwbaar is de informatie? Op dat moment waren er namelijk nog geen data en was er nog geen gevalideerde test. Er waren vraagtekens, maar feit is natuurlijk wel dat je al enigszins de alertheid probeert op te schalen, dus dat betekent dat je mogelijk het nieuws uit Wuhan en China beter in de gaten houdt en dat je contact probeert te leggen met collega's.

De heer **Poortman**:

En wat was voor de WHO de aanleiding om die alertheid wat op te voeren?

De heer **Baidjoe**:

Je had te maken met een cluster aan gevallen, wat ongewoon was. Maar er kwamen ook meer geruchten en de socialmediabeelden kwamen tevoorschijn. Dat was natuurlijk één, maar er werd ook aan de alarmbel getrokken door Chinese artsen, van: hé, er is wel echt iets ongewoons gaande hier.

De heer **Poortman**:

Wat was voor de WHO de directe aanleiding? Die zorgen bouwen zich op, kan ik me voorstellen. Op een gegeven moment besluit de WHO dan dat er een conferentie moet komen. Dat is een grote, wereldwijde conferentie, kan ik me voorstellen. Hoe groot waren de zorgen op dat moment?

De heer **Baidjoe**:

Laat ik het zo zeggen: als de WHO een meeting organiseert, is er natuurlijk sprake van een bepaalde urgentie. Die urgentie zat 'm voornamelijk in: waar kijken we eigenlijk naar, wat kunnen we te weten komen en waar liggen de onderzoeksvragen die essentieel zijn om onze respons te informeren, om het zo maar te zeggen? Ik denk dat mensen op dat moment met een verschillend gevoel van urgentie weggingen. Die bijeenkomst vond plaats in Genève op 11 en 12 februari. Na afloop gingen mensen daar met verschillende niveaus van urgentie weg.

De heer **Poortman**:

Hoe kan dat?

De heer **Baidjoe**:

Ten eerste omdat ze natuurlijk verschillende achtergronden hebben. Je hebt natuurlijk groepen die meer kijken naar: met wat voor virus hebben we te maken, hoe zien de genetische sequenties van het virus eruit en hoe kunnen we testen ontwikkelen? Maar ik denk dat er in de groep van epidemiologen, waar ik in zat, wel het gevoel was dat het weleens heel groot zou kunnen worden.

De heer **Poortman**:

Zo'n conferentie is bedoeld om die verschillende disciplines bij elkaar te brengen. Hoe kan er dan toch zo'n verschil van urgentie ontstaan, terwijl jullie contact met elkaar hebben op zo'n conferentie?

De heer **Baidjoe**:

Niks menselijks is ons vreemd, zeg ik altijd. Aan een alarmbel trekken vinden we altijd vrij moeilijk, denk ik. Dat kon je vrij vroeg in de pandemie ook zien in het beeld van verschillende experts met verschillende uitingen van zorg in de interviews. Dat kon je natuurlijk ook in Nederland zien, hoe verschillende mensen naar die urgentie keken op dat moment. Je hebt natuurlijk te maken met een hoop vraagtekens. Het komt natuurlijk ook weleens voor en het laatste wat wij willen als professionals, is dat wij heel hard aan de alarmbel staan te rinkelen en dat er vervolgens niks gebeurt. Doe je dat te vaak, dan word je natuurlijk ook niet serieus genomen. Dat soort best wel menselijke afwegingen spelen daarin natuurlijk ook een rol.

De heer **Poortman**:

Waren er meer Nederlanders op die conferentie?

De heer **Baidjoe**:

Voor zover ik weet was Marion Koopmans daar – die zat dan inderdaad in de groep van het lab – en ikzelf. Ik heb niet meer Nederlanders gezien, wat niet wil zeggen dat ze er niet waren, hoor. Er is een lijst van mensen die er waren.

De heer **Poortman**:

Heeft u ook contact met haar gehad op die conferentie of na die conferentie?

De heer **Baidjoe**:

Na de conferentie gingen dingen heel snel. Tijdens de conferentie hebben we elkaar, denk ik, niet gesproken. Dat heeft er met name mee te maken dat het programma heel volgepakt is en dat je dus eigenlijk met je groep experts aan het praten bent. Vervolgens worden plenair, in de zaal, de presentaties gegeven.

De heer **Poortman**:

Welke informatie kreeg u tijdens de conferentie waardoor u gealarmeerd werd?

De heer **Baidjoe**:

Ten eerste met name vanuit collega's uit Azië die zich met de beperkte data die we op dat moment hadden, in februari, al zeer veel zorgen maakten over de grootschalige verspreiding en hoe snel dit kon gaan. Bij de epidemiologengroep zitten ook de wiskundig modellers, dus ook mensen uit Londen van het Imperial College en de London School zaten erbij. Die kunnen zelfs met beperkte data, natuurlijk met vrij grote onzekerheid, al enigszins prognoses maken. Maar er waren op dat moment nog zo veel vraagtekens dat de onzekerheid – "dit is wat we denken dat het gaat worden, maar het zou ook minder of groter kunnen worden" – er toen nog wel was.

De heer **Poortman**:

U maakt een soort onderscheid tussen virologen enerzijds en epidemiologen anderzijds en koppelt daar een verschillend beleven van de urgentie aan. Heeft u ook bij mevrouw Koopmans gemerkt dat zij met een andere urgentie naar huis is gegaan dan uzelf?

De heer **Baidjoe**:

Zoals ik net aangaf, hebben we elkaar daar niet over gesproken, maar ik denk wel dat je ... Tja, het is natuurlijk lastig in die dynamiek bij het OMT.

Dan is de boel natuurlijk al bij elkaar geroepen. Ik denk wel dat er op Nederlands niveau op dat moment zeg maar een ander gevoel van urgentie was dan waar ik mee naar huis ging. Ik moet dan ook dit zeggen. Kijk, ik werk natuurlijk met name in gebieden met kwetsbare gezondheidssystemen, waar we uiteraard heel snel kunnen escaleren. Ik keek er op dat moment natuurlijk niet naar vanuit Nederlands perspectief, maar vanuit een mondiaal perspectief. En Nederland is een rijk land. Het gezondheidssysteem stáát op dat moment. Over het algemeen maak ik me dan altijd wat minder zorgen over wat er in Nederland gebeurt dan over landen waar kwetsbare gezondheidssystemen zijn, waar ze soms niet eens een ic-bed tot hun beschikking hebben. Dus dat is dan ook waar mijn focus op dat moment lag.

De heer **Poortman**:

Nederland geeft natuurlijk een ander beeld dan andere landen qua hygiëne en gezondheidszorg; u noemt het zelf. Hoe keek u naar het besef van urgentie in die dagen in Nederland?

De heer **Baidjoe**:

Er was één zaak die mij op dat moment heel erg opviel. Ik kan me niet precies meer de datum herinneren, maar de uitspraak dat carnaval niet zozeer een risico zou hebben gevormd omdat dat in kleine groepen wordt gevierd ... Ik bedoel, ik kom uit de Randstad, maar ik heb vaak genoeg carnaval gevierd om te hebben gezien dat carnaval een perfecte plek is voor massatransmissie, dus om veel besmettingen te genereren, zeker ook omdat het zich in de periode van wintersport bevindt. Op dat moment wisten we natuurlijk ook dat het in het noorden van Italië niet zo goed liep, en als mensen dan van wintersport terugkomen ... En hoewel er in Nederland geen directe vluchten uit Wuhan zijn, is het op het moment dat het in Italië is, eigenlijk overal. Dat was voor mij de basale aanname, dus in dat opzicht keek ik er op dat moment wel anders naar. Maar ik wil nogmaals benadrukken dat we op dat moment met heel veel vraagtekens te maken hadden. Dus over die eerste golf wil ik in dat kader ook niet te streng zijn, omdat er gewoon heel veel zaken onbekend waren. En uiteindelijk stond ik niet in de besluitvorming en advisering in Nederland, en op dat moment zeker niet. Daarom moeten we natuurlijk ook goed die balans in dat kader vinden: durf je aan die alarmbel te trekken, met mogelijk verregaande gevolgen? En dat terwijl je het nog niet echt goed kunt uitleggen aan het publiek, want eerste gevallen ... Maar mensen zien pas een gevoel van urgentie als er inderdaad mensen beginnen te sterven. Dat is altijd heel moeilijk in ons werk. Wij proberen ons natuurlijk altijd heel erg te richten op

preventie, maar preventie is eigenlijk alleen maar iets kunnen voorkomen als mensen op dat moment weten dat er wel degelijk een flink risico is voor ons als maatschappij of voor hen als individuen.

De heer **Poortman**:

Met als risico die preventieparadox.

De heer **Baidjoe**:

Zeker, ja.

De heer **Poortman**:

Ik bedoel dat daardoor dat besef van urgentie nooit duidelijk wordt. U schetste helder dat er veel vraagtekens waren. Wij proberen in kaart te brengen hoe er is omgegaan met die vraagtekens. Je kunt namelijk zeggen dat die vraagtekens aanleiding zijn tot voorzichtigheid of tot geruststelling, maar ik begrijp dat voor u de vraagtekens op dat moment reden waren tot ongerustheid.

De heer **Baidjoe**:

Zeker, ja. Dat kon je ook zien. Er werd formeel veel gecommuniceerd, maar er werd ook informeel veel gecommuniceerd. Er is een netwerk in de WHO dat het Global Outbreak Alert and Response Network heet, een informeel netwerk van public health professionals wereldwijd, dus van mensen met die operationele ervaring. Daarin kwamen er email chains van collega's die zeiden: jullie bewegen te langzaam; het is menens, je moet meer gaan doen. En dat was dan geadresseerd aan iedereen; niet alleen aan een select gezelschap, maar aan iedereen die lid is van het netwerk.

De heer **Poortman**:

Dank. Op dit punt genoeg wat mij betreft. We gaan het verder uitwerken in het volgende onderwerp. Dank u wel.

De **voorzitter**:

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

Mevrouw **Mutluer**:

Ik heb één concrete vraag, over de sense of urgency, het gevoel van urgentie, dat u minder zag in Nederland. Ik probeer het te snappen, dat gevoel en hoe dat zich uitte, nog even los van carnaval. Kunt u uitleggen hoe het werd geduid in Nederland? Wij weten uit het verhoor van mevrouw Koopmans dat zij op enig moment ook het gevoel had dat het het topje van

de ijsberg was. Ik was dus erg zoekende naar wat u precies bedoelt met "een ander gevoel van urgentie in Nederland", en hoe ik dat moet duiden.

De heer **Baidjoe**:

Ja. Ik denk ... U heeft al meerdere keren tijdens de verhoren gehoord over de zogenaamde piramide van patiënten, de gevallen die je ziet. Aan de top spreken we dan over mensen die komen te overlijden. Daaronder spreken we over de mensen die besmet zijn, met daarbovenop weer mensen die ernstig ziek zijn. En daarna heb je het grootste gedeelte van de piramide op de bodem: de mensen die daadwerkelijk besmet zijn. Wanneer je de eerste besmetting in Nederland ziet, kun je zeggen: dat is de eerste besmetting die is getest waarvoor op dat moment de casusdefinitie van "testen" heel erg nauw is. Dat gaat om mensen met een reishistorie uit dat gebied. En dat terwijl we natuurlijk wisten dat we een mondiale gemeenschap zijn, dat mensen links en rechts reizen. Dus op het moment dat je onder die strikte casusdefinitie dat eerste geval ziet, is dat zeker niet het eerste geval. Of althans, dat is dan niet de eerste besmette persoon; het zullen er veel meer zijn. Dat maakt de perceptie vaak heel lastig: hoezeer vertrouw je die data? Nou, dat is zeer belangrijk. Eén besmet geval is één besmet geval, maar die hele bodem van de piramide heb je helemaal niet in zicht; daarvoor moet je meer testen. Dat konden we op dat moment natuurlijk nog niet, want het testen was nog niet zozeer opgeschaald en er was een strikte casusdefinitie waaronder we mensen mochten testen. Ik denk niet dat iedereen op dat moment dat missende stukje van die piramide helder voor de geest had. Het was heel erg: welke gevallen zien we die ook daadwerkelijk bevestigd zijn met de tests? Mensen gingen, denk ik, iets te veel voorbij aan de bodem van de piramide: het grootste gedeelte van de mensen die besmet zijn en die je eigenlijk niet op de radar hebt.

Mevrouw **Mutluer**:

Begreep u dat?

De heer **Baidjoe**:

Nou ja, ik denk dat ik tijdens corona veel van mijn tijd besteed heb aan het uitleggen van dat soort principes, om eerlijk te zijn soms ook aan collega-wetenschappers, maar ook aan beleidsmakers, politici, in mediaoptredens en dat soort zaken. Ik denk dat je dat patroon ook een beetje door de golven heen kunt zien. Er werd telkens heel erg op de ziekenhuiscapaciteit en de ic's gezien, maar tegen de tijd dat het daar begint te dringen, is de piramide van besmette mensen op de bodem al veel groter. Dat is dan ook wat je percentagegewijs in die piramide naar boven zal zien bewegen. Dus op de

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

vraag of ik dat begreep: ja, dat begrijp ik, want ik denk dat een groot deel ervan leunt op de vraag of je hier veel ervaring mee hebt, veel operationele ervaring. Die is er zeker wel in Nederland, absoluut, ook bij de GGD's. Maar ik denk dat deze uitbraak van een dusdanige schaal was dat men dat niet altijd even scherp op de radar had, zeker in de vroegere fases van de pandemie.

Mevrouw **Mutluer**:

We gaan daar straks iets meer over vragen. Voor nu: dank.

De **voorzitter**:

U gaf zelf aan dat er ten aanzien van testen sprake was van een strikte casusdefinitie. Wat vond u daar op dat moment van?

De heer **Baidjoe**:

Tja, ik zou me er niet direct bij aansluiten om de casusdefinitie zo strak te hanteren. Ik denk ook dat veel daarvan had te maken met dat mensen in het algemeen naar testen keken als iets wat voor het klinische pad heel belangrijk was: "Als we iemand getest hebben, dan weten we hoe hem te behandelen." Maar ik denk dat men vrij lang niet goed op de radar had, of liever niet genoeg urgentie gaf aan, hoe belangrijk testen was om zicht te krijgen op het virus, maar ook om dat virus beter te begrijpen. Dat is altijd de trieste ironie van een pandemie of uitbraak: je moet gevallen hebben, je moet snappen hoe mensen de ziekte overbrengen, en daarvoor moet je kunnen testen om te begrijpen hoe dat virus functioneert, hoe dat virus zich verspreidt. Dat is aan het begin natuurlijk buitengewoon belangrijk. En wat ik van collega's ook heb begrepen, was dat er in het begin ook wel een redelijk stramien was voor wat de testen waren die we gebruikten en dat de casusdefinitie die strikt was, terwijl je voor klinische initiatieven heel goede testen wilt hebben. Maar om zicht te krijgen op het virus zijn testen die niet iedereen oppikken ook prima; die helpen namelijk wel bij het creëren van dat inzicht.

De **voorzitter**:

Wat was er volgens u gebeurd als die casusdefinitie niet zo strikt was geweest?

De heer **Baidjoe**:

Nou, dat is speculeren. Wellicht hadden we dan een niet-brede casusdefinitie gehad, maar was de urgentie om eerder naar maatregelen te werken steeds iets langer uitgesteld. Kijk, ik denk dat het in die eerste golf, met al die

vraagtekens, zo goed is gegaan als het kon, zeg maar. Daar zal ik nooit aan twijfelen. Met die onzekerheid heb je natuurlijk een diversiteit aan opinies en moet je met al dat gebrek aan kennis moeilijke beslissingen nemen in een land dat natuurlijk ook niet gewend is aan crises van deze schaal.

De **voorzitter**:

Oké, dank u wel. We kunnen naar het volgende onderwerp. Daarvoor geef ik collega Mutluer het woord.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil het graag met u hebben over de oprichting van het Red Team. Dat coronavirus bereikt ook Nederland. We leven dan ergens in maart 2020, na carnaval. Het kabinet kondigt de eerste lockdown af. Wat kreeg u daarvan mee? Want ik begrijp dat u toen in het buitenland was?

De heer **Baidjoe**:

Nee. Ik woonde op dat moment in Nederland, in Amsterdam. Nou ja, ik kreeg daar natuurlijk voldoende van mee, omdat ik veel sprak met collega's, die natuurlijk ook vrienden zijn, met name over hoe heftig het was en over hoe hard iedereen zijn best heeft gedaan om dingen zo goed en slecht als het kon, goed aan te pakken. Vervolgens ging die golf weer liggen en was de vraag voornamelijk of het voorbij was. Nou, het antwoord was eigenlijk: nee. Maar de vraag was wel: hoe snel gaat het weer opkomen? Op een gegeven moment, eind juli, zagen we die besmettingen weer oplopen, maar kon je in het communicatiebeeld niet echt duidelijk zien dat we mogelijk weer in een volgende golf kwamen. Bovendien deed voor mijn gevoel iedereen op dat moment een klein beetje laconiek over hoe heftig het wel niet weer zou kunnen worden. Ik denk ook, maar dat is dan puur wat ik dan zie in de gesprekken die ik voer, dat er in de eerste golf een aantal landen zijn geweest die het idee hadden dat je immuniteit zou kunnen opbouwen en naar kudde-immuniteit zou kunnen toewerken. Zweden is daar natuurlijk het toonaangevende voorbeeld van. Ik weet ook dat er veel op dat gebied gelobbyd is, dus om die strategie te hanteren. In het Verenigd Koninkrijk was er in eerste instantie natuurlijk ook zo'n strategie. Het kwam uit de parlementaire enquête die daar twee jaar geleden, of langer, heeft plaatsgevonden, naar voren dat dat zo was. In het Verenigd Koninkrijk is toen heel duidelijk gezegd dat dat niet een goede beslissing was. Ik had het gevoel dat er in Nederland wel werd gezegd dat het "een balans zoeken was", maar ik had ook wel het gevoel dat immuniteitsopbouw nog enigszins in de hoofden van bepaalde mensen zat. Of laat ik het zo zeggen: wat mij

betreft was niet helder geformuleerd dat dat niet het doel was van het beleid.

Mevrouw **Mutluer**:

Daar zou ik iets meer over willen weten. Groepsimmunititeit of kudde-immuniteit is een paar keer tijdens de verhoren aan bod gekomen. Sterker nog, op 16 maart heeft de minister-president dat ook in de mond genomen tijdens zijn persconferentie. Wat was uw beeld van groepsimmunititeit? Werd dat, in uw beleving, echt als een strategie ingezet in Nederland?

De heer **Baidjoe**:

Nou, op dat moment had ik het gevoel van wel. De collega's van Sanquin hadden het in de media constant over de hoeveelheid antistoffen in de generale bevolking. Maar laat ik ook heel duidelijk zijn: op dat moment wisten we helemaal niet of er zoiets als groepsimmunititeit kon worden opgebouwd, want groepsimmunititeit gaat ervan uit dat je, wanneer je één keer met het virus bent geconfronteerd, je het dus hebt gehad en je de besmetting succesvol bent doorgekomen, een blijvende immuniteit hebt tegen toekomstige infecties. Dat was een bijzonder groot vraagteken op dat moment, en wat mij betreft ook een zeer groot risico, want we weten natuurlijk dat virussen de neiging hebben om te muteren. Er zijn virussen, zoals die van de mazelen, waarvan je weet dat je, als je bent gevaccineerd of je het op een natuurlijke manier hebt gehad, daaraan blijvende immuniteit overhoudt. Maar bij corona was dat toen absoluut onduidelijk.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat werd in de eerste plaats wel geroepen. Het kwam terug in de uitingen van onder anderen onze premier. U zei nog iets: "We zagen het een en ander, en de ernst van de situatie, niet terug in de communicatie." En u zei dat er "laconiek" werd gereageerd op zaken. Kunt u dat uitleggen?

De heer **Baidjoe**:

Als je met name kijkt naar ... Er was net een grote piek geweest en die had iedereen verrast. Ik denk dat we wel kunnen spreken van "verrast" op dat moment. Die piek zijn we enigszins succesvol doorgekomen. Iedereen heeft heel hard gewerkt om dat voor elkaar te krijgen. Vervolgens krijg je een wat rustigere zomerperiode. Ik begrijp heel goed dat iedereen in zo'n periode weer zijn normale mens-zijn opzoekt. Maar tegelijkertijd zagen we eind juli de besmettingen ook wel weer stijgen. Op dat moment was er eigenlijk niet zo heel veel dichtheid van persconferenties om te zeggen: we snappen heel goed dat iedereen zijn vrijheid weer wil gaan opzoeken, maar het virus gaat

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

nog wel rond en er is natuurlijk nog wel een mogelijkheid dat we zo direct weer een piek krijgen. Er zijn toen bijvoorbeeld wel expertpanels geweest, maar we zagen dat dit in de communicatie niet veel naar voren kwam. We voelden ook niet dat men zich al zo goed aan het voorbereiden was om te kunnen zeggen: oké, we hebben heel veel geleerd tijdens die eerste piek, maar wat gaan we vervolgens inzetten en wat gaan we expliciet zeggen over wat nou het doel van het beleid is? Ik denk dat dat een heel belangrijk gegeven is; het doel van het beleid is dan heel belangrijk. Als beleidsmakers in overleg met, of met het technisch advies van, gezondheidsmedewerkers en mensen die werken in elk stramien van public health, heel duidelijk overeenkomen wat het doel is, dan kan de rest van de vloot zich daarachter scharen.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat had het doel van het beleid moeten zijn in uw beleving?

De heer **Baidjoe**:

Op dat moment hadden we natuurlijk nog geen vaccins. Wat mij betreft was het doel van het beleid te proberen de infecties laag te houden. Op het moment dat ze pieken, moet je helaas strenge maatregelen nemen. Dat is niet alleen om de zorg te belasten. Ik denk dat het ook wel belangrijk is om dat te benadrukken. Het is natuurlijk iets wat heel sterk terugkomt. Omdat we het hebben over een systeemcrisis, destabiliseren die pieken je maatschappij als geheel. Op het moment van de pieken zorg je dat je met strenge maatregelen de piek omlaaghoudt en dan handhaaf je toch de adviezen die het normale leven mogelijk maken, zodat je enigszins van piek naar piek kunt bewegen totdat er vaccins zijn. Die waren er gelukkig ook vrij snel.

Mevrouw **Mutluer**:

Dit moet u even wat uitgebreider beantwoorden. "Infectie laag houden." We hebben het er net over gehad dat het doel van het beleid bekend moet zijn. In uw beleving moet je zo veel als mogelijk de infectie laag houden. Ik heb daar iets meer uitleg bij nodig.

De heer **Baidjoe**:

Het doel is inderdaad om infecties laag te houden. Ik ga dat iets meer ontleden, inderdaad. Infecties laag houden heeft met name te maken met: wie zijn eigenlijk de risicogroepen? Na de eerste golf hadden we een beter beeld van wat de risicogroepen waren. Hoe gaan we die risicogroepen beter beschermen? Ik denk dat er natuurlijk ook wat ankers te vinden zijn in de

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

onderwerpen die we ongetwijfeld straks zullen bespreken, bijvoorbeeld met betrekking tot mond-neusmaskers. Maar die risicogroepen in beeld hebben ... Dat waren niet alleen de mensen die ouder zijn, bijvoorbeeld in verpleeghuizen of mensen die in het ziekenhuis komen, maar dat waren bijvoorbeeld ook patiënten die in de wachtkamer bij de huisarts moesten gaan zitten. Dat waren ook mensen die met meerdere generaties in een huishouden wonen. Ik denk dat er op dat moment nog net iets te weinig oog was voor de mensen die – laat ik het zo even noemen – in de lage socio-economische klasse zitten. Ik weet dat het niet een mooie term is om te gebruiken, maar voor het gemak gebruik ik 'm even. Daarvan weten we dat ze informatie tot zich nemen, die bijvoorbeeld op persconferenties vaak, denk ik, toch nog wel te technisch werd gecommuniceerd en die daardoor niet aankomt. Op dat moment heb je dus die gedragsinterventies. Maar als mensen niet weten wat ze precies moeten doen, omdat die vertaalslag niet goed heeft plaatsgevonden, dan blijft het toch wat lastig.

Plus, het zijn ook huishoudens waar de maatregelen vaak het hardst aankomen. We zien er vaak meerdere generaties in een huishouden wonen, waarbij de risico's vaker ook hoger liggen, omdat je meer factoren ziet die kunnen leiden tot ernstige uitkomst van ziekten. Als ik het heb over de gezondheid in het algemeen, weten we dat bij mensen in een lagere socio-economische klasse de risico's op hart- en vaatziekten en kwetsbare gezondheid vaak hoger zijn. Ik denk dat er op dat moment te weinig focus was, in de zin van: hoe gaan we ons richten op dat plaatje van mensen die een hoger risico hebben om hier slechter uit te komen? Dus als ik het heb over infecties indrukken, dan heb ik het ook over: wat zijn precies de maatregelen voor al die verschillende groepen die je hebt, zoals maatregelen waarvan we weten dat ze een grotere impact zullen hebben, maatregelen die we pas moeten nemen als de infecties toch omhoogspringen, omdat mensen zich niet aan de maatregelen houden of omdat er een nieuwe variant om de hoek komt kijken?

Mevrouw **Mutluer**:

Het lijkt erop alsof de strategie die in uw beleving had moeten worden gevolgd, niet op die wijze is gevolgd. Mijn collega gaat het straks heel expliciet met u over die strategie hebben. Overigens gaan we ook in op de communicatie, want die heeft u ook een paar keer genoemd. Maar laten we teruggaan naar de oprichting van het Red Team, want dat is nog niet goed aan bod gekomen in mijn beleving. In de zomer na de eerste lockdown stuurt u op 22 juli 2020, zo blijkt uit ons onderzoek, samen met drie andere

wetenschappers, een brandbrief aan premier Rutte en de minister van Volksgezondheid, De Jonge. Mijn eerste concrete vraag is: wat was de aanleiding om die brief op te stellen en op te sturen?

De heer **Baidjoe**:

Meerdere factoren waren de aanleiding. De belangrijkste waren eigenlijk dat op dat moment de besmettingen al voorzichtig aan het oplopen waren. Een groot deel van de bevolking had op dat moment het virus nog niet gehad, zelfs als je van een kudde-immuniteitsstrategie zou uitgaan. Plus, de communicatie was wel degelijk afgezwakt. Zoals ik zei: ik snap heel goed dat mensen op dat moment misschien even de stress eraf willen halen. Maar we zagen op dat moment dat er eigenlijk niet heel veel urgentie werd gegeven aan het feit dat de oplopende aantallen in infecties dezelfde urgentie konden veroorzaken die we in de eerste golf hadden gezien. Plus, we kregen op dat moment ook berichten dat het bron- en contactonderzoek zou worden afgeschaald. U weet dat bron- en contactonderzoek eigenlijk een van de meest fundamentele pilaren is als je niet in een piek zit, dus om bij een oplopend aantal infecties mensen te detecteren. Plus, er waren nog vragen met betrekking tot: hoe wordt die testcapaciteit nou precies opgeschaald? Nou ga ik hier niet wijs lopen doen dat er niks werd gedaan. Dat was zeker niet het geval, maar het was wel heel duidelijk dat het gevoel van urgentie op dat moment heel erg ontbrak, denk ik. Dat is deels te verklaren, maar ik denk dat het er op de achtergrond wel had moeten zijn. Dat laat ons natuurlijk ook zien dat we uiteindelijk eind 2020 weer naar de volgende piek bewegen.

Mevrouw **Mutluer**:

Als ik het goed begrijp, zegt u: wij zagen dat de strategie van kudde-immuniteit of groepsimmuniteit niet heel erg ... Ik ga het even in mijn eigen woorden zeggen en aan u voorleggen: dat het niet helemaal de juiste keuze was. Uit de communicatie bleek niet echt goed de urgentie. Jullie hadden ook wat vraagtekens bij het bron- en contactonderzoek en de testcapaciteit. Klopt dat?

De heer **Baidjoe**:

Zeker, ja, en bij de communicatie.

Mevrouw **Mutluer**:

En bij de communicatie.

De heer **Baidjoe**:

Ik wil even benadrukken dat het opbouwen van kudde-immuniteit een strategie is die op dat moment onder ons vier pertinent niet bespreekbaar was. Dat zou geen beleidsoptie moeten zijn – daar is ook op mondiaal niveau discussie over geweest met collega's – gezien de vraagtekens die we hadden met betrekking tot de vraag of het überhaupt mogelijk is om kudde-immuniteit te krijgen. Als iemand een besmetting heeft gehad, voorkomt dat toekomstige besmettingen? Dat was zo'n groot vraagteken. Dat had op dat moment, zeker in afwezigheid van vaccins en gelet op het horrorbeeld dat we in de eerste golf hadden gezien, niet het beleid mogen of kunnen zijn.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat stond er nog meer in die brief? Ik hoor u namelijk een aantal waarschuwingen uiten. Wat stond er allemaal in de brief die u op 22 juli naar de minister-president en de heer De Jonge stuurde?

De heer **Baidjoe**:

Het is heel lang geleden. Ik moet eerlijk bekennen dat ik de brief niet heb nagelezen. Maar denk aan de elementen die ik net noemde: we zagen de besmettingen oplopen, we zagen dat communicatie eigenlijk grotendeels afwezig was in prioriteit en we zagen natuurlijk ook dat niet alle landen door hun piek heen waren, maar dat er wel reisbewegingen waren. Dat laatste zou er natuurlijk ook weer voor kunnen zorgen, of zou in ieder geval kunnen accelereren, dat je weer een influx van infecties in Nederland zou krijgen. Dat waren belangrijke elementen. We hebben toen ook gevraagd: is het misschien geen goed idee om, in het kader van de expertpanels die net zijn geweest, het onderhoud met ons, maar ook met andere expertgroepen die er bestaan, structureel op te zetten? Er zijn natuurlijk de expertpanels geweest vanuit VWS. Ik zal eerlijk zeggen dat ik dat een zeer prettige bedoening vond, waarbij experts ...

Mevrouw **Mutluer**:

Was dat vóór de brief of daarna?

De heer **Baidjoe**:

Ik zit te denken. Ik denk dat het wellicht vóór de brief was, maar ik kan de vraag over de chronologie, om het zo maar te zeggen, niet met zekerheid beantwoorden.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik heb de brief voor me. Het is inderdaad best wel een lange brief. Ik zie

woorden als: "De ervaringen (...) van de Nederlandse situatie eind februari/begin maart leren ons dat we nu niet moeten afwachten, maar terstond moeten reageren met toepasselijke maatregelen." Daarnaast zegt u even verder: "Elke dag vertraging in de maatregelen tijdens het stijgende deel van de epidemie zal leiden tot een disproportionele toename van het uiteindelijke aantal slachtoffers." Dus: "Urgentie is geboden."

De heer **Baidjoe**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat herkent u. Kreeg u een reactie op uw brief?

De heer **Baidjoe**:

De brief is ook naar de media toe gegaan, dus er werd vanuit daar ... Zoals dat gaat: door het snowball effect kwam er natuurlijk wel wat reactie op, met name van andere wetenschappers die daar wellicht een andere mening over hadden qua urgentie et cetera.

Mevrouw **Mutluer**:

Kreeg u een reactie van de beide bewindspersonen?

De heer **Baidjoe**:

Niet van beide bewindspersonen, maar er is daaropvolgend, in september, wel een gesprek geweest met Van Dissel, de voorzitter van het OMT.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar er kwam geen reactie op jullie waarschuwingen als Red Team, namelijk: urgentie is geboden en er moeten maatregelen worden getroffen?

De heer **Baidjoe**:

Nee, niet in de hoedanigheid waarbij de volledige urgentie werd gedeeld. Dat klopt. Of er een reactie was ... Dat antwoord moet ik schuldig blijven. Maar het was geen reactie, als die er was geweest, in het kader van: we zijn het met jullie eens en inderdaad, die urgentie is nu geboden.

Mevrouw **Mutluer**:

Na de brief breidde de groep zich uit. Overigens zitten in die groep ... Ten minste, de briefschrijvers waren de heer Schellekens, de heer Bosman en de heer Koolman, veldepidemioloog en gezondheidseconoom. Na de eerste brief breidt de groep zich uit met meer experts en besluit u om met elkaar het

Red Team te vormen. Waarom achtte u het uiteindelijk noodzakelijk om een Red Team op te richten?

De heer **Baidjoe**:

In eerste instantie was dat natuurlijk geen lichte beslissing. Dat wil ik benadrukken, omdat we ons er wel degelijk bewust van waren dat als je zoiets opricht, dan het risico bestaat dat je lijnrecht tegenover het OMT komt te staan. Dat was dus niet de bedoeling. Het idee achter een Red Team is natuurlijk dat je eigenlijk met een iets andere blik kijkt naar wat het Blue Team, in dit geval het OMT, doet. Dat is een wijd toegepast concept. Het idee was om te zeggen: we hebben een buitenstaande groep die kritisch gaat reflecteren op de crisis en op wat er moet gebeuren.

Ik denk dat het met name naar voren kwam vanuit twee zaken: de strategie die op dat moment nog steeds heel erg voelde als het bewegen naar kudde-immuniteit, dus gecontroleerde uitrazing, zoals men dat in de volksmond ook weleens noemde. Dat was een van de aspecten die voor ons bijzonder onduidelijk waren, maar zeer cruciaal. Ten tweede natuurlijk, zeker op dat moment: de urgentie die leefde. Ik vond dat je na zo'n eerste golf eigenlijk heel erg het moment hebt om zaken iets beter op orde te krijgen. Ik denk dat dat nog wel een beetje uitbleef. Dat zag ik ook in een latere golf. Op een gegeven moment heb je het gevoel van urgentie en dan gaan we heel veel doen. Maar op het moment dat het gevoel van urgentie heel hoog is, heb je juist niet heel veel ruimte om iets te doen. Dan ben je gewoon die brand aan het blussen. Dan ben je niet bezig met preventie. Er was op dat moment heel erg het gevoel: bewegen we straks van golf naar golf toe, zonder dat er genoeg voorbereiding komt te liggen op dat soort elementen?

Een ander element was natuurlijk ook dat het OMT op dat moment – dat denk ik nog steeds – bijzonder biomedisch georiënteerd was. Er was natuurlijk daarbuiten wel een groep sociale wetenschappers, maar uit internationale ervaring, zowel bij de WHO als Artsen zonder Grenzen als het internationale Rode Kruis, blijkt dat sociale wetenschappers compleet geïntegreerd zijn in zo'n uitbraakteam. Zeker op dat moment, als we nog geen interventies met een biomedische voetprint hebben, zoals we dat noemen, ligt alles op het gedrag. Dat vonden we ook bijzonder ontbreken op dat moment. Dus die combinatie van factoren was inderdaad de aanleiding om het Red Team in zijn hoedanigheid op te richten.

Mevrouw **Mutluer**:

U zegt: we keken naar de strategie, die voor ons een beetje onbespreekbaar

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

was; we zagen ook het gevoel van urgentie ontbreken. U zegt daarnaast nog: je hebt in zo'n team meerdere expertises nodig, omdat je ook naar het gedrag moet kijken.

De heer **Baidjoe**:

Gedrag was op dat moment eigenlijk het enige wapenfeit, om het zo maar te noemen, dat we hadden.

Mevrouw **Mutluer**:

Omdat we nog geen vaccinaties hadden.

De heer **Baidjoe**:

En geen andere medische hulpmiddelen.

Mevrouw **Mutluer**:

U zei: het was geen lichte beslissing.

De heer **Baidjoe**:

Nee. Het was geen lichte beslissing. Zodra je in een speelveld komt waarin meerdere actoren aandacht krijgen ... Wij vonden dat de focus altijd op het OMT moest liggen. Dat hebben we ook heel duidelijk in de communicatie gezet: het OMT is het formele orgaan in deze crisis. Maar we wilden wel ... We wilden geen inspraak, maar we wilden advies geven vanuit onze expertises. Daarom is er in eerste instantie ook aangestuurd op een gesprek met het OMT.

Mevrouw **Mutluer**:

Daar gaan we het zo even over hebben. Even terug naar wat u zei. U zegt: "Het was geen lichte beslissing." Maar ergens vond u het toch noodzakelijk ...

De heer **Baidjoe**:

Zeker.

Mevrouw **Mutluer**:

... om het Red Team op te richten, om input te leveren en uw bevindingen te geven, ook vanuit het gedrag van mensen, begrijp ik, omdat dat belangrijk is tijdens zo'n bestrijding van een infectie.

De heer **Baidjoe**:

Klopt. Het ging om de publieke gezondheid in die hoedanigheid. Zoals ik net aangaf, vond ik persoonlijk bijvoorbeeld dat er heel weinig focus was op

groepen in de lagere socio-economische klasse. Ik weet dat dat zeer kwetsbare groepen zijn. Ik weet ook dat er soms te weinig begrip is vanuit de meer academische lagen om zich daarin goed in te leven en te begrijpen waar die bottlenecks liggen. Die expertise bestaat buitengewoon in de GGD's. Je kan ook zien dat de pandemie in die hoedanigheid daar positief aan heeft bijgedragen. Maar op dat moment was die er niet. Ik denk dat dat ook wel een hele belangrijke aanleiding was om te zeggen: je moet er meer holistisch naar kijken; je moet het zien als een geheel in zo'n maatschappij. Er werd heel vaak, tijdens de duur van de pandemie, gekeken naar verschillende groepen. Die verschillende groepen bestaan misschien in theorie, maar die staan allemaal met elkaar in contact.

Mevrouw **Mutluer**:

We gaan de verdieping opzoeken met u. Nog een laatste vraag van mijn kant. Waarom "Red"? Waarom niet "Blue" of een andere kleur? Ik weet dat dat in de praktijk een betekenis heeft, maar kunt u dat nader toelichten?

De heer **Baidjoe**:

Dat is eigenlijk de betekenis van een Red en een Blue Team. Het Blue Team is een van de teams – in dit geval was dat het OMT – en het Red Team is het andere team. Daar slaat dat op. Ik denk dat het ook heel duidelijk naar voren is gekomen in de verschillende interviews. Ik denk dat het ook een van de redenen is geweest waarom we in november 2021 stopten met het Red Team. Op dat moment was je met de interviews meer aan het bijdragen aan een maatschappij die toch al diep gepolariseerd was. Dat was op dat moment niet zinnig meer om te doen.

Mevrouw **Mutluer**:

Welke expertises waren uiteindelijk betrokken bij het Red Team?

De heer **Baidjoe**:

We hadden de veldepidemiologen. Dat betrof input van Arnold en mijzelf. We hadden Sander als gezondheidseconoom. Dan hadden we mensen die uit de zorg zelf kwamen, zoals Nienke als verpleegkundige. Er waren een aantal mensen die in het team zaten die heel goed waren met data, bijvoorbeeld Bert en Peter Slagter. Die hebben natuurlijk ook veel zaken op tv heel begrijpelijk uitgelegd, zeker aan het begin van de pandemie. Die hadden een zeer goed begrip van data en complexe problemen zoals dit. Ik moet even denken. Dan had je natuurlijk ook Wim, die daar ook zat als ...

Mevrouw **Mutluer**:

De heer Schellekens.

De heer **Baidjoe**:

De heer Schellekens, ja. Dus dat was eigenlijk de diversiteit van de disciplines. Dan had je Ginny, die daar zat als sociale wetenschapper. Het was natuurlijk gedeelde kennis en dat je elkaar in die hoedanigheid ontmoet, omdat je ... De gemene deler was dat we niet achter het beleid stonden zoals dat werd uitgedragen – het was misschien niet expliciet uitgesproken – met betrekking tot de immuniteitsopbouw of de kudde-immuniteit.

Mevrouw **Mutluer**:

U heeft een aantal voornamen genoemd, maar niet iedereen kent die mensen. Het is meer voor later. Ik heb de nodige vragen gesteld ten aanzien van de oprichting van het Red Team. Ik heb geen vragen meer. Wat mij betreft kunnen we zo de verdieping in.

De **voorzitter**:

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

De heer **Poortman**:

Nee, dank u wel.

De **voorzitter**:

Dan kunt u door naar het volgende onderwerp.

De heer **Poortman**:

Dank u wel. Het gaat over de strategie die het kabinet volgde en de kritiek van het Red Team daarop. Ik wil even terug naar wat u eerder in het gesprek zei, namelijk dat de strategie te maken had met kudde-immuniteit. Als we mensen die bij de strategie betrokken waren, spreken, bijvoorbeeld de heer Van Dissel en afgelopen vrijdag de heer Rutte, dan hebben ze het over een soort bijkomend effect. Dat zou kudde-immuniteit zijn. Je hebt maatregelen en uiteindelijk ga je naar kudde-immuniteit toe. U zegt het iets strikter. U zegt: uit de strategie blijkt wel dat men op zoek was naar kudde-immuniteit. Kunt u dat toelichten?

De heer **Baidjoe**:

Het werd net ook verteld door uw collega: het is een aantal keer uitgesproken. Nogmaals, het eerste punt dat ik maakte aan het begin van dit verhoor, is dat je duidelijk moet zijn in je doel. Anders laat je te veel over

aan speculatie en eigen invulling. Dat brengt me eigenlijk fundamenteel ... Kijk, of het nou kudde-immuniteit was of niet ... Ik bedoel: we hebben daar allemaal onze eigen interpretaties over. Maar wat heel evident was, was dat het helemaal niet duidelijk uitgesproken was. Daarom kunnen er we nu dus over speculeren of het ging om kudde-immuniteit of toch om gecontroleerde infecties.

De heer **Poortman**:

Maar als u kijkt naar de maatregelen die zijn genomen, is het dan mogelijk om, reconstruerend, op basis van die maatregelen te zeggen dat de strategie wel degelijk gericht was op kudde-immuniteit?

De heer **Baidjoe**:

Ja, dat denk ik wel. Kijk naar hoe we van golf naar golf bewogen, nog in de periode voordat je vaccinaties had. Kijk bijvoorbeeld naar wat Sanquin presenteerde over de antistoffen die de populatie had opgebouwd. Dat kun je alleen zeggen als je ervan uitgaat dat men na het oplopen van het virus ook een soort blijvende immuniteit heeft. Het klassieke element is dat als een bepaald hoog percentage van je bevolking immuniteit heeft, een ziekte dan op een gegeven moment geen heel groot probleem meer is. Maar op dat moment waren die vraagtekens er nog. Ik snapte dus eigenlijk ook niet waarom dat zo vroeg in de pandemie al dusdanig werd geuit.

De heer **Poortman**:

Laten we kijken naar de maatregelen die genomen zijn. Hoe is daaruit af te leiden dat die maatregelen wel degelijk te maken hadden met het zoeken naar groepsimmuniteit of kudde-immuniteit? Laten we dat laatste woord gewoon gebruiken.

De heer **Baidjoe**:

De meest bekende factor is het sturen op de ic- en ziekenhuiscapaciteit. Dat was natuurlijk de rode lijn. Je laat telkens de infecties oplopen en pas als dat in het geding komt, ga je maatregelen nemen. In het traject daarvoor zijn er wel wat lichte maatregelen, maar niet heel veel. Je merkte dat ook enigszins toen later het dashboard werd geïntroduceerd met betrekking tot de zogenaamde "drempelwaarde". Pin me er niet op vast, maar ik denk dat die drempel wel heel flexibel was in het naar boven en beneden bewegen.

De heer **Poortman**:

Wat was die drempelwaarde?

De heer **Baidjoe**:

De drempelwaarde betekende eigenlijk: hoeveel mensen zijn er besmet voordat we bepaalde maatregelpakketten gaan invoeren? Maar die drempelwaarde veranderde natuurlijk. Enerzijds kun je zeggen: we leren meer over het virus, dus er kan wat verandering geïntroduceerd worden. Maar ik denk dat voor veel mensen op een gegeven moment gewoon niet meer te volgen was wat nou precies het rationale was achter dit beleid en waartoe zo'n drempelwaarde diende. In de reconstructie kan je dat eigenlijk ook zien. De drempelwaarde werd dan toch weer omhooggeschoven, maar waarom was niet altijd even duidelijk. Zoals ik zei, en dat wil ik onderstrepen, kwam naar voren dat het altijd ging over de capaciteit in de top van de piramide. Het werd heel erg op de ic-capaciteit gelegd, terwijl een crisis van dit formaat natuurlijk druk legt over de hele zorglinie.

De heer **Poortman**:

U snijdt verschillende dingen aan. Even voor de agenda wat betreft het onderwerp: ik wil het graag eerst met u hebben over uw kritiek op het sturen op de ic-capaciteit en daarna nog over het bron- en contactonderzoek en het monitoren van besmettingen. Om maar meteen met de vraag te beginnen: wat is uw kritiek op het sturen op ic-capaciteit?

De heer **Baidjoe**:

De ic-capaciteit is het eindstation. Er gebeurt een hoop vóór. Tot op zekere hoogte kun je zeggen: als we het virus kennen en snappen hoe dat zich beweegt, dan zou je theoretisch kunnen zeggen dat je met wiskundig modelleren een heel accuraat beeld kunt krijgen. "Als de besmettingen toenemen, dan vertaalt een x-percentagge zich in ziekenhuisopnames. Daarvan vertaalt zich een x-percentagge in ic-opnames." Als we weten wat onze capaciteit is, zou je daarop kunnen sturen. Maar in de praktijk werkt dat natuurlijk niet zo. Enerzijds is dat omdat je niet volledig zicht hebt op het aantal besmettingen, maar het is ook omdat je op dat moment te maken hebt met een virus waar je gewoon nog te weinig van weet. Daarnaast zijn een groot deel van de preventiemaatregelen gericht op wat we de "gedragsinterventies" noemen. Het is niet heel makkelijk om gedragsinterventies in een model te incorporeren. Menselijk gedrag is namelijk geen uniform ding; dat weten we natuurlijk allemaal. Bovendien heb je te maken met heel veel subgemeenschappen in Nederland. Je hebt mensen die zich wat meer aan die gedragsmaatregelen zullen houden en mensen die zich daar om wat voor reden dan ook minder aan zullen houden. Die variabiliteit laat zich niet heel makkelijk in predictiemodellen

ontwikkelen. Er zitten ook heel veel onvoorspelbare elementen aan. Dat betekent dat als je stuurt op de ic-capaciteit en de ziekenhuiscapaciteit, je op de top van een piramide zit te sturen. Als je daar op een gegeven moment kritisch tegenaan komt, dan kan er dus nog een golf van besmette patiënten aankomen. Dat betekent ook dat als je dan maatregelen gaat aankondigen of de urgentie in de communicatie gaat opschalen, je feitelijk al later bent dan je wilt zijn.

De heer **Poortman**:

Als ik u volg, dan zegt u: uit de manier waarop de maatregelen zijn genomen in Nederland, blijkt dat men stuurde op de ic-capaciteit. Hoe zou het eruitzien als je dat niet zou doen? Hoe zou u, dus in uw beleving, maatregelen nemen waarbij niet dát als criterium genomen wordt, maar het aantal besmettingen bijvoorbeeld?

De heer **Baidjoe**:

Dan moet je inderdaad de set aan maatregelen die je op dat moment zou kunnen inzetten, op je nemen. De maatregelen richten zich heel erg op het beperken van contact. Het beperken van contact kan op verschillende manieren. Dat kan met hele strikte maatregelen, door inderdaad te zeggen: mensen moeten thuisblijven en mensen mogen elkaar niet bezoeken. Dat zijn de strikte maatregelen, waar je natuurlijk het liefst niet mee wil komen, omdat die de meeste impact hebben op de maatschappij. In een maatschappij heb je natuurlijk ook maatregelen die wat lichter zijn. Laat ik bijvoorbeeld even het voorbeeld van de mond-neusmaskers aanhalen. Stel dat je bijvoorbeeld kijkt naar waar je mond-neusmaskers strategisch kunt inzetten. Je kan heel veel discussie hebben over de effectiviteit van allerlei maatregelen. We weten dat elke maatregel afhankelijk van de context een bepaalde effectiviteit zal hebben, maar die zal voor geen van de maatregelen 100% zijn. Dus van mond-neusmaskers weten we bijvoorbeeld dat het afhankelijk is van de gradatie. Dat gaat dus om de vraag of je een FFP2-masker van hoge kwaliteit gebruikt of een zelfgemaakt maskertje voor je neus hebt. Het probeert niet te bewerkstelligen dat niemand elkaar meer kan infecteren, maar het zorgt er bijvoorbeeld wel voor dat je "de hoeveelheid virus" – zo noemen we dat dan – die je verspreidt en die u mogelijk inademt, kunt verlagen, waardoor u niet zo veel virus binnenkrijgt en mogelijk dus ook minder ziek wordt. Dat soort maatregelen kun je nemen op populatieniveau. Je kunt zeggen: iedereen zou dat moeten doen. Maar je kunt ook gaan kijken, zo van: oké, waar zijn de hoogrisicopatiënten en hoe kunnen we die mogelijk beschermen? Dan denk je natuurlijk aan alles wat met zorg

verlenen te maken heeft. Iedereen kent het voorbeeld van de wachtkamers bij de huisarts. Die zitten meestal vol met toch heel veel mensen die wat ouder zijn – dat heeft te maken met de demografie van het land – maar ook met heel veel mensen met een kwetsbare gezondheid. Dat is bijvoorbeeld een heel logische plek waar je zou zeggen: laten we dat dan gewoon inzetten; het zal niet 100% van de infecties voorkomen, maar het zal misschien wel een deel van de infecties voorkomen en een deel van de infecties misschien niet laten uitmonden in ernstige ziekte. Dat zijn maatregelen die niet zo pijnlijk zijn, maar die je wel voor de duur van zo'n pandemie kan inzetten. Dat is de granulariteit van maatregelen, waarbij de discussie te vaak dichotoom werd gevoerd, wel of niet, in plaats van te bekijken: waar kunnen we zaken inzetten die mogelijk die infecties wat lager houden voor een langere duur?

De heer **Poortman**:

U gebruikt het voorbeeld van de mond-neusmaskers. Daar komen we straks nog even op terug bij het volgende onderwerp. Als ik dat iets veralgemeniseer, zegt u dan eigenlijk: kijk bij maatregelen vooral naar groepen in plaats van naar hoe je steeds maatregelen op het totaal van de samenleving legt, of breng in kaart waar kwetsbaarheid zit?

De heer **Baidjoe**:

Dat klopt inderdaad. De zwaarste maatregelen moet je op een gegeven moment nemen, omdat je ziekenhuizen compleet overlopen en er echt een zorginfarct is, maar er is een set van lichtere maatregelen die je op verschillende manieren kunt inzetten of met verschillende – hoe zeg je dat? – tools, die je dan in je toolbox hebt. Dat kan een mond-neusmasker zijn. Dat kan gaan om afstand houden. Dat is precies waarom ik zeg dat ik heel erg voelde dat we eigenlijk van golf naar golf, dus eigenlijk van crisismoment naar crisismoment, aan het bewegen waren, waarbij er te weinig werd nagedacht over hoe we maatregelen granulair konden inzetten – dat gaat dus om verschillende groepen en verschillende typen maatregelen – om die infecties wat lager te houden. Dat maakt het voor de bevolking natuurlijk ook wat lastig om te volgen. Ik vond het lastig om te volgen welke maatregelen nu wanneer golden. Handen wassen is bijvoorbeeld zeer belangrijk als het gaat om infectiepreventie in het algemeen, maar we wisten al vrij snel dat het bij corona iets minder nuttig was om dat maar elke keer te blijven onderstrepen, terwijl we het eigenlijk niet eens hadden over mond-neusmaskers, waarvan we eigenlijk wel wisten dat het een iets effectievere maatregel zou zijn.

De heer **Poortman**:

We weten inmiddels dat het gecontroleerd rond laten gaan van het virus niet zonder risico is. De ic-capaciteit kan overlopen, maar er ontstaat ook nevenschade, zoals long covid. Er werd al vrij snel bekend dat dit bestond. Dat zijn de risico's van deze strategie. Wat is het voordeel van uw strategie boven op dit? Misschien voorkom je longcovidgevallen en een tekort aan ic-capaciteit; wat zijn andere voordelen van de strategie die u voorstelt?

De heer **Baidjoe**:

Er is in het Verenigd Koninkrijk door Imperial College onderzoek gedaan naar de eerste golf. Dat is een van de meest vooraanstaande infectieziekten- en modelleergroepen. Die hebben eigenlijk in retrospectief gekeken: wat was er gebeurd na zo'n eerste golf als we één week eerder hadden ingegrepen en we dus eigenlijk een week eerder in lockdown waren gegaan? Dat was dan uitgemond in ongeveer 20.000 doden minder en dat was ook nog eens uitgemond in zes weken minder lang een strenge lockdown.

De heer **Poortman**:

Dat geldt voor Engeland.

De heer **Baidjoe**:

Dat geldt voor Engeland, maar in het algemeen is dat principe universeel toepasbaar. Ik denk dat dat precies hetgeen is dat leunt op eerder ingrijpen, waarbij, als we niet alleen kijken naar de zorg, de maatschappelijke en economische impact minder had kunnen zijn. Als u mij vraagt of ik dat kan vertalen naar Nederland: nee, dat kan ik niet, want dat zijn complexe exercities; het kan ongetwijfeld wel gedaan worden. Maar het algemene principe blijft hetzelfde. Dit is ook een algemeen principe in crisismanagement bij de uitbraak van infectieziekten. Of je het nou hebt over pandemieën of kleinere uitbraken: eerder reageren is altijd een goed recept voor de preventie van verdere escalatie.

De heer **Poortman**:

Het zou zelfs tot minder lange lockdowns hebben geleid.

De heer **Baidjoe**:

Absoluut. Ja.

De heer **Poortman**:

Heeft u zicht gekregen op waarom het vaak langer duurde voordat men tot maatregelen overging?

De heer **Baidjoe**:

Ehm, ja ... Nou ja, zicht ... Ook in de gesprekken die ik later heb gehad met verschillende beleidsmakers ... In een crisis is altijd iedereen bang om de eerste stap te zetten. Dat is een feit. Zoals ik zei: niets menselijks is ons vreemd. Als de urgentie dan eigenlijk alleen maar gevoeld wordt wanneer je weer alleen naar de top van die piramide kijkt – namelijk zo van: de urgentie begint pas te dringen als we het hebben over de horrorverhalen uit de ziekenhuizen, omdat de ic's dreigen vol komen te liggen of de ziekenhuizen gewoon vol zijn, of over persoonlijke verhalen – dan snap ik heel goed dat je je eigenlijk alleen maar richt op wanneer die alarmbel afgaat, maar dat je het hele voorgaande traject een beetje probeert te negeren. Ik bedoel: we weten natuurlijk uit ervaring dat er altijd een spanningsveld is. Dat moeten we ook niet ontkennen. Er is een spanningsveld tussen interventies die goed zijn om verspreiding te beperken, om ziekte te beperken en om mortaliteit te beperken, maar die hebben ook een impact op ons dagelijks leven, op alle facetten van ons dagelijks leven. Daarin heb je natuurlijk ook verschillende mensen die verschillende sectoren voorstaan. Je merkt dus dat het spanningsveld bestaat. Daar moeten we ook gewoon veel eerlijker en transparanter over zijn. Ik geloof, vanuit mijn ervaring, ook niet in een strikte scheiding tussen het zogenaamde puur biomedische-wetenschappelijke traject en de politiek. Natuurlijk, de politiek is er om de besluiten te nemen, maar tegelijkertijd is het ook onze taak om op basis van wetenschap te duwen waar dat nodig is. Dat is altijd zo geweest in de publieke gezondheid.

De heer **Poortman**:

De strategie die u voorstelt en ook de maatregelen die daaruit zouden volgen, vereisen wel een nauwgezet bron- en contactonderzoek, omdat je heel erg moet monitoren hoe dat virus zich gedraagt en op welke groepen dat vooral impact heeft. Ik geef het natuurlijk al een beetje weg, maar u kunt dat nog veel beter aankleden: waarom is dat bron- en contactonderzoek zo belangrijk?

De heer **Baidjoe**:

Bron- en contactonderzoek is in verschillende facetten belangrijk. Bron- en contactonderzoek is iets dat we breder toepassen bij infectieziekten en uitbraakcontrole. Ik heb daar met name veel ervaring mee bij ebola, waar eigenlijk veel van het bron- en contactonderzoek is uitgekristalliseerd. Het zit in twee facetten. A, het opzoeken van gevallen en wanneer een geval positief is alertheid geven aan nabije contacten, zo van: hé, die persoon is een

bevestigd besmettingsgeval, dus plaats jezelf in quarantaine of zorg dat jij nu in ieder geval, ook al heb je mogelijk het virus nu nog niet of heb je geen symptomen, niet te veel contact hebt met anderen.

De heer **Poortman**:

Is dat het stukje "bron" in bron- en contactonderzoek?

De heer **Baidjoe**:

Ja, "bron" is inderdaad de besmette personen opsporen. Het contactonderzoek is de contacten, de nauwe contacten, waar iemand mogelijk transmissie van heeft gehad te alarmeren of er attent op te maken dat ze mogelijk besmet kunnen zijn ondanks dat zij geen symptomen hebben, en er dan voor te zorgen dat ze ook wat restrictiever worden in hun secundaire contacten. Dus als ik contact met een besmet geval heb gehad, dat een paar dagen geleden is en ikzelf nog geen symptomen heb, is het misschien geen goed idee dat ik vanavond een heel dichtbevolkte vergaderruimte inspring waar ik dan mogelijk, onbedoeld, ook weer anderen zal besmetten.

De heer **Poortman**:

Ook al heeft u nog geen symptomen?

De heer **Baidjoe**:

Ook al heb ik op dat moment nog geen symptomen. Ik bedoel: het hangt heel erg van de ziekte af hoe je dat inzet. Dat bron- en contactonderzoek inzetten is heel belangrijk als de golf laag is. Dat kun je niet meer handhaven als je op de piek van je golf zit, want dan heb je gewoon te veel gevallen en te veel contacten. Soms is dat eigenlijk ook weer goed inzetbaar als die piek naar beneden gaat, om te helpen om die piek ook weer sneller naar beneden te krijgen. Er is nog een heel belangrijk facet aan bron- en contactonderzoek en dat is communicatie. Het interviewen van bronnen, als je persoonlijk contact hebt, is een heel goed opportuun moment om toch nog even te onderstrepen welke maatregelen er gelden en waarom die maatregelen belangrijk zijn, en om de mensen die we vragen om zichzelf in quarantaine of in isolatie te plaatsen de erkenning te geven dat dit moeilijk voor ze is. Het is dus een heel belangrijk contactmoment, niet alleen om de berichten te geven waarom we het doen, maar ook om een stukje te geven van wat we de "empathische approach" noemen, en te onderstrepen dat het zwaar is voor mensen. Daarmee is bron- en contactonderzoek ook vaak het stukje dat de publieke gezondheid eigenlijk dichterbij de mensen brengt.

De heer **Poortman**:

Stel dat dat virus in Nederland zichtbaar wordt en je een besmet geval hebt. Zoals we eerder al zeiden, spreekt mevrouw Koopmans dan over "het topje van de ijsberg". Hoe kun je dan bron- en contactonderzoek vormgeven? Begin je dan gewoon bij die topjes?

De heer **Baidjoe**:

Dat hangt er heel erg van af. In het geval van corona, waarover we het nu hebben, moet je een systeem hebben staan dat kan testen, dat testen laagdrempelig maakt voor mensen en waarbij mensen ook gewillig zijn om hun informatie achter te laten, zodat wanneer ze bevestigd zijn, ze ook daadwerkelijk door een team gebeld kunnen worden met de vraag: kunnen wij uw contacten voorlichten of kunt u zelf uw contacten doen? Je weet natuurlijk ook dat er in veel contexten heel veel geëxperimenteerd is – het ene voorbeeld was succesvoller dan het andere – met apps, die dat konden doen. Dus als je op je telefoon zo'n app had en je was een besmet geval, dan kregen de mensen met wie je mogelijk contact had gehad, op hun app automatisch een notificatie. In principe is dat het basisbeginsel van bron- en contactonderzoek.

De heer **Poortman**:

We spraken burgemeester Mikkers van Den Bosch, die bij de GGD binnenkwam, waar ze een poging hebben gedaan tot bron- en contactonderzoek. Die zag al die vellen op de muur en realiseerde zich al snel: dat is niet meer mogelijk.

De heer **Baidjoe**:

Klopt.

De heer **Poortman**:

In welke fase van de pandemie was dit mogelijk geweest?

De heer **Baidjoe**:

Je wordt overvallen door een crisis, dus dan doe je wat je kan. Dan gaat die eerste golf liggen en heb je eigenlijk de tijd om het voor te bereiden en op te schalen. Bron- en contactonderzoek is bijzonder intensief als het gaat om de resources die je nodig hebt en het menselijk kapitaal dat je daarvoor nodig hebt. Het is op den duur dan ook niet meer zinnig om in te zetten, want als je op de piek zit, zijn de infecties zo wijdverspreid dat je bron- en contactonderzoek dat niet kan bijbenen. Wat je dan eigenlijk doet, is onnodig een systeem dat toch al onder druk staat, nog meer onder druk zetten,

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

waardoor het mogelijk uit elkaar valt. Om het even helder te zeggen: bron- en contactonderzoek is voornamelijk nuttig als je infecties ziet oplopen of als ze op een laag niveau zitten, en ná de piek, als die op een behapbaar niveau zijn, om die piek sneller naar beneden te helpen, en dan natuurlijk om het, hopelijk, vast te houden op een lager niveau.

De heer **Poortman**:

En hoe verhoudt zich dat tot het testen? U zei namelijk net al: in Nederland leek het testen vooral gericht op een soort klinische weg, namelijk om te bepalen wie er ziek was en welke behandeling er nodig was. Maar u zegt: het zou ook onderdeel moeten zijn van de strategie en het opsporen van het virus. Hoe verhoudt zich dat tot het bron- en contactonderzoek?

De heer **Baidjoe**:

Bij de uitspraak die ik deed over het testen en de klinische pathway spreken we met name over de eerste golf. In latere golven ... Voor bron- en contactonderzoek moet je weten wie er een bevestigd geval is en daarvoor moet je testen. Kijk, bij sommige ziektes met een hoge impact, zoals ebola, zeggen we soms: we kunnen niet testen, want er is nou eenmaal geen laboratorium in zicht, maar iemand heeft wel duidelijke symptomen die onderscheidend zijn, waardoor we die een categorie hoger gaan inschalen en toch alvast naar contacten gaan zoeken. Maar in principe doe je bron- en contactonderzoek alleen maar bij gevallen die bevestigd zijn, die dus een test hebben gedaan en waarbij je dus met zekerheid kunt zeggen: inderdaad, die persoon is besmet, heeft het virus en heeft contacten gehad.

De heer **Poortman**:

Hoe breed werp je het dan uit als het gaat om testen? Dus op het moment dat je een bron hebt, hoeveel breder ga je dan testen om die persoon heen?

De heer **Baidjoe**:

Dat hangt in eerste instantie van je capaciteit af. Wij zeggen dus altijd: nauwe contacten eerst.

De heer **Poortman**:

Die capaciteit was in Nederland heel schaars.

De heer **Baidjoe**:

Zeker. Dan heb je het over nauwe contacten, met name binnen het huishouden. In eerste instantie zie je natuurlijk ook altijd dat veel van de besmettingen plaatsvinden binnen het kader van het huishouden. Daar kijk

je dus in eerste instantie naar. Vervolgens kun je dan zoeken naar hoogrisico-events. Waar besteed jij als persoon veel tijd en waar kom je in aanraking met veel contacten? Nou, dat is de werkvloer. Dat is natuurlijk een mogelijke tweede. Daarna kun je eens bekijken: waar komen er heel veel mensen bij elkaar? Dat kunnen dan bepaalde events zijn, bijvoorbeeld een groot concert of een grote conferentie.

De heer **Poortman**:
Carnaval.

De heer **Baidjoe**:
Carnaval. Nou ja, carnaval zou inderdaad een plek zijn waar je zo veel contacten op een dag hebt dat het heel lastig is om het contactonderzoek uit te voeren, maar inderdaad.

De heer **Poortman**:
Maar begrijp ik dan goed dat die secundaire contacten heel erg van belang zijn in dit onderzoek, dus om te voorkomen dat mensen zomaar weer secundaire contacten ...

De heer **Baidjoe**:
Ja. Wat je dus eigenlijk wilt voorkomen, is het volgende. Ik ga dat heel simplistisch proberen uit te leggen. Je hebt een bevestigd contact. Dat heeft een test gedaan die positief is. Vervolgens ga je bekijken wat je nauwe contacten zijn. Die nauwe contacten ga je informeren en die ga je – dat is zeker op huishoudelijk niveau "het makkelijkst" te realiseren – eigenlijk vragen: oké, zorg dat je wat afstand van elkaar houdt en als je symptomen hebt, laat je dan ook testen, maar ga vooral niet meer de massa opzoeken. Dus in dat geval: blijf gewoon lekker thuiswerken, spreek niet met andere mensen af en spreek zeker niet met mensen met een kwetsbare gezondheid af, zoals opa en oma. Nogmaals, dat is allemaal heel heftig, maar inderdaad: dat is het principe van bron- en contactonderzoek, in dit geval voor corona. Dus de modaliteiten die ik net noemde, verschillen natuurlijk van infectieziekte tot infectieziekte, afhankelijk van de context waarin je werkt en afhankelijk van de kenmerken van de ziekten zelf.

De heer **Poortman**:
Tot slot op dit onderwerp wat mij betreft. Ik realiseer me dat ik hiermee wat theoretische mogelijkheden ga verkennen, maar dat helpt toch om zicht te krijgen op alternatieve benaderingen in het omgaan met een pandemie. Nederland is een dichtbevolkt land en had destijds 18 miljoen inwoners. Had

de pandemie er anders uit kunnen zien met een andere strategie? Of hadden de pieken er anders uit kunnen zien?

De heer **Baidjoe**:

Ja, ik denk dat onze pieken er anders uit hadden kunnen zien. Die hadden wat gematigder kunnen zijn. Ja, dat is inderdaad het antwoord. Dat denk ik wel. Ja.

De heer **Poortman**:

En in relatie tot wat we net zeiden: zo'n strategie van bron- en contactonderzoek en meer specifieke maatregelen zou daaraan bijdragen?

De heer **Baidjoe**:

Er is heel veel bron- en contactonderzoek gedaan in Nederland, maar zoals ik u net vertelde, was een van de aanleidingen voor het schrijven van de eerste brief dat er werd aangekondigd om in die fase het bron- en contactonderzoek af te schalen, terwijl het juist zou moeten worden opgeschaald. Je was nu net na een piek, maar je zag de infecties alweer oplopen. Ik denk dat dat inderdaad een belangrijk uitgangspunt is. Nogmaals, ik wil hier benadrukken dat dit geen kritiek is, in geen enkele hoedanigheid, op de mensen die keihard hebben gewerkt om dit allemaal voor elkaar te krijgen. We spreken hier in algemeenheden over hoe je dat beter kunt doen bij een volgende pandemie.

De heer **Poortman**:

Dat is helder. Dank voor uw antwoorden op dit punt.

De **voorzitter**:

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

Mevrouw **Mutluer**:

Die heb ik, onder andere over het onderdeel ic-capaciteit. U gaf net aan dat het eigenlijk "het eindstation" was. Zo noemde u het. Ik heb artikelen van u gelezen, interviews, waarin u eigenlijk iets meer zegt, namelijk dat het grootste probleem het sturen op die ic-bedden was. U gaf daarbij aan: je gaat niet een knopje pas indrukken als de ic's dreigen vol te lopen, want je trekt ook niet pas een dijk op als er een overstroming is. U noemde daarbij dat het onverstandig is om te sturen op de ic-bedden, omdat je ook tegen een overbelasting van het zorgpersoneel aanzit. Kunt u dit toelichten?

De heer **Baidjoe**:

Ja, zeker. In relatie tot de eerdere punten die ik al maakte, wil ik het volgende zeggen. Voordat iemand op een ic komt te liggen ... Dat is natuurlijk een bepaald percentage. Je hebt eerst het totaal aantal besmette mensen. Een proportie daarvan zal ergens de symptomen vormen en ziek worden. Daar een proportie van zal ernstig ziek worden. En daar weer een proportie van zal op de ic eindigen, en daar weer een proportie van zal mogelijk sterven aan deze corona-infectie. Mensen liggen ook niet permanent op een ic. Ik spreek hierbij ook uit mijn ervaring met ebola. Er is een bepaalde doorlooptijd die je kunt middelen. Dat zijn allerlei variabelen die je dan eigenlijk in het volledige plaatje probeert te zetten, zo van: hoelang blijft iemand gemiddeld genomen liggen en hoe ziet die doorstroomcapaciteit er dus uit? Maar het probleem is natuurlijk dat als je op dat punt aankomt en dan pas je maatregelen gaat inzetten, inclusief lichtere maatregelen, zoals het aanbevelen van mond-neusmaskers, je dus eigenlijk riskeert dat er opeens nog het punt aankomt van: o, de zorg wordt krap en we zitten nog niet op onze piek, maar er komt nog een hele golf van besmettingen aan die alles door die piramide heen zal duwen. Dat is eigenlijk het voornaamste principe achter wat ik zei over niet op het ziekenhuis en op de ic sturen, maar op het traject ervoor.

Bovendien wordt er, zoals ik zei, veel over de ic's en de ziekenhuizen gesproken, maar je hebt natuurlijk ook de eerstelijnszorg. We weten natuurlijk ook uit de praktijk dat je als medicus of dokter niet alleen bezig bent met de patiënt als iemand die gezondheidsbehoevend is, maar dat er ook een complexere sociale problematiek bij komt kijken. Dat betekent dus dat de mensen die in de eerstelijnszorg werken, hun wijken en hun gemeenschappen ook heel goed kennen. Daar kun je veel meer op leunen door te zeggen: als je met patiënten spreekt, breng dan dit soort kenmerken en preventiemaatregelen over. Maar die ruimte en facilitering moet je wel hebben, want als je telkens maar stuurt op het piekje van de piramide, riskeer je dus een zorgsysteem dat over de linie overbelast raakt. Ik denk dat het ook wel belangrijk is om te zeggen dat het uitgangspunt, voor de pandemie, natuurlijk niet het zorgsysteem was dat niet onder stress stond. In deze fase, het jaar waarin we verkeren, hebben we nog steeds te maken met een zorgsysteem dat de naweeën heeft. Sterker nog, globaal onderzoek laat zien dat de burn-outrate en het aantal mensen dat uit de zorg vertrekt, mondiaal gezien na de pandemie niet per se lager zijn geworden.

Mevrouw **Mutluer**:

Als u dit aangeeft en de ic als grootste probleem ziet ... U geeft vervolgens aan: je moet eigenlijk aan vroege detectie doen en aan vroege actie. Dat heeft u net ook uitgelegd aan mijn collega. We weten dat het kabinet wetenschap als kompas zag. In reactie op u zeg ik dat de heer Van Dissel tijdens zijn verhoor het volgende aangaf: dat eerder en harder ingrijpen had geen zin, want dan kan je ook geen groepsimmunititeit opbouwen, of zeer langzaam, en als je overigens een maatregel op het verkeerde moment kiest, kan dat de boel volledig verpesten. Ik weet dat wetenschap veel is, want er zijn wetenschappers die verschillende inzichten hebben. Ik begrijp hoe u de pandemie had willen bestrijden, maar daar staat hetgeen de heer Van Dissel aangeeft tegenover. Ik probeer die verschillen te snappen.

De heer **Baidjoe**:

Ja, dat probeer ik ook. Ik denk dat dat precies een belangrijk uitgangspunt is. Dat is waarom je dus diverse expertviewpoints bij elkaar moet brengen en waarom dat eigenlijk gefaciliteerd moet worden, namelijk zodat de discussie onder experts goed gevoerd wordt en je niet constant naar het stressmoment beweegt. Want als je naar het stressmoment beweegt, is er simpelweg geen ruimte om dat soort gesprekken te voeren. Dan kunnen we daar inderdaad naderhand op reflecteren. Het is ook iets wat eindeloos in evaluaties naar voren komt: er moet een platform worden gegeven waar verschillende wetenschappers met verschillende uitgangspunten bij elkaar komen. Ik weet dat dit niet makkelijk is. We hebben het net namelijk al gehad over de verschillende expertises die je hebt. Je hebt natuurlijk de expertises met de theoretische achtergrond en de mensen die daarop ook nog eens praktijkgetraind zijn, en je hebt nog een categorie, namelijk de mensen die zichzelf heel graag naar voren brengen als expert. Ik kan heel goed snappen en ik kan me heel goed voorstellen dat het moeilijk is om je af te vragen: naar wie moeten we eigenlijk luisteren? Ik denk dat dat soort gesprekken buiten een crisis moeten worden gevoerd, als in: welke experts moeten we nou eigenlijk aan tafel hebben? Zoals ik zei, moet je ook die responsstructuur heel duidelijk hebben. Dus inderdaad staat het OMT aan het roer van de wetenschappelijke besluitvorming, idealiter gezien niet alleen biomedisch, maar breed wetenschappelijk. Je moet dus zeker de sociale wetenschappen integreren, zoals mondiale organisaties die veel ervaring met crisismanagement hebben dat ook doen. Maar daaronder moet je ook een plethora aan wetenschappers hebben, die zeker tijdens zo'n crisis graag een bijdrage willen leveren en die dat werk kunnen doen, enerzijds aan de laboratoriumzijde en anderzijds aan de kant van epidemiologie. Als overheid

of als beleidsmakers is het, denk ik, jullie taak om ervoor te zorgen dat er ook geld ligt dat flexibel en direct kan worden ingezet om onderzoek te faciliteren dat direct voordeel zal bieden voor hoe we zo'n pandemie aanpakken.

Mevrouw **Mutluer**:

Eigenlijk zegt u: wetenschap bestaat niet; je moet gewoon naar de verschillende inzichten van wetenschappers luisteren, vroegtijdig, voordat je in de stress schiet, want anders heb je daar geen ruimte voor.

De heer **Baidjoe**:

Ja. Nou ja, "dé wetenschap" met "hét juiste antwoord" bestaat niet bij een crisis die net begonnen is en waarbij er zo veel vraagtekens zijn. Nee. Daar zijn gewoon verschillende uitingen over en viewpoints op. Niet alleen in Nederland, maar ook mondiaal gezien was er natuurlijk heel veel discussie over de rol van ventilatie en aerosole transmissie. Feit is ook dat we niet alleen in Nederland bevindingen creëren met onderzoek, maar dat er ook in het buitenland natuurlijk heel veel onderzoek wordt gedaan. Dat is niet gelijk beschikbaar als – hoe zeg je dat? – een wetenschappelijk artikel dat je kan vinden, maar dat hangt vaak, en zeker tijdens zo'n crisis, heel erg in het informele circuit. Dus ook het stukje netwerk is daar heel belangrijk in.

Mevrouw **Mutluer**:

Mijn laatste vraag is even van een andere orde. Mij viel op dat u in uw antwoord richting mijn collega refereerde aan een onderzoek in Engeland, namelijk dat als je één week eerder ingrijpt, dat 20.000 minder doden kan betekenen. We hebben tijdens meerdere verhoren de vraag over eerder ingrijpen gesteld. We hebben namelijk wel onderzoeken van het RIVM naar later ingrijpen en wat dat betekent, maar, ondanks verzoeken van de Tweede Kamer, geen onderzoek naar wat er gebeurd was als je eerder had ingegrepen. Dat werd namelijk afgelopen maandag gekwalificeerd als "te hypothetisch". U zei: het is complex.

De heer **Baidjoe**:

Ja. Maar niet hypothetisch. Nee.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat is mijn vraag.

De heer **Baidjoe**:

Nee, nee. Ik denk dat het volgende misschien ook wel belangrijk is in de

validatie van de expertise. Ik heb zelf gewerkt bij Imperial College en de London School. Dat zijn twee groepen die gespecialiseerd zijn in infectieziektenskundigheid, waarbij inderdaad de rol van het wiskundig modelleren ... Dus hoe kun je die data, zo mogelijk, inzichtelijk maken om te begrijpen hoe effectief bepaalde interventies zijn? Dat is geen makkelijk werk. Er zitten limitaties aan dit werk, maar het is zeker wel te doen en het is niet hypothetisch. Sterker nog, de algemene stelregel, met alle nuance die daarbij hoort, is natuurlijk wel dat eerder ingrijpen erger voorkomt. Als ik het heb over eerder ingrijpen, bedoel ik niet dat het hele land gelijk op slot moet worden gegooid, maar je kunt inderdaad wel kijken naar de fijnmazigheid van die maatregelen. Welke maatregelen kunnen we inzetten die toch infecties zullen gaan beperken en escalatie mogelijk uitstellen of misschien minder heftig maken, en die tegelijkertijd ook niet per se een heel grote impact hebben op ons dagelijks leven? Nou, die maatregelen bestaan. Dat wisten we na de eerste golf ook heel goed. Maar ja, dan moet je ze wel willen doorvoeren en zeer duidelijk durven communiceren: geen van die maatregelen is honderd procent effectief, maar it's all we got. Ik denk dat het heel belangrijk is om dat te onderlijnen. Ik zal eerlijk zeggen dat ik me er soms dermate over verbaasd heb hoe dichotoom men was in het ...

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe wat?

De heer **Baidjoe**:

Dichotoom. Dus: wel de maatregel of niet de maatregel. Zeker als ik naar een gevoelig onderwerp keek als scholen, dan was het heel erg zo van: moeten die scholen dicht of moeten die open? Nee, er is binnen dat kader veel meer wat je kan doen. Je kan meer kijken naar de ventilatie. Je weet bijvoorbeeld dat kinderen op jonge leeftijd elkaar waarschijnlijk niet zo veel besmetten als naarmate ze ouder worden. Dus die heterogeniteit, die verschillen, of hoe je het ook noemt, kun je iets fijnmaziger aanpakken, waardoor de discussie en dus ook die last niet heel dichotoom wordt. En we weten natuurlijk ook – dat is ook een belangrijk punt, denk ik – dat maatregelen impact hebben. Maar met veel van die impact kunnen we nog wel iets. Natuurlijk heeft het, als je de scholen sluit, gigantische invloed op kinderen die thuiszitten en ouders die ook al thuiszitten om te werken. Maar ja, ik heb zelf ook jonge kinderen. Hoe houd je dat bij? Maar tegelijkertijd weet je natuurlijk ook dat je voor leerachterstanden kunt compenseren als je als overheid bereid bent om vervolgens ook meer te investeren in de kinderen die leerachterstanden hebben opgelopen, of mogelijke

psychologische schade. Ik denk dat dat soort elementen ook te weinig aan bod zijn geweest.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik heb een concrete vraag gesteld en volgens mij heeft u daar een antwoord op gegeven. Dank u wel. Daar laat ik het bij.

De **voorzitter**:

Meneer Baidjoe, we zijn al een tijdje onderweg in dit openbare verhoor, dus ik stel voor dat we gaan pauzeren voor vijftien minuten. Ik verzoek de bode om de getuige naar buiten te leiden.

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

De **voorzitter**:

Ik schors de vergadering voor vijftien minuten.

De vergadering wordt van 11.29 uur tot 11.43 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. Aan de orde is een openbaar verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona. Ik verzoek de griffier om de getuige naar binnen te leiden.

(De heer Baidjoe wordt binnengeleid door de griffier.)

De **voorzitter**:

Welkom terug. We hervatten het openbaar verhoor. Voor het volgende onderwerp geef ik graag collega Mutluer het woord.

Mevrouw **Mutluer**:

Dank u wel. Meneer Baidjoe, ik wil het met u hebben over kritiek omtrent communicatie. Zojuist gingen we nader in op uw kritiek ten aanzien van de strategie en onder andere de ic-bezetting. Maar ook als het gaat om communicatie heeft u de nodige op- en aanmerkingen, naast kritiek op het type maatregelen en de timing van het ingrijpen. Waarin schoot de communicatie in uw beleving tekort tijdens de pandemie?

De heer **Baidjoe**:

Ik denk dat er ... Er bestaat natuurlijk wat variatie in, want de communicatie werd natuurlijk niet altijd op dezelfde manier gedaan en had ook niet

dezelfde dichtheid. Stel dat je bijvoorbeeld kijkt naar de persconferenties of naar de momenten waarop ik zelf een keer heb geparticipeerd, namelijk wanneer er bij de NOS een expertuitzending was om zaken uit te leggen. Een aantal facetten van communicatie zijn heel belangrijk. Dat is het uniform uitleggen van: wat is de situatie en waar gaan we naartoe? Maar dat is ook het begrip tonen: wat we van u vragen, is inderdaad bijzonder veel, maar dit is waarom we het doen; dit is waarom we dat soort offers vragen aan mensen. "Offers" is misschien een groot woord. Communicatie is ook heel duidelijk uitleggen waarom je bepaalde dingen moet doen en wat je moet doen. Ik moet eerlijk zeggen dat kijkende naar de persconferenties en de algemene communicatie, er vaak een wirwar was van het meer politieke deel van zo'n crisis ... Dus: waarom werden besluiten genomen? Dat was er meer nog dan de nadruk op het uitleggen van de maatregelen. Ik weet dat nog als het gaat om mond-neusmaskers. Dat was natuurlijk een complex vraagstuk, met name in Nederland, ten opzichte van andere landen om ons heen ...

Mevrouw **Mutluer**:

Voordat u daarnaartoe gaat ... U zegt: als het gaat om communicatie, dan was het een wirwar aan ... U noemde ook zoiets als dat het een beetje politiek werd. Kunt u dat eerst even uitleggen voordat we naar de mondkapjes als voorbeeld gaan?

De heer **Baidjoe**:

Ja. Het is inderdaad ook heel normaal dat dit soort zaken gebeuren. Als een persconferentie aan de ene kant een politieke zijde heeft en aan de andere kant een publiekegezondheidsfunctie heeft, probeert men daar natuurlijk ook uit te leggen waarom bepaalde besluiten zijn genomen. Het is heel belangrijk dat je enerzijds vragen als "wat vragen we nu van u?" en "wat zijn de maatregelen die u moet nemen en waarom?" goed scheidt van anderzijds de vraag waarom bepaalde besluiten worden genomen. Enerzijds is daar een wetenschappelijk argument voor en anderzijds is er natuurlijk een niet-wetenschappelijk argument voor in het kader van het volgende. Door beleidsmakers moet natuurlijk naar het holistisch perspectief worden gekeken, naar wat de schade voor de economie is en voor de ondernemers, en naar wat bijvoorbeeld de schade is van het niet volgen van school omdat de scholen dichtgaan. Ik denk dat het niet zo goed gescheiden was, dat in dit kader dit soort zaken vaak door elkaar heen liepen en dat zaken soms op een dusdanige manier werden uitgelegd dat ik als professional me soms echt afvroeg: "Oké, wat is nou eigenlijk het doel van dat beleid? Wat betekent dat dashboard dat we hebben neergezet voor het publiek nou eigenlijk? Hoe

moet ik interpreteren wat er op dat dashboard staat? Waarom gebeurt er eigenlijk nog niks als we naar geel of rood gaan op dat dashboard, maar in de fase daarna wel?" Ik merkte dat dat in de communicatie niet heel erg voren kwam. Dat is het hoofdstuk persconferenties.

Ik kan u ook een ander voorbeeld geven. Ik woonde tijdens de pandemie een poos in Noorwegen. Daar had je dan vervolgens de persconferenties. Je weet natuurlijk heel goed dat niet iedereen naar zo'n persconferentie kijkt, zeker niet als ze vaker plaatsvinden. In Noorwegen werd er na de persconferentie bijvoorbeeld ook nog altijd een sms'je gestuurd naar de bevolking, waarin dan stond: dit is de situatie, dit is wat we van u vragen en we weten dat het zwaar is; hier de link naar de website waar alles dan nog eens duidelijk staat uitgelegd. Dat zijn vrij simpele manieren om communicatie goed op te zetten en waarbij iedereen zijn weg kan vinden, omdat die toegang krijgt. Het gaat ook om het aspect dat ik al eerder aanstipte, namelijk dat niet iedereen hetzelfde vermogen heeft om uit vrij technische informatie – ik zal eerlijk zeggen dat een persconferentie toch nog wel een redelijk technisch gebeuren is – goed te halen: "Wat wordt er nou eigenlijk van me gevraagd? Ik zit al zo in knel. Waarom wordt er nu nog meer van me gevraagd?" Daar moet je dan ook je communicatie iets fijnmaziger voor opstellen. Er was natuurlijk, zeker na de eerste golf ... De NOS stak daar heel veel werk in. Ik ben daar zelf ook een keer geweest om dan bijvoorbeeld met een aantal andere experts, ook OMT-leden, uit te leggen waarom die belangrijke maatregelen er waren. Mensen konden via social media allerlei vragen insturen, die we dan ook snel probeerden te beantwoorden. Dat stopte op een gegeven moment gewoon. Op een gegeven moment was die aandacht er dus niet meer voor en werd die heel erg verlegd naar de opinies aan talkshowtafels. Dat lijkt mij geen juiste instelling van zaken. Ik ben zeker van brede expertise en van iedereen erbij betrekken, maar ik zal ook eerlijk bekennen dat je bij veel van de mediaoptredens experts had waarvan ik me wel afvroeg: oké, die hebben hele alternatieve meningen en je zult geen wetenschapper betrappen op het daarmee mee eens zijn; waarom krijgen die op zo'n cruciaal moment een podium op een plek die ook wel het enige podium is waarop een platform wordt gecreëerd voor dat soort communicatie?

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil even terug. Anders heb ik 300 vragen die ik op u wil afvuren, terwijl ik eigenlijk de vraag had: waarin schoot de communicatie mis? U gaf duidelijk aan: "Je ziet dat er zaken door elkaar liepen. Als je kijkt naar de communicatie vanuit het kabinet, zie je dat zaken door elkaar liepen,

wetenschappelijk versus politiek. Wat vragen we van u? Waarom doen we de dingen?" Tijdens een aantal verhoren kwam communicatie ook aan bod, met name de rol die wetenschap in het OMT kreeg. In het begin werd die zelfs als "heilig" gekwalificeerd. Wat deed dat met de communicatie? U zegt dat die zaken door elkaar liepen. Werd er heel erg gecommuniceerd dat het wetenschappelijke leidend is, ons kompas is?

De heer **Baidjoe**:

Misschien werd er te weinig gecommuniceerd dat de wetenschap op dat moment ook nog best wel veel onzekerheden bevatte. Met de kennis van toen moesten inderdaad besluiten genomen worden waarvan je niet met zekerheid kon zeggen of dat de juiste besluiten waren. Ik denk dat de persconferenties ook een prima opportuniteit konden zijn voor de erkenning dat we misschien tijdens de duur van de pandemie niet altijd de juiste beslissingen hebben genomen. Ik zeg dat omdat we weten dat, als je kijkt naar de gedragswetenschappen, mensen het fijn vinden als er erkentelijkheid wordt gegeven aan fouten die gemaakt zijn. Je zult fouten maken, maar het doet ook wat met het vertrouwen in instituten, dat je juist zo hard nodig hebt, als je daar erkentelijk voor bent. Dan heb ik het over een overheid, het OMT en de wetenschappelijke organen. Ik denk dat dat soort elementen nog weleens ontbraken in de communicatie. Sterker nog, ik denk dat het zelfs tot op de dag van vandaag nog weleens ontbreekt aan de bescheidenheid om te zeggen dat er misschien fouten zijn gemaakt die we beter hadden kunnen benadrukken. Dat doe je niet om daarop af te rekenen – dat is niet de doelstelling – maar wel om te zeggen: we zitten daar met z'n allen bij elkaar met verschillende expertises, misschien niet alle verschillende expertises die ik had willen zien, maar we hebben ook fouten gemaakt. Ja, dat kan.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat ontbrak in uw beleving?

De heer **Baidjoe**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar er werd tijdens de persconferenties toch ook weleens aangegeven: met 50% kennis moeten we 100% handelen?

De heer **Baidjoe**:

Zeker. Dat wordt natuurlijk aangegeven, maar ik denk dat je dan vervolgens

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

ook wel erkentelijk kan zijn in waar die fouten precies gemaakt zijn. Nogmaals, ik kan hierbij wel een paar voorbeelden aanhalen. Zó lang discussie voeren over mond-neusmaskers, dat eigenlijk actief ondermijnen, waarbij we dan ook nog eens met de neus op de feiten worden gedrukt door iemand als Anthony Fauci uit de VS en door de WHO over hoe belangrijk het wel niet is, vervolgens moeizaam die beslissing doorvoeren, maar nog steeds vanuit technisch oogpunt "ik geloof er niet erg in" zeggen, straalt niet heel erg veel daadkracht uit in de communicatie. Je kan ook zeer duidelijk zien dat er dan op dat moment discussies in de maatschappij plaatsvinden. Men zegt dan ook: die expert vindt dat met betrekking op mond-neusmaskers toch niet? Het draagt niet bij aan het draagvlak. Het draagt niet bij aan het vertrouwen. Tegelijkertijd is het natuurlijk ook belangrijk dat je dat soort discussies wel kan voeren, maar op een gegeven moment is het ook goed om daar gewoon met z'n allen te staan en een moment te hebben tijdens die persconferentie. Daarnaast is het goed om een moment te hebben waarop je op een mediaplatform nog breder die uitleg kan geven en breder de ruimte kan laten ontstaan voor het scepticisme dat bestaat. Mensen hebben talloze vragen, die je door de beperkte duur van een persconferentie niet kan enteren. Jongere leeftijdsgroepen kunnen makkelijk vragen stellen via social media, waar je dan wetenschappers hebt die daar uitleg en duiding aan kunnen geven. Dat is vrij snel gestopt in Nederland, denk ik.

Mevrouw **Mutluer**:

U noemt de mondkapjes als voorbeeld. U zegt zelfs: als je kijkt naar de berichten die er waren omtrent de mondkapjes, dan was het een actieve ondermijning. U zegt, volgens mij zelfs in een tv-item, dat u erkent dat mondkapjes niet de zilveren kogel zijn bij de bestrijding van het virus, maar dat u het Nederlandse beleid toch onverstandig vindt. "Het zijn geen wondermiddelen, maar we hebben echt alles wat helpt en alle interventies – soms zijn die iets meer, soms iets minder – nodig in deze tweede golf om het coronavirus te bestrijden.

De heer **Baidjoe**:

Correct. Ik geloof dat u al eerder bent blootgesteld aan het gatenkaasmodel, waarbij je het in plakjes snijdt. We weten heel goed dat al die interventies een verschillende uiting en effectiviteit hebben. We weten inderdaad in zo'n crisis niet precies wat die effectiviteit is, want je kunt, ethisch gezien, niet een studie uitrollen waarbij je zegt: de helft van het land gaat mond-neusmaskers gebruiken en de andere helft niet, dan zien we wel wie het beter doet. Afgezien van de complexiteit is dat ethisch ook niet haalbaar. Wij

gebruiken mond-neusmaskers in de infectiepreventie, zowel in een laboratorium als wanneer we met pathogenen werken. We weten dat ze niet perfect zijn, maar we weten wel dat, zoals ik u vertelde, ze er op z'n best voor kunnen zorgen dat u wat minder virus binnenkrijgt als iemand in uw gezicht niest. Dat zorgt ervoor dat de ziekte misschien iets minder ernstig zal worden. We weten ook dat het misschien niet uitmaakt als we in de buitenlucht lopen, maar het zou zeker wel meer een verschil kunnen maken als we in een vergaderruimte, of hoe dan ook, iets dichters in elkaars nabijheid staan. Het komt dus weer terug op die granulariteit van interventies, waarbij ik nog steeds denk dat die discussie te dichotoom werd gevoerd en dat het op bepaalde punten eigenlijk ook heel veel goede uitleg onmogelijk maakte.

Mevrouw **Mutluer**:

We pakken nu mondkapjes als voorbeeld om de communicatie goed naar voren te brengen. Wij weten uit ons onderzoek en uit eerdere verhoren dat de richtlijnen vrij strikt waren ten aanzien van mondkapjes en de mondkapjesplicht. In het begin was het onder andere alleen bij vluchtig contact bijvoorbeeld niet. Zo werd daarover gecommuniceerd. U zegt in dat item: ook als het maar 10% of 5% zou helpen, zou het de moeite waard zijn geweest en had je daar ook zo over moeten gaan communiceren.

De heer **Baidjoe**:

Ja, dat denk ik wel. Dat is dat gatenkaasmodel, waarbij elke interventie een plakje is en de combinatie van de interventies er hopelijk voor zorgt dat je een perfect middel hebt. Als je inderdaad op een laagdrempelige manier, als de urgentie nog niet zo groot is, toch kunt zeggen dat we mond-neusmaskers handhaven op plekken waar veel hoogrisicopatiënten bij elkaar komen, bijvoorbeeld in de verpleeghuizen, de ziekenhuizen, de wachtkamer van de huisarts of als we met z'n allen als sardientjes ingepakt staan in de trein tijdens het spitsuur, dan kan dat zeker helpen. Ik denk dat we het ook in die hoedanigheid hadden moeten communiceren. Dat werd ook wel gedaan, hoor. Er is inderdaad geen zilveren kogel, maar op sommige plekken zijn die interventies logisch om in te voeren en hebben ze ook niet zo veel negatieve impact op mensen. Het is een politieke keuze of je dan een verplichting moet instellen of niet. Over het algemeen ben ik niet heel erg van de verplichtingen, maar ik denk inderdaad wel dat je op een gegeven moment, als je piek zo hoog is dat de ziekenhuizen overstromen, wat daadkrachtiger kan zijn. Wat betreft het element van daarvoor moet je het toch normaliseren. Dat noemen we het sensibiliseren van de bevolking. Het

helpt niet als je zegt "nu gaan we opeens iets invoeren" als je mensen nog niet goed hebt voorbereid op hoe, wat en wanneer je zoiets gaat inzetten en waarom of waar het belangrijk is. In dat kader zeg ik ook dat het onderscheid tussen open in de buitenlucht versus met z'n allen iets meer op elkaar gepakt staan daarin wel een verschil maakt.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus eigenlijk zegt u ... Tot nu toe is de lijn die wij hebben gehoord tijdens de verhoren dat het als een gezondheidscrisis begon, maar later breder werd. U heeft net aangegeven dat het al vanaf dag één een systeemcrisis was, waarbij je juist moet inzetten op communicatie en gedrag.

De heer **Baidjoe**:

Ja. Je merkt natuurlijk ook dat de compliance, zoals we dat noemen, van mensen afneemt naarmate er voor een langere duur meer van mensen wordt gevraagd. In een eerste golf heeft iedereen de horrorbeelden die je in een ziekenhuis of een crisis ziet, heel scherp op het netvlies. Dat is eigenlijk bij alle crisissen helaas het geval. In de periode dat je van golf naar golf beweegt, wil je er natuurlijk voor zorgen dat je de infecties wat lager houdt en zul je dus ook actief moeten blijven communiceren. We zagen inderdaad dat iedereen na de eerste golf, een beetje in de zomerperiode, weer die vrijheid wilde pakken, maar daarmee stopte ook grotendeels de communicatie omtrent wat mensen zouden kunnen doen. Ja, dan beweeg je in november, eind 2020, weer naar de volgende piek toe. Eigenlijk was dat al eerder natuurlijk, in juli. Je ziet in die eerste fase de communicatie dan nog goed op gang komen, maar ineens zit je dan eigenlijk in een crisissituatie. Dan heb je ook niet meer heel veel ruimte om mensen te sensibiliseren en te zeggen: hier bewegen we naartoe en dit is waarom we de zaken nu zo aanpakken.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus eigenlijk hoor ik u zeggen – correct me if I'm wrong – dat als je vanaf het begin in de communicatie dat gevoel van urgentie, van "pas je gedrag aan", beter had overgebracht of bewerkstelligd, het beter was geweest en je eerder en sneller had kunnen ingrijpen.

De heer **Baidjoe**:

Ja. Ik kan misschien een voorbeeld geven. Rond januari 2021 begon de vaccinatiecampagne. Op 25 september mocht Nederland verder open met het zogenaamde coronatoegangsbewijs. "Alles mag weer", was eigenlijk het advies. Vanaf 1 oktober zie je de besmettingen dan weer stijgen, maar pas

op 2 november komen de eerste dringende adviezen. Eigenlijk zagen we in december alweer die piek tevoorschijn komen met omikron. Dan heb je, als het gaat om de toenemende infecties, dus 33 dagen de tijd gehad om toch te beginnen te communiceren, zo van: "Hè, we moeten die mond-neusmaskers weer gaan invoeren. Hou er rekening mee dat het virus weer weelderig in opkomst is en hou wat meer afstand van elkaar." Maar eigenlijk wacht je dan zo lang, bijna 33 dagen, om de eerste dringende adviezen te gaan geven, waarna vervolgens vrij kort daarop de volgende lockdown, of het volgende pakket aan strenge maatregelen, in effect treedt. Dat zijn kritieke opportuniteiten waarbij ik denk: dan had je iets eerder kunnen beginnen aan de communicatie, qua indringendheid.

Mevrouw **Mutluer**:

Waar kan gebrekkige communicatie uiteindelijk toe leiden?

De heer **Baidjoe**:

Het heeft veel aspecten. Vaccinaties waren een zeer bijzonder wapenfeit in de bestrijding van deze pandemie. Het is bijzonder bewonderenswaardig hoe snel die beschikbaar zijn gekomen, met name voor de rijkere landen; dat stip ik toch even aan. Maar we hadden ook nog steeds die non-farmaceutische interventies nodig.

Mevrouw **Mutluer**:

En wat zijn die?

De heer **Baidjoe**:

Er waren gedragsaanpassingen nodig. Het was nodig dat mensen zich aan die maatregelen hielden. Communicatie is daar zeer belangrijk in, op verschillende manieren. A. Je wil graag dat zo veel mogelijk mensen zich aan de maatregelen houden met betrekking tot gedrag. Je wil graag dat mensen zich gaan laten vaccineren. Je wil graag dat mensen zich laten testen. Je vraagt toch wat van mensen in al die stappen. Communicatie is dus heel belangrijk. Maar het tweede dat heel belangrijk is, is vertrouwen. Communicatie speelt een grote rol bij vertrouwen, juist in een tijd waarin je vertrouwen in gevestigde instituten heel hard nodig hebt, binnen een arena waarin ook steeds meer randgroeperingen, die verder weg staan van de wetenschap, zich gingen mengen en gingen pushen in dat geheel. Het klinkt heel raar om te zeggen, maar in die mengelmoes ben je toch bezig om het advies te geven waar we ons aan moeten houden, terwijl er tegelijkertijd heel veel maatschappelijke druk is. Maar als je op een gegeven moment te

veel stopt met het communiceren en de fijnmazigheid van je communicatie beperkt blijft tot persconferenties, dan kom je er eigenlijk niet genoeg.

Mevrouw **Mutluer**:

Je hebt meer nodig?

De heer **Baidjoe**:

Sorry?

Mevrouw **Mutluer**:

Je hebt meer nodig.

De heer **Baidjoe**:

Je hebt meer nodig, ja. Ik weet ook dat dat, naarmate de pandemie vorderde, wel meer gedaan werd. Je zag een grote rol voor de GGD's. Je zag dat meer mensen op social media aan de slag gingen met een soort ambassadeurschap, maar dat had je ook al eerder in de pandemie kunnen opzetten. Om dan te zeggen: dat zijn nieuwe lessen voor ons ... Ik wil nog maar eens benadrukken dat bij de gevestigde organisaties die aan crises werken, het al decennialang zeer gebruikelijk is om sociale wetenschappers, antropologen en dergelijke in je teams op te nemen, om juist dit soort adviezen een integraal deel te maken van de advisering. Naast het biomedische en het sociale gedeelte moet het dus integraal zijn in de advisering aan beleidsmakers.

Mevrouw **Mutluer**:

Communicatie is een belangrijke pijler, ook voor het vertrouwen, hoor ik u zeggen. In een interview op 15 augustus gaf u een advies aan minister De Jonge. Dat was augustus 2020. U zei daarin: "Investeer in betere communicatie met burgers, want uitbraken beginnen in de gemeenschap, maar eindigen daar ook."

De heer **Baidjoe**:

Dat klopt.

Mevrouw **Mutluer** (PRO):

Wat bedoelde u daarmee?

De heer **Baidjoe**:

Uitbraken beginnen in een gemeenschap omdat we het natuurlijk hebben over individuen in onze gemeenschap die getroffen worden. Maar ze eindigen

ook in een gemeenschap. Het is een uitspraak van Mike Ryan, van de Wereldgezondheidsorganisatie. Dat is allemaal praktijkgeleerd. Als je je gemeenschap niet integraal mee weet te nemen in je crisisrespons, hoe moeilijk dat ook is, want er zijn heel veel meningen en heel veel opinies, dan zul je het altijd verliezen, omdat mensen ... In ons geval gingen ze vaak niet eens naar het ziekenhuis. Ik werk nu fulltime aan een ebola-uitbraak. We krijgen mensen niet in het ziekenhuis als er heel veel angst is om naar het ziekenhuis te komen. Als er heel veel misinformatie rondgaat en we daar niet proactief mee omgaan, dan gaan mensen zich niet laten testen of vaccineren. Daarmee bedoel ik dus eigenlijk dat communicatie niet alleen een kwestie van persconferenties is. Communicatie moet je in de fijnmazigheid opzoeken.

Natuurlijk is het waar dat huisartsen en GGD's daarin, zeker later in de pandemie, een vooraanstaande rol speelden. Maar we wisten ook eigenlijk al vanaf dag één dat dit heel belangrijk was. Daarin moet je dus blijven investeren, zeker als het gaat om de publieke communicatiekanalen, de publieke omroep. Dan is het niet alleen maar een kwestie van de talkshowtafels, waar iedereen aanschuift om tien minuten zijn verhaal te doen en wat een mengelmoes is van experts, non-experts en quasi-experts. Het gaat erom dat je dat soort communicatie niet alleen zendt, maar ervoor zorgt – zoals ik net aangaf kwam de NOS met een post – dat mensen vragen kunnen stellen. Want er zijn oprechte zorgen. Ik bedoel: communicatie vindt niet alleen plaats via Facebook; het vindt ook plaats via familiewhatsappgroepen en vriendenwhatsappgroepen. Dat is een groep die je niet makkelijk kan bereiken. Daarom moet je dus bijzonder veel in communicatie investeren. Ik zie dat dus ook als een pilaar van wat we dan "de uitbraakrespons" noemen. Het is niet een pilaar die daarbuiten ergens staat en "it's a job van andere mensen". Nee, it's a job waarin wij ook kunnen adviseren.

Mevrouw **Mutluer**:

Eigenlijk zegt u: communicatie is een belangrijke pijler, eerder, meer, op meer manieren en integraal.

De heer **Baidjoe**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Dank u wel.

De **voorzitter**:

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

De heer **Poortman**:

Iets wat daar min of meer aan raakt, namelijk over de uitlegbaarheid van maatregelen. Dat is ook een deel van communicatie. U had het over mond-neusmaskers en over de buitenlucht, waar het virus minder overdraagbaar is en zich minder makkelijk verspreidt. Mijn vraag valt uiteen in twee delen, dus ik knip 'm op. Allereerst: het woord dat dan circuleert, is "aerosolen". Hoe moet ik dat in dit verband zien?

De heer **Baidjoe**:

Stel je voor dat u niest of hoest. Dan komt excretie naar buiten, vanuit uw neus of vanuit uw keel. In die excretie kunnen virusdeeltjes zitten. In het algemeen kan het zo zijn dat je virusdeeltjes in de grote druppels hebt zitten. Die vallen vrij snel op de grond, maar er komen ook aerosolen naar buiten. Dat zijn hele fijnmazige druppeltjes, die langer in de lucht blijven hangen.

De heer **Poortman**:

Dat zijn aerosolen, die fijnmazige druppeltjes?

De heer **Baidjoe**:

Ja, dat klopt. En die kunnen wij inademen en daar kan virus in zitten en afhankelijk van dat virus en van veel factoren kan dat tot een besmetting leiden of niet. Hoelang die aerosolen en de wat kleinere druppels in de lucht blijven hangen, is heel erg afhankelijk van hoe goed de circulatie is van de lucht. Als ik aan deze kant de deur openzet en ik zet aan de andere kant de deur open, dan stroomt de lucht erdoor. Als ik nu nies, dan is dat bij wijze van spreken binnen vijf minuten de kamer uit. Als we dan ook nog eens afstand houden, dan duurt het heel lang voordat die wolk bij u zou komen. Dus ja, in die hoedanigheid is dat zeer belangrijk. Ik denk dat al vrij vroeg uit observationeel onderzoek ... Dat is dus onderzoek waarbij we kijken ... Het bekende voorbeeld was een koor van mensen die stonden te zingen. Er was één iemand besmet en inderdaad, binnen dagen zag je dat andere mensen besmet waren. Dat gaf eigenlijk al aan dat de transmissie voornamelijk verliep via ...

De heer **Poortman**:

De overdracht.

De heer **Baidjoe**:

... de overdracht eigenlijk, inderdaad, dat die kon verlopen in dat soort opstellingen.

De heer **Poortman**:

Helpen mond-neusmaskers ook tegen die fijnmazige druppeltjes, tegen aerosolen?

De heer **Baidjoe**:

Zoals ik al zei, zijn het nooit alleen de aerosolen. De factor afstand speelt ook een rol. U kunt zich voorstellen dat als er in deze kamer drie mensen aan het niezen zijn die allemaal besmet zijn, de kamer op den duur meer gevuld zal raken. Dan zal het risico toenemen voor iedereen in de kamer. Maar als we met z'n allen in een klein compartiment hadden gezeten, is dat risico veel groter, niet alleen vanwege de kleinere druppels met weinig virus erin, maar ook vanwege de grotere druppels met bij wijze van spreken meer virus erin. Dat zijn eigenlijk de dimensies waarin u dat moet zien.

Dan over de rol van mond-neusmaskers, om het maar even simpel uit te leggen. Het gaat eigenlijk om het gaatwerk van het mond-neusmasker, dus bij hogekwaliteitsmaskers komt daar minder doorheen. Maar inderdaad, als die niet goed toegepast wordt en hij sluit niet netjes aan, dan kan er natuurlijk nog steeds via de zijkant lucht ontsnappen en mogelijk lucht binnenkomen. Dat zit zowel aan de zijde van de zender als aan die van de ontvanger. Maar mond-neusmaskers, zeker in de slechtere gradaties, dus gewoon die chirurgische maskers, kunnen wel zeker ervoor zorgen dat in dichte nabijheid niet mijn hele nies in uw gezicht landt, of nou ja, wel in uw gezicht landt, maar dat u die niet inademt, om het zo maar te zeggen.

Dus nogmaals, het is niet dichotoom, er is een heel spectrum. Een mond-neusmasker speelt, afhankelijk van de gradatie van het mond-neusmasker, wel zeker een rol in het zorgen dat u óf minder virus binnenkrijgt, waardoor u minder ziek zult worden, om het maar even simplistisch te zeggen, óf dat u minder virus naar buiten niest waardoor anderen het weer zouden kunnen inademen of ermee in contact zouden kunnen komen.

De heer **Poortman**:

Dan het tweede deel van mijn vraag: als u met deze kennis naar de maatregelen kijkt, wat zou dat in uw optiek betekenen voor die maatregelen? Want die zijn toch vaak gericht op mensen binnenhouden, en

dan lijkt het erop – ik zeg dit echt met het oog van de leek – dat we het virus ook concentreren.

De heer **Baidjoe**:

Ja. Zoals ik zei ... Ehm, als je kijkt naar mond-neusmaskers ... Het is perfect te verdelen, zoals je zegt: in het begin hadden we schaarste en moesten we goed bedenken waar we dit soort zaken inzetten. Ik denk dat het minder voordelig wordt als we inderdaad op een gegeven moment weten dat aerosolen of luchtwegtransmissie een rol speelt, en dat je dan zegt: nou, oké, misschien toch geen mond-neusmasker, zelfs als we weten dat er heel veel mensen met elkaar toch minimaal vijftien minuten in de trein met elkaar doorbrengen, zeker in de spits, maar leg met name de nadruk op de plekken waar hoogrisicopatiënten zich bevinden.

Ik denk dat daar te lang te weinig aandacht aan besteed is. Sterker nog, ik denk dat het dusdanig complex werd besproken dat dit enerzijds ondermijnend werkte. Maar met alle respect: we hadden mond-neusmaskers gewoon vanaf het begin moeten inzetten in verpleeghuizen, in de wachtkamers van huisartsen, waar zieke mensen komen, en in de ziekenhuizen. Dat had een consistente lijn moeten zijn die we uitdroegen gedurende de pandemie. Ik zal het u sterker vertellen. Ik woon inmiddels in Brussel. Als je naar de huisarts gaat, dan staat daar een doosje mond-neusmaskers met een bordje: heeft u respiratoire klachten, doe dat mond-neusmasker op en ga de wachtkamer in. Dat is niet omdat dat de zilveren kogel is, maar wel omdat die wachtkamers klein zijn, niet altijd even goed geventileerd zijn en omdat ze vol zitten met mensen die ziek zijn. Dat is waarom ze naar de huisarts gaan.

De heer **Poortman**:

We zien in de samenleving nog van die handsanitizerstations staan, maar u zegt: daar zouden doosjes mond-neusmaskers bij moeten staan.

De heer **Baidjoe**:

Ja, inderdaad, klopt. Ja.

De heer **Poortman**:

Helder. Dank voor deze aanvullingen.

De **voorzitter**:

U zei dat er niet proactief werd omgegaan met misinformatie. Wat bedoelt u daarmee?

De heer **Baidjoe**:

Nee, ik denk dat er wel proactief werd omgegaan met misinformatie, maar ik denk dat dat vrij laat gebeurde. Ik denk dat we eerder hadden kunnen bekijken – want misinformatie gaat er komen; die komt er altijd in een crisis, zeker als die wat chronischer van aard is – hoe we mensen direct kunnen bereiken, wetende dat ze ook blootgesteld worden aan misinformatie. Sterker nog, ik ben altijd meer voor een direct dialoog met de bronnen die misinformatie verspreiden, om toch meer platform te creëren. Ik denk dat in het vacuüm van interactie ruimte ontstaat voor misinformatie of er meer ruimte voor misinformatie wordt gecreëerd. Tegelijkertijd weet ik ook dat wij als public health professionals ontzettend bezig zijn met ons dag-tot-dagwerk, en dat zijn geen dagen van acht uur. Dus als je voor de 100ste keer hetzelfde argument naar je hoofd geslingerd krijgt en je moet daar op een kalme manier op reageren, is dat buitengewoon lastig. Maar dat is ook waarom we werken met zogenaamde teams van wat wij noemen "health promoters". Dat zijn mensen die getraind zijn in – hoe zeg je dat? – een soort vraag-en-antwoord en toch directe interactie met mensen kunnen hebben of in ieder geval op social media actief kunnen zijn. De momenten van interactie zijn dus vaak belangrijk om misinformatie te ondermijnen. Misinformatie is niet alleen een kwestie van informatie zenden. Het is ook heel erg zorgen dat je een soort van gesprek kan hebben over waar de zorg precies ligt bij mensen. Dat weten we natuurlijk al uit onderzoek dat gedaan is in groepen die vaccinsceptisch zijn, al ver voor de pandemie.

De **voorzitter**:

Oké, dank. Helder. Dan kunnen we naar het volgende onderwerp. Daarvoor geef ik graag collega Poortman het woord.

De heer **Poortman**:

Dank. Dat gaat over een onderwerp dat zijdelings al een paar keer aan bod is gekomen, namelijk de verhouding tussen Red Team en OMT. Daar hebben we een paar vragen over. Op 31 augustus 2020 – even voor het tijdsbeeld – verzoekt het Red Team middels een brief om direct met het OMT in overleg te treden. Het Red Team stelt daarin voor, en dat citeer ik, "om een aanvullende rol te vervullen, die op een constructieve manier bijdraagt aan het coronabeleid". Mijn eerste vraag is: waaruit bestond uw kritiek op het OMT?

De heer **Baidjoe**:

Een sterke biomedische nadruk. Als je het Outbreak Management Team

bent, denk ik dat je alle kernfacetten moet hebben die ik al vaker heb benadrukt.

De heer **Poortman**:
Kernfacetten, zegt u?

De heer **Baidjoe**:
Ja, de kernfacetten van multidisciplinair werken, inclusief de sociaalwetenschappers aan boord hebben. De mensen met operationele ervaring, die niet alleen theoretisch goed geschoold zijn, maar ook de operationele ervaring hebben in crisismanagement. Zeker in de eerste fases was mijn indruk dat die telkens ontbrak. Het was sterk academisch, zeer fundamenteel, maar ik denk dat de operationele ervaring ontbrak en ...

De heer **Poortman**:
Excuus, maar er zaten natuurlijk – misschien versmal ik daarmee al wat u zegt – niet alleen maar virologen in het OMT maar bijvoorbeeld ook ... We hadden maandag Diederik Gommers hier namens de ic's. De ouderenzorg is later toegevoegd. Er zat een kinderarts. Dat oogt multidisciplinair.

De heer **Baidjoe**:
Nee, dat was biomedisch. Het was biomedisch interdisciplinair. Maar bijvoorbeeld veldepidemiologen zaten er zeker in de eerste fase niet echt bij, ondanks dat Nederland een van de oprichters is van het programma waar ik u eerder over vertelde. Ik denk ook dat er weinig aansluiting was met organisaties die crisismanagementervaring hebben. We hebben een hoofdkantoor van Artsen zonder Grenzen in Nederland staan. Er is een hoofdkantoor van het Rode Kruis. Zeker als je het hebt over een systeemcrisis en niet gewoon een uitbraak ... Daar is Nederland heel berust op, maar juist op dat element denk ik dat het wel nuttig is om dat soort disciplines toe te voegen. Maar denk ook aan de totale afwezigheid van sociaalwetenschappers. Natuurlijk was er een groep die daarbuiten werkte, maar zoals ik zei, zijn naar internationaal voorbeeld sociaalwetenschappers ook integraal deel van zo'n team. In dit kader was het OMT in mijn opinie veel te veel ... Het was goed uitgerust met de biomedische expertises, maar niet met alle andere expertises die je nodig hebt om een crisis goed te managen.

De heer **Poortman**:
Doet de titel Outbreak Management Team wat u betreft recht aan hoe het was samengesteld?

De heer **Baidjoe**:

Niet zoals wij het kennen uit de internationale gemeenschap van mensen die dagelijks werken aan dit soort crisismanagement, nee.

De heer **Poortman**:

U heeft het dan over de sociale wetenschappen. Wat specifiek uit de sociale wetenschappen zou wat u betreft toegevoegd moeten worden?

De heer **Baidjoe**:

Ja. Ik denk dat als je precies kijkt ... We hebben de thematiek al kort met elkaar besproken. Kijk naar de trends wat betreft hoe mensen zich houden aan bepaalde maatregelen. Zeker, dat werd natuurlijk verder in de pandemie gedaan. Maar kijk ook hoe je communicatie opzet. Sterker nog, zij kunnen vaak artsen en biomedici adviseren over hoe je überhaupt moet communiceren als je tegen een globaal publiek praat. Dat is niet iets waarin we allemaal even goed getraind zijn. Dat kan gewoon zo zijn, maar mensen kunnen je inderdaad vertellen hoe je boodschappen moet verpakken om ze goed te doen landen. Zeker op een moment in zo'n pandemie waarbij die gedragsinterventies eigenlijk alles zijn wat je hebt, moet je als integraal deel van je team mensen hebben die verstand hebben van gedragsinterventies dan wel mensen die expertise hebben over hoe je daarover kan communiceren. We hebben bij ons in de organisatie bijvoorbeeld mensen die gespecialiseerd zijn in wat we "digitale gezondheidspromotie" noemen. Hoe zet je social media in? Hoe maak je daar gebruik van? Hoe kun je leren wat mensen precies vinden? Hoe zet je op een laagdrempelige manier vraag- en antwoordsessies op? Dat zijn de elementen die bijzonder belangrijk zijn en die direct impact hebben. Hoe zorg je ervoor dat mensen zich beter gaan houden aan die maatregelen als dat voorkomt? Maar ook: hoe creëer je een platform voor interactie?

De heer **Poortman**:

Wat betekent dat uiteindelijk voor het advies? Ik licht dat kort toe. Het is natuurlijk heel makkelijk om vanuit één kanaal advies te geven, van: zo gedraagt het virus zich; we moeten wel of niet indammen. Als je daar het perspectief van gedragswetenschappers bij betreft, kom je tot meer facetten of meer aspecten aan het advies. Wat zou dat betekenen voor het advies? Hoe concreet wordt het advies daarmee?

De heer **Baidjoe**:

Het zou in ieder geval kunnen betekenen dat je breder inzet op de communicatie, zodat het een daadwerkelijke sterke pilaar wordt, van: oké,

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

hier moeten we meer doen, maar wie zouden we daar verder bij moeten betrekken? Ik denk dat dat natuurlijk een heel belangrijk facet is. Een OMT is natuurlijk een team van mensen, maar in de uitvoering ligt het uiteindelijk natuurlijk veel breder in de GGD's. Je loopt voor als je iemand hebt die daar dat element bij kan betrekken, van: communicatie is belangrijk; zorg dat er middelen beschikbaar voor komen, zodat het ook binnen de GGD's kan worden uitgezet en zodat zij de informatie al vrij vroeg in de pandemie kunnen aanpassen aan hun gemeenschappen, waarbij er verschillen bestaan in hoe die benaderd en bereikt moeten worden. Tuurlijk, later in de pandemie is dat gedaan. Maar nogmaals, dit waren geen lessen die we hoefden te leren; dit waren zaken die we al decennialang inzetten in ons werk. Dat is niet altijd even succesvol, maar het kernbeginsel is dat als je jezelf Outbreak Management Team noemt, je die disciplines in je huis moet hebben en dat moet afwegen. Ik denk dat dat misschien wel een kern van de evaluatie kan zijn, waar ik al eerder op kwam. Dat is niet alleen de doelstelling, maar ook: hoe zet je die crisisstructuur op, zeker op de public health, maar ook op alle andere facetten, zodat je daar de disciplines bij kan betrekken die je nodig hebt? En waarom is het belangrijk dat bepaalde experts aan die tafel zitten?

De heer **Poortman**:

Als het dan gaat over gedragswetenschap ... Ik probeer daar al in meerdere verhoeren naar te zoeken. Ik formuleer het wat voorzichtig, omdat ik niet een conclusie wil trekken, maar laat ik het als hypothese aan u voorleggen. Als het gaat om maatregelen, lijkt het bij communicatie over die maatregelen vooral te gaan over: we hebben een maatregel bedacht die wij goed vinden; hoe zorgen we ervoor dat mensen die na gaan leven? Dat is in plaats van dat aan de voorkant vanuit de gedragswetenschap is nagedacht over hoe die maatregel eruit zou moeten zien. Dat zeg ik als hypothese. Hoe kijkt u daarnaar?

De heer **Baidjoe**:

Normaal werkt het beide kanten op. Enerzijds het begrijpen ... Kijk, het kan prima zo zijn dat jij de briljante oplossing nog niet hebt, maar dat je die uit de maatschappij haalt, of van een huisarts die zegt: ik zet dit op en ik doe dit gewoon zo, omdat ik mijn patiënten in mijn wijk het beste ken. Die moet je er dus integraal bij betrekken. Dus enerzijds leun je natuurlijk op de expertise van, laten we zeggen, de gedragswetenschapper. Aan de andere kant kan de gedragswetenschapper die vertaalslag plegen door van ervaringen te leren van mensen die zaken zelf hebben geïmplementeerd in

die hoedanigheid. Daar zijn talloze voorbeelden van, maar dan moet je dus wel een sociaal wetenschapper, als ik het maar even zo veralgemeniseer, integraal betrekken in je team en 100% erkentelijkheid geven, omdat het belangrijk is dat die daar zit in de volwaardigheid. Ik kan in zijn algemeenheid natuurlijk het volgende zeggen. Ik kom terug op het feit dat niks menselijks ons vreemd is, maar soms is inderdaad een beetje de vraag waar je het gewicht legt in de wetenschappen. Zit dat heel erg op de biomedische kant of zit dat heel erg op de kant van de gedragswetenschappen, of op nog andere disciplines? Feit is dat als je dat niet bij elkaar brengt, je linksom of rechtsom zult falen. Of althans, dan zul je minder succesvol zijn dan je had kunnen zijn.

De heer **Poortman**:

In principe had het zo moeten werken dat er een bestuurlijk afstemmingsoverleg is, waarbij adviezen samenkomen. Het OMT is dan slechts één poot van het advies. Zij zeggen daarom: wij richten ons op het biomedische aspect; het BAO is er vervolgens verantwoordelijk voor. Alleen, daar is kritiek op. Dat zou niet gefunctioneerd hebben zoals het had moeten functioneren. Het BAO brengt verschillende aspecten samen en presenteert dat als advies aan het kabinet. Is dat de route of zegt u: nee, in het OMT zelf zou die expertise aanwezig moeten zijn? Of zou dat buiten het OMT om georganiseerd moeten worden?

De heer **Baidjoe**:

Ik denk dat Nederland heel erg uitblinkt in het creëren van extra eilanden. Tijdens een crisis is elk extra eiland dat je toevoegt een extra platform waar je mee moet communiceren. Je moet het gewoon integraal betrekken erin. We kunnen er lang of kort over discussiëren, maar het is internationaal bewezen dat het succesvol is. Doe het gewoon.

De heer **Poortman**:

Uiteindelijk heeft u in het najaar van 2020 contact gehad met het OMT. We hadden het al over de brief die u verstuurdte op 31 augustus. Daar heeft een klein poosje tussen gezeten. Uiteindelijk komt het tot contact met het OMT. Wat kunt u ons over dat contact vertellen?

De heer **Baidjoe**:

Ik was zelf niet bij de call, maar uiteraard hebben we daar uitvoerig over gesproken.

De heer **Poortman**:

Vertegenwoordigers van het Red Team waren daar.

De heer **Baidjoe**:

Ja, precies, in de hoedanigheid van representatie. We hadden ook gewoon ons reguliere werk om ons op te richten, dus we konden helaas niet overal bij zijn. Maar dat gesprek ... Zoals ik altijd zeg: we hebben courtesygesprekken. Dat zijn gesprekken waarin je erkentelijkheid geeft, van: dank u voor uw advies en dag. Ik denk dat dat de onderstreping van dat gesprek was, waarbij heel erg werd benadrukt: we zijn een biomedisch team, bedankt voor uw advies. Het meest zorgelijke was het volgende. De reden dat we dat gesprek wilden, was omdat we de discussie niet via de media wilden voeren. Dat is ook heel erkentelijk geweest in latere, follow-up-e-mails, die onder anderen door de heer Schellekens zijn gestuurd. We vonden het beter om dat soort gesprekken rechtstreeks te hebben, maar het advies, ook als uitkomst van dat gesprek, was: blijf vooral uw mening geven in de media of aan andere platformen.

De heer **Poortman**:

Dus ze hadden liever dat u als Red Team via de media uw perspectief bleef geven dan in direct contact met henzelf?

De heer **Baidjoe**:

Ja, bij monde van de voorzitter van het OMT.

De heer **Poortman**:

Maar op andere punten blijkt ook dat ze het juist vervelend vinden dat u alleen via de media opereert en dat dat een serieus gesprek in de weg zou staan.

De heer **Baidjoe**:

Ja, maar we hebben wel die opening gecreëerd. We hebben wel het initiatief genomen. Ik heb u net verteld wat het antwoord daarop was.

De heer **Poortman**:

Heeft u op enige manier het gevoel gekregen dat er iets met uw adviezen is gedaan? We hebben inzage gehad. Die zijn serieus in die zin dat ze omvangrijk zijn. De kwaliteit kan ik, denk ik, niet beoordelen, maar dat kunnen wetenschappers uiteraard wel. Maar ze zijn omvangrijk en gedegen. Heeft u op enig moment het gevoel gehad dat daar iets mee gedaan is, dat die betrokken zijn bij de besluitvorming?

De heer **Baidjoe**:

Ik denk wel dat sommige elementen ... Of het nou door ons kwam en onze adviezen of door het feit dat mensen gewoon zelf tot het inzicht zijn gekomen, kan ik niet beoordelen, maar ik denk wel dat bepaalde adviezen zeker tot uiting zijn gekomen. We zijn een land dat misschien niet zo heel groot is, maar er is wel veel expertise in het land, in al zijn diversiteit. Ik weet ook dat niet iedereen het altijd overal over eens was en dat zeker op het niveau van de GGD's gewoon dingen gedaan werden. Mensen besloten: ook al is het vroeg voor de casusdefinitie voor het testen; ik ga toch testen. Of het daaruit voortkomt dat beleid wordt gewijzigd of door ons advies, daar heb ik geen inzicht in.

De heer **Poortman**:

Dat is helder vanuit u. Tot slot toch nog over de interesse van het OMT in het Red Team en dat gesprek. Was dat gesprek ook met de voorzitter van het OMT, de heer Van Dissel?

De heer **Baidjoe**:

Ja.

De heer **Poortman**:

Hij was persoonlijk met u ... Heeft hij kenbaar gemaakt op welke manier hij het liefst van advies zou worden voorzien?

De heer **Baidjoe**:

Nee, behalve wat ik u eerder meedeelde, dat als we adviezen hadden, we die vooral via de publieke kanalen moesten blijven delen.

De heer **Poortman**:

Dat gesprek was dus een beleefdheidsgesprek. In dat gesprek is het dus ook niet tot een discussie gekomen over de werkwijze van het OMT?

De heer **Baidjoe**:

Nee. Nee.

De heer **Poortman**:

Helder. Dan heb ik verder op dit punt geen vragen.

De **voorzitter**:

Collega Mutluer, heeft u op dit onderwerp nog aanvullingen?

Mevrouw **Mutluer**:

Alleen op dat laatste punt. Wij zien in ons onderzoek dat het Red Team "te veel via de pers werkt en dat hierdoor zinvolle discussie met het Red Team moeilijk is", dat "in discussie gaan met het OMT tot dusver wordt afgehouden" en dat het "formeel niet lukt om met het OMT in contact te komen". Met andere woorden, het OMT zat niet heel erg op jullie te wachten.

De heer **Baidjoe**:

Dat is correct, ja. Ik snap dat enerzijds ehm ... Nou ja, laat ik het zo zeggen: wat mij betreft gaat het om de inhoud. We hebben heel veel tijd gestoken in adviezen schrijven die, denk ik, ook de tand des tijds hebben doorstaan, als ik daar kritisch naar kijk. Ongetwijfeld zijn daar ook fouten in gemaakt, wellicht in de manier van communiceren, maar ik denk dat we op dat moment ook wel te maken hadden met een crisis waarbij er veel meer baat was geweest bij het uitbouwen van de expertpanels die VWS had opgezet, en bij daar dan zeggen: laten we de verschillende experts bij elkaar brengen, zodat het OMT niet heel veel verzoeken krijgt van links en rechts. Dat waren niet altijd alleen wetenschappers. In mijn persoonlijke opinie was dat een heel gezonde manier geweest om het brede kader van wetenschappers in Nederland bij elkaar te betrekken en om van daaruit advisering te laten komen of te laten zeggen wat voor onderzoek er nodig is om bepaalde vragen te beantwoorden. Daarbij zoek je dan inderdaad een goede balans tussen mensen met operationele ervaring en mensen met theoretische ervaring, want die zijn ook heel belangrijk om bij elkaar te brengen.

Mevrouw **Mutluer**:

Je hebt een OMT-team. Het Outbreak Management Team is het blue team. Ik kan me echt heel goed voorstellen dat tijdens een pandemie heel veel wetenschappers hun visie willen geven en dat je op enig moment moet nadenken over hoe je daarmee omgaat.

De heer **Baidjoe**:

Zeker.

Mevrouw **Mutluer**:

U zegt: de expertpanels van het ministerie hadden daarbij geholpen. Waren die er al?

De heer **Baidjoe**:

Die werden op een gegeven moment opgezet als een basis, volgens mij voor de tussentijdse evaluatie; pin me daar niet expliciet op vast. Dat waren vaak

eenmalige panels, terwijl het beter was geweest om die enigszins continuïteit te geven, want ik denk dat je er daardoor voor zorgt dat de diversiteit en opinies enigszins tot consensus gaan werken. Ik kan u uit ervaring ook vertellen dat indirect communiceren, al is het via e-mail, vaak vele malen moeilijker is dan gewoon mensen bij elkaar zetten en die met hun expertise elkaar laten spreken over verschillende viewpoints. Dat is vaak sneller, dichter bij elkaar komen dan wanneer dat over de e-mail gaat of, nog erger, via de media.

Mijn advies zou dus geweest zijn: had continuïteit aan de expertpanels gegeven. Had daar zeker binnenlandse kennis en talent bij getrokken waar het nuttig was. Nogmaals, ik wil ook een onderscheid maken in de complexiteit van expertise, maar er is wel een duidelijk verschil tussen iemand die compleet niet in vaccins gelooft en zichzelf bestempelt als expert, en mensen die een cv hebben waarvan je kan zeggen: die hebben de theoretische kennis, de operationele kennis of misschien wel beide. Ik denk dat het heel gezond was geweest om zoiets in te stellen, waarbij je zegt: oké, het OMT hoeft niet direct met het Red Team samen te werken, maar de verschillende expertises van het Red Team zitten in die verschillende expertpanels, waarbij aan advisering wordt gewerkt. Feit is ook dat wij normaal ook zo werken. Je hebt mensen die direct aan de frontlinie staan om het werk te doen. Die hebben niet zo veel tijd en die kunnen zeker niet naar iedereen's mening luisteren. Dat moeten ze ook niet doen op een crisismoment, want ze zijn bezig met moeilijke beslissingen nemen. Maar er is wel heel veel kennis en kunde beschikbaar die kan bijdragen, maar dan moet je er wel een platform voor creëren.

Mevrouw **Mutluer**:

Volgens mij zegt u daarmee eigenlijk twee dingen: je moet het OMT uitbreiden met meerdere disciplines en je moet een structurele expertgroep of panel de ruimte geven om input te leveren. Hoor ik dat goed?

De heer **Baidjoe**:

Ja, en niet één specifiek expertpanel, maar expertpanels in de verschillende gremia, zoals we dat eerder hebben besproken.

Mevrouw **Mutluer**:

Tot zover mijn vragen op dit onderdeel.

De **voorzitter**:

Dan kunt u direct door naar het volgende onderwerp.

Mevrouw **Mutluer**:

Naast de contacten met het Outbreak Management Team had u als Red Team ook contacten met de landelijke overheid, namelijk met het ministerie van VWS en het kabinet. Zo zien we in ons onderzoek dat in de tweede helft van 2020 het Red Team meermaals contact heeft met de secretaris-generaal van het ministerie van VWS. Kunt u ons vertellen hoe u dat contact zou beschrijven of omschrijven?

De heer **Baidjoe**:

Ik denk dat het redelijk divers was, maar ... Ja ... Bij veel hiervan was het zo dat er wel werd geluisterd in sommige facetten, maar dat ik veel ervaren als, zoals ik zei, courtesy calls.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus pappen en nathouden?

De heer **Baidjoe**:

Nou, niet pappen en nathouden. Het is meer zeggen: oké, we hebben met ze gesproken. Als je met mensen gesproken hebt, dan zijn ze misschien iets minder fel, in die hoedanigheid. Dat is geen onbekend verschijnsel. Dat ken ik heel goed. Dat is eigenlijk ook hoe ik er vaker naar keek.

Mevrouw **Mutluer**:

Vond u dat VWS openstond voor de adviezen die u gaf als Red Team?

De heer **Baidjoe**:

Ik denk dat we inderdaad een onderscheid moeten maken binnen VWS. Ik heb bijvoorbeeld contact gehad met mensen binnen VWS die aan het bron- en contactonderzoek werkten. Een van de dingen die mij daar opvielen in dat contact elke vier weken, of elke drie weken met Arnold omdat wij ervaring hadden met dat onderzoek, was dat we altijd met andere mensen aan het praten waren en dat dat niet per se mensen waren die een kernexpertise hadden. Dat is dan misschien ook een stukje advies: dat het wel belangrijk is om die kennis en kunde ook binnen de ministeries die relevant zijn in zo'n crisis, te behouden. Op het hogere, meer – om het zo maar te zeggen – politieke niveau denk ik dat mensen wel notie namen van wat wij zeiden, maar dat we als experts niet heel serieus werden genomen. Dus ja, dat is denk ik ...

Mevrouw **Mutluer**:

Wat vond u daarvan?

De heer **Baidjoe**:

Wat vond ik daarvan?

Mevrouw **Mutluer**:

Ja. Het feit dat u zegt: we zijn wel gehoord, maar we zijn niet echt serieus genomen.

De heer **Baidjoe**:

Misschien ... Ik denk, en dat zag ik ook, dat in Nederland mensen veel waardering hechten aan hoe bekend je bent. Dat is bijvoorbeeld iets wat ikzelf zeker in het begin van de pandemie heb gezien. Ik werkte niet in Nederland, dus dan heb je niet zo veel visibility, maar dat betekent niet dat je geen zinnige bijdrage kan leveren op basis van je ervaring. Ik denk dat er bij het Red Team, in die hoedanigheid, ook wel en met name in de groep van de eerste vier mensen veel ervaring zat, maar dat die niet per se een hele prominente rol hadden van dag tot dag. Er was bijvoorbeeld niet een prominente professor van een universiteit bij. Ik denk dat ook dat altijd een goed element is om je op te baseren. En daarmee kom ik eigenlijk terug bij waarmee deze sessie begonnen is: die balancering tussen academische kwalificaties en operationele kwalificaties. Ik denk dat het heel gezond is om dat soort elementen bij elkaar te brengen. Om maar even een voorbeeld te geven: bij de WHO zat tijdens corona dr. Mike Ryan heel hoog in het kader daar, maar hij was niet een professor. Hij is daar dan iemand die heel veel operationele ervaring heeft en daar kennis en kunde binnenbrengt. Maar daaronder had je die expertgroepen. Tja, daarin zitten natuurlijk de topwetenschappers. Alleen de gezonde combinatie van die twee maakt advisering sterk, en maakt wat we aan het eind doen dus ook sterk.

Mevrouw **Mutluer**:

Als ik het goed begrijp, werd er tegenspraak georganiseerd binnen het Red Team. Dat klopt aan bij het Outbreak Management Team. Het klopt aan bij VWS en het kabinet. Er wordt naar ze geluisterd in de zin dat het gesprek plaatsvindt, maar u houdt er het gevoel aan over van: we worden niet serieus genomen, want onze adviezen worden blijkbaar niet opgevolgd.

De heer **Baidjoe**:

Ja, maar ik denk dat dat in de eerste fase heel logisch is. Je hebt dan wéér een groep mensen die advies komen geven, met die miljoenen groepen die je al hebt. Dat advies moet je dan mettertijd maar beter op zijn waarde leren schatten. Veel daarvan zit in: "Wat zeiden ze? Waar staan we nu? En komt dat overeen met wat ze zeiden?" Nou, ik denk dat we na de eerste brief,

waarin we al vroeg aan de alarmbel trokken, en zeker een paar maanden later precies in de situatie zaten die wij hadden voorspeld. Ik denk dat veel van de kernaanbevelingen die wij deden, misschien iets eerder hadden kunnen worden opgevolgd. Nou ga ik niet zeggen dat dat de schuld van het OMT was, absoluut niet. Maar ik weet wel dat advisering één ding is, en dat je dan die politieke olietanker moet gaan bewegen. Dat is natuurlijk ook weer een heel proces.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat bedoelt u daarmee, met "politieke olietanker"?

De heer **Baidjoe**:

Nou, we weten dat we in tijden van crisis snel besluiten moeten nemen. Maar we weten ook dat iedereen dan a bang is om de eerste stap te zetten en b dat de politiek natuurlijk heel veel zaken moet wegen. Dat maakt het proces niet heel intuïtief en de slagkracht van de besluitvorming in tijden van een crisis, waarbij dus snel besluiten moeten worden genomen ... Dat zag je natuurlijk ook in de voorbeelden die ik gaf, van "we zien de infecties oplopen" tot "nu komen de maatregelen" duurde het heel lang. In het geval van infectieziektes die zich snel verspreiden, als we het dan hebben over dagen of misschien een week, dan is dat een lange tijd, hè. Ik gaf het voorbeeld uit het Verenigd Koninkrijk, waar geraamd is hoelang die lockdown had moeten duren en hoeveel doden dat heeft opgeleverd. Dus ja, dat is ook een dynamiek die we, denk ik, beter moeten beschrijven. Die hele advisering komt dan uit de wetenschap. Je moet het dan goed organiseren, met een combinatie van disciplines en met mensen met voldoende operationele ervaring. Tegelijkertijd moet je als public health professional de politiek in beweging zien te krijgen, om te zorgen dat iemand die eerste stap durft te zetten. En die eerste stap kan niet worden genomen als de urgentie pas zichtbaar gaat zijn in de ziekenhuizen, want dan ben je feitelijk al te laat.

Mevrouw **Mutluer**:

U zegt "de politiek moest in beweging komen" en u heeft gesproken over "politieke olietankers". Op enig moment klopt u aan. Lukt het u om een koffieafspraken in te plannen met minister De Jonge? We hebben uiteraard geen notulen van dat gesprek. Kunt u ons vertellen over die ontmoeting, over wat daar is besproken?

De heer **Baidjoe**:

Dat was een hele vriendelijke ontmoeting, ondanks de kritiek die werd geuit. Ik denk dat de minister zeker op dat moment met name erg geïnteresseerd

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

was in hoe wij het als Nederland deden als het om sterfte ging. Nou, dat zijn complexe analyses en ik had er eigenlijk niet zo veel behoefte aan om daarover te speculeren. Ik dacht meer: we kunnen het beter doen; dit zijn concrete adviezen die ik kan aanreiken om het ook beter te gaan doen.

Mevrouw **Mutluer**:

Het gesprek ging dus met name over "hoe goed doen we het in Nederland?" in plaats van ...

De heer **Baidjoe**:

In plaats van over "wat zouden we nu moeten doen om het beter te laten gaan?", ja. Nou ja, goed, ik heb daar mijn mening over, maar dat is aan iedereen zelf natuurlijk. Maar dat was inderdaad de hoofdmoot van het gesprek. Als het ging om de oversterfte bijvoorbeeld: hebben we in Nederland veel meer oversterfte dan in Duitsland, dat er een stuk strakker op zat in vergelijking met Nederland? Tja, dat is lastig te vergelijken in een pandemie, want de sterfte gerelateerd aan covid werd in verschillende landen anders geteld, dus die vergelijkingen waren moeilijk te maken. Natuurlijk kun je wel kijken naar websites zoals die van Our World in Data, waar de nationale data werden verzameld, maar op dat moment werden daarvoor niet altijd dezelfde definities gebruikt. Maar daar lag wat mij betreft iets te veel de nadruk op, en iets minder op wat de adviezen waren om zaken beter aan te pakken. Maar nogmaals, ik had op dat moment heel erg het gevoel dat het in de politiek allemaal heel erg lag op "oké, we hebben met de critici gesproken; we hebben geluisterd" en "mocht het ooit aankomen op een moment als dit, dan kunnen we in ieder geval zeggen dat we ze hebben gesproken".

Mevrouw **Mutluer**:

Wat zegt dat?

De heer **Baidjoe**:

Nou ja, dat zegt dat politiek politiek is. Ik denk dat we als professionals ons er allen terdege van bewust moeten zijn dat je in tijden van crisis, of zelfs in tijden van crisis, er akte van moet nemen dat die rol dan niet alleen ligt bij ons biomedisch wetenschappers, maar dat ook de politiek daarin dan een zeer sterk aandeel heeft met hoe leiderschap wordt uitgedragen en door de rol die zij speelt in het opzetten van een goede crisisstructuur.

Mevrouw **Mutluer**:

Zegt u daarmee eigenlijk: minister De Jonge was meer geïnteresseerd in

"hoe goed doen we het?" in plaats van in inhoudelijk advies? U zei net namelijk dat u daar een mening over had. Ik ben daar dan wel nieuwsgierig naar.

De heer **Baidjoe**:

Nee, nee ... In die hoedanigheid zijn dat uw woorden. Mijn impressie van het gesprek was inderdaad dat de nadruk in dat gesprek, de balans in dat gesprek, meer lag op "hoe doen wij het in vergelijking met de omringende landen?" dan op "wat zouden wij beter kunnen doen?".

Mevrouw **Mutluer**:

Was dat teleurstellend voor u?

De heer **Baidjoe**:

Nou ja, teleurstellend in de hoedanigheid dat ik ... Ik paste mijn verwachtingen ook aan. Ja, natuurlijk is het teleurstellend in het feit dat ik wel degelijk ... Ik denk dat iedereen wel zeer doordrongen was van het feit dat we met een maatschappelijke crisis te maken hadden, waarvan de urgentie en de effecten niet alleen golden voor wanneer de pandemie liep, maar ook vanwege de impact die je na zo'n crisis hebt, de zogenaamde recovery phase, en dat we op dat moment eigenlijk nog wel redelijk in een pandemie zaten waarvan de koers niet heel zeker was, dus welke kant die zou opgaan. Zouden er nieuwe varianten met nieuwe kenmerken opduiken? Dus dat moment was, denk ik, een opportuun moment om het meer te gaan hebben over "wat kunnen we beter gaan doen?", "hoe kunnen we het opzetten?" en "hoe kunnen we daarbij helpen?". Dit niet alleen in het kader van het Red Team, absoluut niet, maar voor wat ik u eerder vertelde over die expertgroepen opzetten, voor hoe dat goed geregeld kon worden. Dat is iets waaraan ik, maar ook andere leden van het Red Team, op verschillende platformen uiting hebben gegeven, maar wat nooit meer continuïteit heeft gevonden.

Mevrouw **Mutluer**:

U zei "politiek is politiek" en "we hebben het gesprek gevoerd en dat kunnen we dan afvinken". Op enig moment heeft premier Rutte u als Red Team wel in zijn persconferentie genoemd. Hij gaf daarin aan: dat is een club die ons scherp houdt. Hoe moet ik dat kwalificeren?

De heer **Baidjoe**:

Nou, ik denk precies zoals dat gekwalificeerd kan worden. Dat is eigenlijk in het kader van "we luisteren naar alle critici". Ik denk ook dat dat het

moment was waarop we ons oprecht de vraag hebben gesteld: "Moeten wij nog wel meewerken aan dit politieke speelveld? Want nu wordt er wel heel erg dichotoom opgezet dat het het Red Team versus het OMT zou zijn. En de politiek gaat nu selectief shoppen in de adviezen." Nou, dat is nu precies wat we niet wilden.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat is exact het onderdeel dat mijn collega zo meteen gaat oppakken. Daarom laat ik het voor nu hierbij.

De **voorzitter**:

Ik heb zelf geen aanvullingen, dus wellicht kan collega Poortman meteen doorgaan met dat onderwerp. Of hij moet hierop nog aanvullingen hebben.

De heer **Poortman**:

Nee, ik zal meteen doorgaan. Het einde van dit onderwerp ging over die uitspraak van Rutte. Dat was op 28 september 2020. Op 4 februari 2021, dus krap een halfjaar later, maakte het Red Team per openbare brief bekend dat het voorlopig geen adviezen meer zou uitbrengen. Wat was de aanleiding voor het Red Team om daartoe te besluiten?

De heer **Baidjoe**:

Alles was al gezegd, denk ik. De aanzet was er niet meer. De adviezen lagen er.

De heer **Poortman**:

Maar de crisis was nog niet voorbij.

De heer **Baidjoe**:

Nee, dat is absoluut waar. Maar alle adviezen lagen er. Alle handreikingen voor een verdere dialoog waren gedaan. Als we nu verder zouden gaan in dat duwen, als team – want als individuen hebben we dat zeker nog wel gepoogd daarna – dan zou dat alleen maar leiden tot verdere polarisatie. Dat is precies waarom we later in 2021 het Red Team formeel hebben opgeheven. Omdat we toen ook zagen dat we de adviezen hadden gegeven, dat die valide waren, maar dat er duidelijk niet veel honger naar dat soort adviezen was. De media namen het wel op, maar ik vond op een gegeven moment ook: gaat het nu om de adviezen of om de personen? Nou, dan merk je dat het soms toch wel net iets te veel over de personen gaat. Dus: laten we ermee stoppen, want nu creëren we een situatie, of dragen wij bij

aan een situatie waarin we het polarisatieveld vergroten, op een moment waarop dat niet van toepassing zou moeten zijn.

De heer **Poortman**:

Ik begrijp dat u de nadruk voor dat besluit vooral legt bij de polarisatie die die twee verschillende stromingen qua advies met zich meebrachten. Het OVV spreekt in zijn rapport over een "medische tunnelvisie" bij kabinet en OMT. Heeft dat ook meegespeeld? Heeft op een gegeven moment ook op tafel gelegen, zo van: "We moeten door, want Rutte noemt ons niet voor niets een club die hen scherp houdt"? Ik bedoel dus dat er ook een risico aan zat dat u zou stoppen met deze vorm van tegendenken?

De heer **Baidjoe**:

Nou ja, als de nadruk lag op "dat is een club die ons scherp houdt", dan had ik meer platform willen zien voor een daadwerkelijk gesprek. Dat is er niet echt geweest natuurlijk.

De heer **Poortman**:

Hoe had zo'n platform er dan uit kunnen zien?

De heer **Baidjoe**:

Precies zoals ik u net vertelde: breng die experts bij elkaar op een platform, niet alleen het Red Team maar ook andere experts die op een nuttige manier kunnen bijdragen, en laat daaruit een soort advisering rollen meer voor de lange termijn, inclusief het vroege scenariodenken, dat later in de pandemie natuurlijk op tafel kwam. Maar na elke golf lagen er weer een aantal scenario's open waaraan gewerkt had kunnen worden in een veel eerder stadium en waarbij ook de advisering wat duidelijker had kunnen zijn. Dus wat mij betreft had het er zo uit kunnen zien. Kijk, voor mij was het op een gegeven moment wel evident: oké, nu wordt er geshopt in die adviezen, heel selectief. En dat is dan precies wat je eigenlijk niet wilt, hè. Je wilt wel dat er geluisterd wordt naar adviezen, maar het is dan toch wel duidelijk dat het OMT hét orgaan is dat erover gaat. En er is dan wel advies en kritiek geleverd. Maar het mondde altijd puur en alleen uit in het feit dat je te maken had met een grote crisis, dat je ziet dat dingen niet goed lopen en je daar toch op een bepaalde manier uiting aan moet geven. Want als je dat niet doet, ben je ook niet goed bezig.

De heer **Poortman**:

Maar als het advies zich verbreedt door er gedragswetenschappers bij te betrekken, door een Blue Team en een Red Team te hebben, zit daar dan

niet altijd het risico in dat je gaat shoppen in de verschillende adviezen die je gegeven worden?

De heer **Baidjoe**:

Zeker, maar dan kun je wel heel helder zijn over de overwegingen die je daarbij maakt. Ik bedoel dat je kunt zeggen dat je naar verschillende oogpunten hebt geluisterd. Kijk, die besluitvorming hoort bij de politiek; dat is de taak van de politiek. Maar hoe je tot besluiten komt, en dat er een diversiteit aan opinies en inzichten bestaat ... Nogmaals, er is niet zo'n ding als "de" wetenschap. Ik bedoel, de wetenschap zegt nooit dat iets wit of zwart is. Daar zit dan altijd heel veel nuance in, deels ook gebouwd op eerdere ervaringen en de contacten die we hebben in informele netwerken. Dat wordt dan dusdanig opgebouwd. Ik denk dat dat in dat kader juist heel nuttig kan zijn, ook omdat het risico bestaat dat je het niet weet en je dus moet wachten tot je meer zekerheid hebt. Nou, terwijl je wacht, kun je dus ook te laat zijn.

De heer **Poortman**:

Als ik vanochtend goed naar u heb geluisterd, dan pleitte u voor een uitbreiding van het Blue Team, het OMT, maar daar zouden dan vanzelfsprekend ook gedragswetenschappers in moeten zitten. Dat was dan niet alleen een advies dat van buiten zou moeten komen, maar ook zou zijn gewaarborgd in het OMT, als ik u goed begrijp. Is het altijd nodig om daarnaast dan een Red Team te hebben in een crisis?

De heer **Baidjoe**:

Ik kan u vertellen hoe het gaat in het internationale crisismanagement. Daar werk je in een crisis ongeveer zes maanden als hoofd, en dan komt er een nieuwe, gekwalificeerde persoon boven te staan. Dat heeft inderdaad te maken met de langdurige stress die je op een persoon legt, want dit type werk is buitengewoon stressvol, maar ook met het gegeven dat crises verschillende fasen hebben, een acute fase en een langdurige fase, die we de protracted phase noemen, waarbij een diverse blik soms kan helpen. Ik denk dat dat een heel gezond patroon van rotatie is, voor als crises langer duren. Dat kennen we uit het crisismanagement. Maar je moet dan eerst heel scherp hebben wat een OMT eigenlijk wil zijn of wat het zou moeten zijn.

De heer **Poortman**:

Kunt u zich, als u dit zo zegt, daarom vinden in het oordeel van de OVV, die spreekt over een medische tunnelvisie, als u kijkt naar de respons, twee jaar lang, van het Nederlandse crisisteam in relatie tot de pandemie?

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

De heer **Baidjoe**:

Ja. Ik denk dat het zich heel erg als een biomedisch adviesteam heeft gedragen, terwijl je, als je een Outbreak Management Team bent, diversiteit in expertise moet hebben, simpelweg omdat niet alle vragen biomedisch van aard zijn. Dus niet alle vragen en verzoeken zijn biomedisch van aard. En nogmaals, dat moet je integraal in je team hebben. Dat is internationaal gewoon ook meer de norm.

De heer **Poortman**:

Uw visie is wat mij betreft helder geworden. Dank ook voor de antwoorden op dit punt.

De **voorzitter**:

Collega Mutluer, hebt u nog aanvullende vragen?

Mevrouw **Mutluer**:

Ik heb geen aanvullende vragen.

De **voorzitter**:

Ikzelf ook niet, meneer Baidjoe. Dank u wel. Hiermee zijn we ook aan het einde gekomen van dit openbare verhoor. Ik verzoek de bode om de getuige naar buiten te begeleiden.

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

De **voorzitter**:

Het volgende openbaar verhoor door de parlementaire enquêtecommissie Corona zal vanmiddag plaatsvinden om 14.00 uur met de heer Elens. Ik sluit deze vergadering.

Sluiting 12.47 uur.