

Verslag van een openbaar verhoor

De parlementaire enquêtecommissie Corona heeft op 9 september 2026 **de heer Kuipers** als getuige gehoord, die werd bijgestaan door mevrouw Verwers.

Voorzitter: De Kort
Griffier: Rijkers

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

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**:

Ik open de vergadering. Het is vandaag woensdag 9 september 2026. Aan de orde is een openbaar verhoor door de parlementaire enquêtecommissie Corona. Ik verzoek de griffier om de getuige en zijn bijstandsverlener naar binnen te leiden.

(De heer Kuipers wordt binnengeleid door de griffier.)

De **voorzitter**:

Beiden van harte welkom, de heer Kuipers natuurlijk in het bijzonder. Voordat we gaan beginnen, geef ik 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. 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 Kuipers, u bent opgeroepen als getuige. Ten tijde van de pandemie was u aanvankelijk bestuursvoorzitter van het Erasmus Medisch Centrum en

voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Aan het einde van de pandemie, in het kabinet-Rutte IV, was u ook minister van Volksgezondheid. Deze gehele week staat in het teken van reflecteren en vooruitkijken. Dat is dus ook wat we met u gaan doen in dit openbaar verhoor.

U heeft ervoor gekozen om de belofte af te leggen. Daarmee bent u gehouden 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 Kuipers de belofte af.)

De **voorzitter**:

U staat onder ede. U mag weer gaan zitten.

Voordat we gaan beginnen aan het verhoor: heeft u nog vragen aan de commissie?

De heer **Kuipers**:

Nee.

De **voorzitter**:

Dit verhoor zal worden afgenomen door de collega's Mutluer en ondergetekende. Het kan zijn dat collega Poortman een enkele aanvullende vraag stelt. We hebben veel te vragen, dus laten we beginnen. Voor het eerste onderwerp geef ik graag het woord aan collega Mutluer.

Mevrouw **Mutluer**:

Ook namens mij van harte welkom, meneer Kuipers.

De heer **Kuipers**:

Dank u wel.

Mevrouw **Mutluer**:

Mijn collega heeft zojuist uw cv tijdens de pandemie even opgenoemd. U heeft de pandemie namelijk in verschillende functies meegemaakt. U bent het grootste deel van de pandemie bestuursvoorzitter bij het Erasmus Medisch Centrum. Daarnaast bent u op enig moment voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg, dat de tien Nederlandse ziekenhuizen met een traumacentrum verbindt en ook gezamenlijke projecten coördineert. Eind maart 2020 richt u het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding op. Dat centrum zorgt ervoor dat patiënten over Nederland verspreid worden,

zodat de druk verdeeld wordt over de ziekenhuizen. In januari 2022 wordt u minister van Volksgezondheid en daarmee de opvolger van de heer De Jonge.

Wij beginnen dit verhoor met een vraag over het begin van de pandemie, toen u dus bestuursvoorzitter was bij het Erasmus Medisch Centrum. Wij zien namelijk uit ons onderzoek en uit eerdere verhoren dat eind 2019 de eerste berichten uit China over corona ons bereiken. Op 27 februari is dan ook de eerste coronabesmetting in Nederland. Ten eerste zou ik graag van u willen weten of uw ziekenhuis, het Erasmus MC, in uw beleving goed voorbereid was op de pandemie destijds.

De heer **Kuipers**:

Wij hadden, als u eerst de focus legt op het Erasmus MC, in die voorbereiding, dus ruimschoots voor die eerste besmetting – ik weet de exacte datum niet meer – een coronavoorbereidingsteam, zoals dat toen genoemd werd, geïnstalleerd. Dat coronavoorbereidingsteam was dus in het Erasmus MC – u vraagt ernaar – en in dat coronavoorbereidingsteam werd echt nadrukkelijk even gekeken of we alle protocollen hadden. We hadden in de acute zorgketen in de regio Zuidwest-Nederland zelfs in het najaar van 2019, slechts een aantal maanden voor de eerste beelden van coronabesmettingen in China dus, een hele grote en enkele weken durende oefening gedaan: een pandemioefening.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe kwam het dat u al zo ruimschoots van tevoren voorbereid was?

De heer **Kuipers**:

Laat ik allereerst even op die acute zorgketen doorgaan. U benoemde het al: we hadden elf, later door de samenvoeging in Amsterdam tien, van die acute zorgketens. Die brachten alle organisaties in de acute zorg bij elkaar, hadden daar een regionaal periodiek overleg over en waren ook verantwoordelijk voor het opleiden, trainen en oefenen. Dat betekent dat er gewoon gemonitord werd en dat er ook financiering beschikbaar was om als keten, maar ook per instelling, je oefening en je opleiding te doen. Een van die oefeningen richtte zich op tal van mogelijke oorzaken van crises. Dat kon cyber zijn, het uitvallen van een instelling, onderbreking van je energie et cetera. Een pandemie hoorde nadrukkelijk al heel lang bij een van die mogelijke risico's. Dat was dus de reden om een pandemioefening te doen in Zuidwest-Nederland, voor die regio.

Mevrouw **Mutluer**:

Waren daarmee in uw beleving meerdere ziekenhuizen voorbereid?

De heer **Kuipers**:

De oefening ging op de hele keten, duurde lang en begon, precies zoals u de daadwerkelijke situatie schetste, met eerst een soort nieuwsfeeds. In dit geval waren die natuurlijk nagemaakt. Dat waren berichten in de e-mailbox van de bestuurders, met een signaal dat er nota bene in China ... Daar was de oefening. Ik heb het niet verzonnen, maar zo was het.

Mevrouw **Mutluer**:

Wanneer was dat?

De heer **Kuipers**:

Dit was in september 2019.

Mevrouw **Mutluer**:

Dus in september 2020 gingen jullie al oefenen ...

De heer **Kuipers**:

2019.

Mevrouw **Mutluer**:

Sorry, 2019. Toen werd er al geoefend met een mogelijk virus uit China. Begrijp ik dat goed?

De heer **Kuipers**:

Ja, dat klopt.

Mevrouw **Mutluer**:

En wanneer werd het voorbereidingsteam waar u het net over had, het coronavoorbereidingsteam, opgericht?

De heer **Kuipers**:

De exacte datum weet ik niet meer, maar dat was ruim voor de eerste patiënt. Iedereen, alle burgers van Nederland, ook mensen die in de zorg werken, ziet op een gegeven moment beelden op het journaal over wat er in China gebeurt. Ik kan me beelden herinneren over hoe men daar in korte tijd een noodziekenhuis realiseerde. Dat soort beelden zagen we. Op een gegeven moment kwamen ook de eerste beelden uit Italië. Ergens in die periode hebben wij, in ieder geval voor het Erasmus MC, een

coronavoorbereidingsteam ingericht, dat als taak had om alle protocollen even opnieuw tegen het licht te houden, maar dat zich bijvoorbeeld ook de vraag moest stellen: hebben wij voldoende voorraden? Dat heeft er in het Erasmus MC toe geleid dat wij onze voorraden voor beschermingsmiddelen, mondkapjes, spatbrillen, maskers, schorten et cetera, enorm hebben uitgebreid.

Mevrouw **Mutluer**:

Was u daarmee beter voorbereid dan het kabinet destijds?

De heer **Kuipers**:

Dat weet ik niet. Ik zat niet in het kabinet. Dat durf ik niet te zeggen. Dat laat ik aan u over. Wat ik wel weet ... Dit klinkt allemaal prachtig. Ik heb later ook weleens gezegd dat ik vervolgens verzuimd heb om dit signaal af te geven aan alle collega's in de regio en landelijk.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat de collega's ...

De heer **Kuipers**:

Om tegen het licht te houden wat wij doen en te zeggen: doe daarmee wat je zelf wil. Iedere organisatie is immers verantwoordelijk voor het eigen reilen en zeilen, maar het is misschien aardig om te delen wat wij doen. Dat heb ik niet gedaan.

Mevrouw **Mutluer**:

Wanneer kreeg u door dat corona naar Nederland zou komen?

De heer **Kuipers**:

Ik kan mij herinneren dat ik op een gegeven moment, in de dagen voordat de eerste patiënt werd gedetecteerd, de vraag kreeg tijdens, volgens mij, de talkshow van Eva Jinek of dit ook naar Nederland komt. Toen heb ik gezegd: ja, dit komt zeker ook naar Nederland. Het was ondertussen immers al in België, Frankrijk en Duitsland. De Nederlandse grenzen houden zo'n virus niet tegen. Op het moment dat het virus vanuit China naar Europa komt, weet je dat de kans reëel is dat het zich verder verspreidt via ons vliegverkeer, internationale connecties et cetera.

Mevrouw **Mutluer**:

De eerste patiënten werden gedetecteerd. Was dat voor u het moment dat u dacht: dit kan best ernstig zijn?

De heer **Kuipers**:

Dat klopt. Wij wisten overigens ook dat er al heel veel besmettingen moesten zijn op het moment dat je een eerste patiënt met een ernstige ziekte diagnosticeert in een ziekenhuis. Dat werd later ook bevestigd. We hebben de eerste patiënt gehad op 27 februari. Op 9 maart kwam de voorzitter van de ROAZ-regio uit Brabant, Bart Berden, met de resultaten van een onderzoek, waarin hij en de ziekenhuisbestuurder van het Amphiaziekenhuis in Breda 1.000 eigen medewerkers hadden getest op covid. Uit een gewone steekproef bleek toen dat ongeveer 5% tot 7% van de mensen positief was en dat daar ook nogal wat mensen bij waren met opvallend weinig of geen klachten. Dat was dus ook al een indicatie dat die verspreiding al vrij breed was. Ik zou nog een detail willen noemen. U weet dat de eerste patiënt op 27 februari en de tweede patiënt op 28 februari werden vastgesteld. De dag daarna kreeg het Erasmus MC twee patiënten doorverwezen, die elders al zes dagen op een ic hadden gelegen met een onbegrepen longontsteking. Bij hun aankomst in het Erasmus MC zijn zij door de intensive care en door infectieartsen getest. Zij bleken allebei coronapositief te zijn. Dit betekende ook dat je kon terugredeneren dat ze nog veel eerder besmet moeten zijn geweest als ze elders al een week op de ic hadden gelegen. Waarschijnlijk zijn die mensen dus al rond 7 februari besmet geraakt.

Mevrouw **Mutluer**:

Had u dat eerder kunnen, of moeten, weten?

De heer **Kuipers**:

Ehm ... Dit gebeurde ontzettend snel. Het overkwam ons. Wij hebben in een ziekenhuis een coronavoorbereidingsteam – dat klinkt prachtig – maar ik verzuim vervolgens om dat even met de collega's te delen. Dat gebeurde ook onder de noemer van hoe we de zorg hadden ingericht, namelijk dat eenieder zelf verantwoordelijk is. Moeten we het dan eerder weten? Je houdt er sterk rekening mee dat het komt en dat het ook gebeurt. Je weet ook dat er al heel veel onder de radar aan de gang is op het moment dat je alleen maar vaart op het monitoren van het aantal patiënten dat in het ziekenhuis terechtkomt.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar u geeft net aan dat de ernst van de situatie u al eerder bekend was. Heeft u die zorgen wellicht niet met andere ziekenhuizen gedeeld? Heeft u die zorgen wel gedeeld met, bijvoorbeeld, de minister destijds, de heer Bruins?

De heer **Kuipers**:

We praten over de eerste patiënt op 27 februari. Wij hebben de resultaten van die metingen uit Brabant, die op 9 maart naar buiten kwamen, op 10 maart gedeeld in een overleg met VWS.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik had het over de zorgen die u eerder had, dus voor 9 maart. Heeft u die zorgen gedeeld met de heer Bruins?

De heer **Kuipers**:

Nee. Wij hebben niet eerder een overleg met de heer Bruins gehad.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat moest er in uw beleving op dat moment bij het ministerie van Volksgezondheid gebeuren?

De heer **Kuipers**:

Dat is een lastige vraag, waar ik geen antwoord op kan geven. Ik denk dat we op zich allemaal in onze eigen situatie bezig waren met naar de beelden kijken én inschatten wat de kans was dat het bij ons kwam en of we daarop voorbereid waren. Als je de vraag even iets anders ziet ... Mijn verantwoordelijkheid lag bij het Erasmus MC, een ROAZ-regio en het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Als we even kijken naar de voorbereiding in die situatie, kan ik het volgende zeggen. In brede zin hebben we in de zorg in Nederland, ook in de acute zorg, uitstekende mensen, instellingen, beroepsverenigingen en brancheverenigingen. Die hebben op het moment dat de nood daar was, ook allemaal daar gestaan, de mouwen opgestroopt en er hand in hand aan gewerkt, op een fenomenale manier. Dat gebeurde. We hadden ook onze acutezorgketens en het opleiden, trainen en oefenen. Dat klinkt allemaal heel mooi en het was ook heel goed. Tegelijkertijd, als we keken naar de voorbereiding – ik zoom eerst even in op de individuele instellingen – zagen we dat er op het moment dat corona kwam al in een hele vroege fase een tekort was aan bepaalde cruciale geneesmiddelen. Er was bijvoorbeeld al heel vroeg een tekort aan bepaalde geneesmiddelen die je nodig hebt voor de langdurige beademing van patiënten.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat deed u met die signalen en de constatering die u deed daaromtrent?

De heer **Kuipers**:

Daarvoor hebben we, met veel dank aan de apothekers, het volgende

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

gedaan. Landelijk zijn de apothekers bij elkaar gebracht. Om te beginnen hebben zij een inventarisatie gedaan van de voorraden. Die hebben ze verdeeld tussen de verschillende instellingen. Ook hebben ze gekeken naar protocollen voor alternatief gebruik.

Mevrouw **Mutluer**:

Over welke periode hebben we het dan? Is dat nog steeds begin januari?

De heer **Kuipers**:

Nee, dan hebben we het allemaal over begin maart.

Mevrouw **Mutluer**:

Oké. Ik wil terug naar januari. U ontvangt de signalen. U zegt geen contact te hebben gehad met de heer Bruins. Heeft u wel contact gehad met VWS over de ernst van de situatie die u toen zag?

De heer **Kuipers**:

Het overleg tussen het Landelijk Netwerk Acute Zorg en VWS was regulier. Je kijkt van beide kanten naar beelden en houdt er rekening mee dat het naar Nederland kan komen. Op dat moment was er, voor zover ik me kan herinneren, geen uitspraak van: ik maak me ernstig zorgen over. Overigens, om het maar even in te vullen – maar dat is meer een persoonlijke reflectie – heb ik altijd een hekel aan "ik maak me ernstig zorgen over". De vraag is veel meer: wat doe je eraan in je eigen positie?

Mevrouw **Mutluer**:

Was het ministerie op dat moment voldoende toegerust op een mogelijke pandemie die ernstige vormen kon aannemen? Dan hebben we het echt nog steeds over de eerste fase.

De heer **Kuipers**:

Ik had geen enkele reden om daaraan te twijfelen.

Mevrouw **Mutluer**:

We hebben hier ook de heer Bruins gehad. Hij heeft op 24 januari een Kamerbrief richting de Kamer gestuurd. Daarin stond dat het ministerie goed voorbereid was. Hij verwees naar het beschikbaar zijn van een crisisstructuur en crisishandboeken. Hij verwees toen ook naar het goed volgen van de consequenties van de pandemie vanuit China in de richting van Nederland. Vond u dat ook? Zag u dat ook?

De heer **Kuipers**:

Ehm ... U vraagt mij nu wat ik op dat moment van VWS, van het handelen van VWS of van een Kamerbrief vond. Nogmaals, ik had geen enkele reden om te twijfelen aan datgene wat er in een Kamerbrief stond en aan de voorbereidingen waar men bij VWS mee bezig was.

Mevrouw **Mutluer**:

Het gaat mij niet om de Kamerbrief en wat daarin staat. U bent op dat moment bestuursvoorzitter bij het Erasmus Medisch Centrum en voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. U bent in contact met VWS. Het enige wat ik wil weten, is: vond u dat het ministerie op dat moment – dan hebben we het over de beginfase van de pandemie – voldoende toegerust was om de pandemie goed aan te kunnen?

De heer **Kuipers**:

Als ik mij even probeer te verplaatsen in de periode van toen en de mening van toen, dan is het korte antwoord op uw vraag: ja.

Mevrouw **Mutluer**:

U gaat vanaf het begin van de pandemie, zo zien wij ook, vanuit het Erasmus MC persconferenties geven over de situatie in de zorg. Is het niet bijzonder dat u als bestuursvoorzitter en voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg dan persconferenties geeft?

De heer **Kuipers**:

Zeker, dat is heel bijzonder.

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom deed u het dan?

De heer **Kuipers**:

Het was, als we even weer naar dezelfde periode kijken, al vroeg duidelijk – dan praten we over de periode rond 15, 16 en 17 maart – dat er na de eerste, initiële patiënten met name in Oost-Brabant en Noord-Limburg een exponentiële stijging van het aantal ernstig zieke patiënten was. Er waren beelden van ambulances die in rijen voor een spoedeisende hulp stonden. Er waren beelden van spoedeisendehulpartsen die zeiden: we kunnen het eigenlijk niet aan. Dat was ook een moment waarop individuele ziekenhuizen, na overleg in het ROAZ Brabant, partnerziekenhuizen elders opzochten. Ik kan me herinneren dat een van die partnerziekenhuizen het Isalaziekenhuis in Zwolle was. Daar stuurden ze dus patiënten naartoe. Maar

ook die ziekenhuizen zeiden al snel: dit is zo'n constante stroom dat we helemaal vastlopen. Dat leidde ertoe dat op 20 maart – het was op een vrijdagavond – er op verzoek van Hugo de Jonge een onlineoverleg over de situatie was met Hugo de Jonge, een aantal van zijn ambtenaren en mij. De letterlijke vraag van Hugo de Jonge was: "Dit gaat niet goed. Er moet wat aan gebeuren." Toen heb ik gezegd: "Ik deel die overwegingen helemaal. Ik denk dat we gewoon een landelijk coördinatiecentrum moeten opzetten voor het spreiden van patiënten."

Mevrouw **Mutluer**:

Ik heb het over waarom u het belangrijk vond om zelf ...

De heer **Kuipers**:

Zeker. Ik ben uw vraag niet vergeten. Als u me toestaat om even de inleiding af te maken, want dat helpt wel ...

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil daar namelijk straks met u nader op ingaan.

De heer **Kuipers**:

Oké, prima.

Mevrouw **Mutluer**:

Het is een belangrijk onderwerp, maar ik was nog even benieuwd naar de reden waarom u vanuit uw rol – dat was geen politieke rol: u was op dat moment voorzitter van zowel het ziekenhuis als het Landelijk Netwerk – uiteindelijk besloot om de persconferenties te geven. Wat was daar de aanleiding voor?

De heer **Kuipers**:

De aanleiding was heel eenvoudig. Op het moment dat we het landelijk centrum oprichtten, was er begrijpelijkerwijs ongelofelijk veel aandacht van de pers, de hele dag door. Ik was dus bezig met het Erasmus MC én het ROAZ én het Landelijk Netwerk Acute Zorg én een landelijk coördinatiecentrum én de hele dag door persvragen. Ik vond het belangrijk om verhaal te doen over waar wij precies mee bezig waren. Immers, in zo'n acute crisis raakte dit eigenlijk iedereen. Ik vind het dus volstrekt logisch dat je daar ook zo transparant mogelijk over bent en communiceert. Maar de hele dag door, dat gaat gewoon niet naast alle andere dingen. Ik had op dat moment een uitstekende nieuwe directeur communicatie. Die heeft contact opgenomen met de NOS en gezegd: "Kunnen we dit op één vast moment op

de dag doen, met alle pers? Iedereen kan komen. Dan doen we het gewoon één keer een halfuur. Dat doen we dagelijks. Daarna kijken we wel hoe het gaat." Zo is dat ingericht. Dat hielp mij met de hele dag bezig zijn met de dingen waarmee ik me echt bezig moest houden, maar ook iedere dag even communiceren wat we deden.

Mevrouw **Mutluer**:

Miste u op dat moment perspectief in de persconferenties van het kabinet?

De heer **Kuipers**:

Of ik dat miste? Nee, dat miste ik niet. Het was ook heel duidelijk voor mij dat die persconferentie moest gaan over wat er gebeurde met de aantallen patiënten, wat we precies deden met het spreiden van patiënten, hoe we opschaalden en wat dit betekende voor de reguliere zorg. Het ging dus echt puur en alleen om het perspectief vanuit de zorg.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik begrijp dat u de persvragen die u kreeg, op dat moment even wilde stroomlijnen. De persconferenties die we hebben gezien, gingen vooral over de druk op de zorg, de verwachting voor de komende periode, de beschikbare capaciteit en de uitgestelde zorg. Heeft u dit soort persconferenties ook voorbereid met het kabinet?

De heer **Kuipers**:

Nee, die persconferenties werden niet voorbereid met het kabinet.

Mevrouw **Mutluer**:

Heeft u ze wel gesproken over de inhoud en de toon ervan?

De heer **Kuipers**:

Natuurlijk was er ... Kijk, ik ging al heel vroeg in ... Ook dat zit allemaal in uw materiaal. Zo gauw we dit centrum oprichtten, eigenlijk vanaf het allereerste begin en vervolgens bijna twee jaar lang, was er om te beginnen, in ieder geval via de app, dagelijks contact met de eerstverantwoordelijke minister. Dat was eerst Martin van Rijn, toen Tamara van Ark en later Hugo de Jonge. Bijna twee jaar lang werd er iedere dag rond 12.00 uur een appje verstuurd met heel sec een update over de aantallen patiënten met covid in het ziekenhuis, de aantallen patiënten op de ic, de aantallen patiënten die opgenomen waren in de afgelopen 24 uur, de aantallen patiënten die verspreid waren en de aantallen patiënten die eventueel in het buitenland lagen. Het klinkt bijna technocratisch. Het ging iedere dag, op verzoek van

de minister, naar de minister, naar Marjolijn Sonnemaa, die u gesproken hebt, en naar Ronnie van Diemen, als hoofd van de inspectie. Dat is wat er gebeurde. Soms was daar vervolgens, telefonisch of via de app, verder contact over in de trant van "wat verwacht je?", "welke beweging heeft het?" et cetera.

Mevrouw **Mutluer**:

Begrijp ik het goed dat u daarmee een zeer belangrijke functie had tijdens de pandemie? De inhoud was bij u vrij helder en duidelijk, als ik u begrijp.

De heer **Kuipers**:

Ja, ik denk dat de inhoud in de volgende zin helder was. Het was voor mij en mijn collega's duidelijk ... Dit deed ik niet alleen. Dit deed ik om te beginnen met negen andere regionale zorgketenvoorzitters en vervolgens met heel veel andere mensen. Voor hen en voor mij was de inhoud heel duidelijk. Ik vond het ook heel belangrijk om daarover te communiceren. Ik heb overigens later weleens op verschillende gelegenheden ... Je hebt natuurlijk ook in het buitenland je collega's en je netwerken. Dan vergelijk je regelmatig: hoe ging dat bij jullie? Dan merkte ik wel dat er op sommige plekken echt behoefte was geweest aan heldere communicatie, niet politiek, vanuit de zorg, zo van: wat gebeurt er precies en waar zijn jullie mee bezig?

Mevrouw **Mutluer**:

Daarom mijn eerdere vraag: miste u dat perspectief in de persconferenties van het kabinet, waardoor u zich genoodzaakt voelde om op dat moment die persconferenties daaromtrent te geven?

De heer **Kuipers**:

Nee. De reden om die persconferenties te geven had niets te maken met de aard en de inhoud van de persconferenties van het kabinet. Het kabinet regeert, bestuurt. Het heeft een hele andere functie. Alleen, ik kreeg vragen over de zorg en waar we mee bezig waren. Ik denk dat het heel onverstandig zou zijn geweest – het is ook niet de aard van het beestje – om dan vervolgens te zeggen: sorry, daar ben ik even niet van; we zijn wel met van alles bezig, maar ik ga u er niks over vertellen.

Mevrouw **Mutluer**:

Om het beter te begrijpen: werden de inhoudelijke punten die ik net noemde, dus de zorg, de verwachting voor de komende periode, de beschikbare capaciteit en de uitgestelde zorg, gedeeld met het ministerie voordat die persconferenties plaatsvonden? Of werd dat naderhand gedaan?

De heer **Kuipers**:

Zoals ik zei, deelde ik wat ik deelde iedere dag, ook in de periode dat het rustig was. Ik hield er weleens een enkele keer mee op, in een zomer. Ik kan me herinneren dat ik in de zomer van 2020 op een gegeven moment dacht: nu is het heel rustig, dus ik hou er maar eens gewoon mee op. Dan kreeg ik in mijn herinnering, zeg ik zonder dat ik het weer teruggezien heb, al heel snel een appje van: waar blijven je getallen?

Mevrouw **Mutluer**:

Dat was vóór de persconferenties?

De heer **Kuipers**:

Het delen deed ik altijd tussen de middag. Dat was altijd vóór het persmoment van die dag. Het persmoment was meestal ergens in het begin van of midden op de middag.

Mevrouw **Mutluer**:

Kreeg u vóór de persconferenties, na het delen van de informatie, ook vragen of opmerkingen over de toon dan wel de inhoud?

De heer **Kuipers**:

Nee, niet over de toon of de inhoud. Soms kreeg ik wel bijvoorbeeld een verduidelijkende vraag ...

Mevrouw **Mutluer**:

Kunt u daar een voorbeeld van geven?

De heer **Kuipers**:

... of een meer kwalificerende opmerking, zoals: "Gaat de goede kant op." Ik heb die appjes allemaal weer teruggelezen. Het ging om die trant opmerkingen. Of het was: "Zorgelijk."

Mevrouw **Mutluer**:

Zag u datgene wat u zelf had ingebracht terug, schriftelijk dan wel mondeling bij de persconferenties?

De heer **Kuipers**:

Voor de duidelijkheid: ik bracht niet iets in waarbij het verzoek was om dat in de persconferentie te noemen. Dat was mijn rol ook helemaal niet. Ik ga niet over de persconferenties van het kabinet en de inbreng van Hugo de Jonge of Mark Rutte. Die inbreng gaf ik helemaal niet. Wel merkte ik dat

dingen die ze hoorden wel degelijk ... Heel veel mensen zijn bijvoorbeeld wezen kijken bij het LCPS. Ik noem Mark Rutte, Hugo de Jonge, de koning, de Commandant der Strijdkrachten, Kamerleden en anderen. Ze kwamen kijken om gewoon te begrijpen wat er nou precies gebeurde. Ik merkte wel dat het vervolgens terugkwam in een persconferentie, in een Kamerdebat of in iets anders.

Mevrouw **Mutluer**:

Helder. Dank u wel.

De heer **Kuipers**:

Graag gedaan.

De **voorzitter**:

Collega Poortman, heeft u nog aanvullingen?

De heer **Poortman**:

Ja, die heb ik. Ze gaan om het punt van het begin van de pandemie. Ik werd getriggerd door wat u zei: u heeft een voorbereidingsgroep ingericht. Ik ben benieuwd naar de houding waarvanuit u dat heeft gedaan. Deed u dat vanuit een idee: baat het niet, dan schaadt het niet? Even om het te schetsen. Of vond u de situatie ook daadwerkelijk heel alarmerend?

De heer **Kuipers**:

Dat laatste. Ehm ... Natuurlijk ... De situatie was ook zo dat ... Er waren ontzettend veel punten – ik noemde er al een aantal – waarop wij overall, in de breedte, goed voorbereid waren, maar dat was ook op onderdelen absoluut niet zo. Ik noemde een tekort aan medicijnen. Er was ook al heel snel een tekort aan beademingsapparatuur. Ik kwam er op een gegeven moment vroeg in de coronacrisis achter dat er bijvoorbeeld van de beschikbare ic-bedden niet in ieder ziekenhuis bij ieder ic-bed een beademingsapparaat aanwezig was.

De heer **Poortman**:

Dus u zegt: alarmerend in de zin van de ernst van het virus, maar ook de staat van de voorbereiding in Nederland.

De heer **Kuipers**:

Ja, en wat betreft dat laatste: daar kwamen we vooral achter in het begin van de coronaperiode. Het meest evident ... Over die medicijnen is niet zo veel gezegd en geschreven. Dat is gelukkig door de inzet van apothekers

opgelost. Die beademingsapparatuur was echt een probleem. We hebben toen bij een bekende Nederlandse multinational een grote order uitgezet, samen met VWS, voor heel veel extra beademingsapparaten. De multinational wilde ook enorm helpen, maar het bleek dat die apparaten gefabriceerd werden in een fabriek in de Verenigde Staten en dat de Verenigde Staten een exportblokkade hadden op deze apparaten. Dat betekende dat we gingen zoeken bij skillslabs; overal en alles. Er is een team geweest van studenten van de Technische Universiteit Delft dat in no time beademingsapparaten ging maken.

Het meest in het zicht – daar heeft iedereen het wel uitgebreid over gehad – was het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Ik heb teruggezien dat we al 9 maart – toen waren er nog maar in beperkte aantallen patiënten in de ziekenhuizen – een overleg met VWS hebben gehad vanuit het Landelijk Netwerk Acute Zorg over de tekorten aan beschermingsmiddelen. Dat was op zich natuurlijk heel bijzonder, maar veel partijen hadden die niet in huis. Ook een OVV-rapport heeft daar wat over gezegd. Ik deel heel veel conclusies van dat rapport. Alleen, op dit punt gingen ze aan één heel belangrijk deel voorbij, en als we vooruitkijken is dit een belangrijke les voor de toekomst: wij hebben de zorg in Nederland om allerlei redenen zo ingericht dat iedere individuele organisatie – we hebben er meer dan 45.000 – integraal verantwoordelijk is voor het reilen en zeilen van de eigen instelling, in principe ook in crisistijd.

De heer **Poortman**:

We komen daar met u op terug. Ik ben nu benieuwd naar het volgende. U noemt het alarmerend. In het begin van onze verhoorcyclus kwam sterk naar voren dat er een heel verschillend besef van urgentie was. U noemt het alarmerend. Dat werd toen niet door iedereen zo gezien. Ik denk dat de geschiedenis de mensen die het alarmerend vonden, gelijk heeft gegeven. Bij wie kon ...

De heer **Kuipers**:

We hadden liever gehad dat het niet zo was, hè?

De heer **Poortman**:

Dat begrijp ik ook. U had het over de voorbereiding, maar daar wil ik niet naartoe. Op welke punten heeft u met mensen contact gezocht over het alarmerende van deze situatie? Bij wie kon u dit kwijt of bij wie probeerde u dit kwijt te kunnen?

De heer **Kuipers**:

We hebben onder andere contact gehad, al vroeg, met toch heel grof, bij de eerste getallen, de eerste cijfers ... Uit China kregen we heel weinig informatie. Iedereen ziet tv-beelden et cetera, maar over precieze aantallen patiënten en hoe ziekmakend dat virus dan precies is ... Welk deel van de groep mensen die ziekenhuishulp nodig hebben, komt op een intensive care terecht en heeft bijvoorbeeld beademing nodig? Hoelang duurt die beademing dan? Zijn er eventueel ook medicamenten? Op allemaal van dat soort heel basale vragen kregen we geen antwoord, niemand, ook de Wereldgezondheidsorganisatie niet. Op het moment dat het virus oversprong naar Italië, kregen wij wel vrij vroeg vanuit Italië, van Italiaanse collega's, informatie over inschattingen van het percentage mensen dat na besmetting in een ziekenhuis kwam en hoelang het duurde tussen een besmetting en een eventuele ziekenhuisopname. We hoorden ook welk percentage van de mensen daarvan vervolgens op een ic kwam.

Dan kom ik bij uw vraag. Iedereen weet: het zal vast niet precies kloppen, maar dit is het enige wat we nu hebben, dus laten we daarmee rekenen. Heel vroeg hebben we gezamenlijk, het Landelijk Netwerk Acute Zorg, berekeningen gemaakt van wat het zou kunnen betekenen voor aantallen patiënten die ziekenhuishulp en ic-hulp nodig hadden in Nederland. De eerste getallen ten aanzien van ic-patiënten kwamen uit op 2.500 of meer. Normaal hebben we operationeel in de orde van 900 ic-bedden, normaal, met op papier een aantal van 1.050 bedden. 2.500 was dus veel meer dan wij aan zouden kunnen. Die berekening hadden wij al en die hebben wij al vroeg in overleg met VWS gedeeld.

De heer **Poortman**:

Met wie binnen VWS heeft u dat gedeeld?

De heer **Kuipers**:

Daar vraagt u me wat. Een van de mensen was een senior ambtenaar vanuit VWS met wie wij altijd contact hadden, maar welke mensen precies aanwezig waren, kon ik ook in de notulen niet meer terugvinden.

De heer **Poortman**:

Was de minister op de hoogte van deze getallen en uw berekeningen?

De heer **Kuipers**:

Ik ga ervan uit dat de minister daarvan op de hoogte was, maar dat kan ik niet bevestigen. Dat zult u aan VWS moeten vragen.

De heer **Poortman**:

Heeft u dit niet rechtstreeks met de minister gedeeld? Is dit via VWS gegaan?

De heer **Kuipers**:

Dit is via VWS gegaan, ja.

De heer **Poortman**:

Dus u kunt niet bevestigen of de minister inderdaad op de hoogte was van deze ...

De heer **Kuipers**:

Nee. Misschien mag ik even het volgende als kanttekening schetsen, ook met het vooruitkijken in gedachten. U zei zojuist: baat het niet, dan schaadt het niet. Ik zeg niet dat ik dat zo vind, maar je zou in zo'n situatie ook andersom kunnen redeneren. Je zou ook kunnen zeggen: "We gaan heel veel onrust zaaien. Hoe zeker ben je hier nu eigenlijk over? Wat betekent dat dan precies? Moet ik dan al wat doen? En als er dan vervolgens niks gebeurt, wat zou dan in een volgende situatie het draagvlak zijn?" Die redematies kun je ook allemaal opzetten.

De heer **Poortman**:

Maar dat is ook richting de samenleving. Had u het gevoel dat binnen VWS uw urgentie wel binnenkwam?

De heer **Kuipers**:

Dat gevoel heb ik wel, ja. Dat gevoel heb ik absoluut.

De heer **Poortman**:

Waar bleek dat uit?

De heer **Kuipers**:

Uit de manier waarop men bereid was om bij het eerste signaal van "kunnen wij langskomen?" direct ja te zeggen, en dan niet op een afspraak voor de volgende week, maar meteen alles te bespreken en ook echt door te akkeren: wat zou dit betekenen? Wat kunnen we daaraan doen? Wat zijn dan de termijnen? Dat soort gesprekken.

De heer **Poortman**:

Helder. Dan heb ik verder op dit punt geen vragen. U heeft dat duidelijk gemaakt. Dank u.

De **voorzitter**:

Dan wil ik met u naar het volgende onderwerp, meneer Kuipers. U bracht het zojuist ook zelf al even ter sprake: het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding. Vanaf nu zal ik dat "het coördinatiecentrum" noemen; dat is iets korter.

De heer **Kuipers**:

Het LCPS, werd dat.

De **voorzitter**:

Het LCPS. Prima; dat is ook een heldere afkorting. Op 30 maart 2020 is het opgericht door u en ook geformaliseerd door de minister voor Medische Zorg, de heer Van Rijn.

De heer **Kuipers**:

Het is opgericht op 21 maart.

De **voorzitter**:

En op 30 maart geformaliseerd door de minister, toch?

De heer **Kuipers**:

Op 21 maart zijn we van start gegaan, op een zaterdag.

De **voorzitter**:

Oké. Uit ons onderzoek komt naar voren dat het door de heer Van Rijn op 30 maart vanuit het kabinet geformaliseerd is.

De heer **Kuipers**:

Het is bijna geneuzel, maar het ging in die tijd allemaal zo snel, dus het helpt om de data goed hebben. Ik heb op vrijdagavond 20 maart overleg gehad met Hugo de Jonge. We zijn de volgende ochtend, op zaterdag, begonnen. Als we het over berichten en communicatie met de pers hebben: we hebben op zondag 22 maart ons eerste bericht uitgedaan. Dat was vooral gericht op alle partijen in de zorg. We waren dus al van start. Wat dan later de formele benoeming was door minister Van Rijn, dat ...

De **voorzitter**:

Het is sowieso geen geneuzel. Alleen al voor de geschiedschrijving is het relevant. Het initiatief kwam van u, ook na dat overleg. Het is goed dat dat hier ook even is vastgesteld. Maar ik wil vooral naar de patiëntenspreiding, want gedurende de pandemie liepen de ic-afdelingen van verschillende

ziekenhuizen vol met coronapatiënten. Er moest patiëntenspreiding plaatsvinden. Waarom was het nodig om het LCPS op te richten?

De heer **Kuipers**:

Om te beginnen sloten de ontwikkelingen aan bij de alarmerende inschattingen die wij eerder gemaakt hadden. Met andere woorden, wij verwachtten dat dit niet bij 100 of 200 ic-patiënten en 400-500 klinische ziekenhuispatiënten zou blijven, maar dat de aantallen veel groter zouden worden. We zagen ook dat de druk heel erg onevenredig verspreid was. Dat is overigens later, tijdens twee jaar corona, heel vaak zo gebleven. Er was altijd wel ergens in Nederland een plek waar op dat moment meer besmettingen en meer druk op de zorg waren dan ergens anders. Alle regio's zijn wat dat betreft op enig moment een brandhaard geweest, ook al was dat naar de buitenwereld niet altijd even duidelijk, met als enige uitzondering de regio Noordoost-Nederland. Alle andere regio's zijn op enig moment de brandhaard geweest.

We wisten: dit gaat hoog oplopen. Of "wisten"? We namen aan: dit gaat echt hoog oplopen. Het zat op dat moment heel duidelijk in een piek, en wel in een dusdanige piek dat de centra in Oost-Brabant en Noord-Limburg het gewoon niet aankonden. Dat betekent dat als je daar wat aan wilt doen, je ervoor moet zorgen dat je maximaal spreidt en dat je zodanig spreidt dat je ook alle individuele centra in staat stelt om de reguliere zorg zo veel mogelijk door te zetten. Je moet dus de optimale combinatie maken tussen geen covidpatiënt onverzorgd laten maar ook alle reguliere zorg zo veel mogelijk doorzetten en dat continu doen. Ook dat was direct de inzet, en dat dan ook combineren met proberen zo nauwkeurig mogelijk te voorspellen: waar gaan we naartoe? Wat moeten we verwachten in de komende week en de komende twee weken? Wat vraagt dat dan van alle regio's en dus ook van alle individuele centra ten aanzien van opschalen of, later, afschalen?

De **voorzitter**:

Welk gat zou het LCPS dan opvullen?

De heer **Kuipers**:

De combinatie. Wat het LCPS deed, en zo is het ook in de allereerste berichtgeving naar buiten, in dat weekend van 21-22 maart, al gezegd: "Wij zullen zorgen voor inventarisatie. Hoeveel patiënten, welke capaciteit en waar? We zullen zorgen voor de modellering, de berekeningen vooruit. We zullen zorgen voor gecoördineerde opschaling en we zullen zorgen voor optimale spreiding." Optimale spreiding betekent naar rato van capaciteit

naar alle regio's. Ik hecht eraan om dat ook hier te zeggen: complimenten aan al die regio's die dat twee jaar lang consequent hebben volgehouden, continu. Als je kijkt naar bezettingscijfers tijdens de activiteit van het LCPS, zie je in de tijd continu een evenredige bezetting binnen een bandbreedte van ongeveer 10% van covidpatiënten in alle regio's in Nederland.

De **voorzitter**:

U deelt complimenten uit. Kan ik daaruit opmaken dat het LCPS ook geslaagd is in zijn taak of in zijn opdracht?

De heer **Kuipers**:

Dat laat ik graag aan anderen, maar als u het mij vraagt, is het antwoord ja. Ik heb een ontzettende bias, zeg ik met een grijns.

De **voorzitter**:

Wat waren de grootste uitdagingen voor het LCPS?

De heer **Kuipers**:

De uitdagingen waren heel groot. De eerste acute uitdaging was gewoon al in het eerste weekend en de eerste week: hoe krijgen wij de enorme golf nu al verspreid, terwijl we eigenlijk het ICT-systeem et cetera nog niet hebben? Dat betekende letterlijk het hele land rondbellen voor capaciteit en voor het coördineren van patiëntenvervoer et cetera. Even voor uw idee, want dat geeft een idee over hoe dat dan ging: in die eerste paar dagen hebben wij 685 patiënten, met name uit Oost-Brabant en Noord-Limburg, verspreid naar elders, waarvan ongeveer 285 ic-patiënten. Als u zich alleen al voorstelt wat dat betekent heeft voor de ambulancediensten die moesten rijden naar Groningen, naar Alkmaar en overal naartoe: dat geeft een idee van de inspanning in de eerste dagen.

De tweede was om te zorgen dat we een ICT-systeem opzetten waarbij we in plaats van al dat gebel gewoon realtime continu inzicht hadden in alle capaciteit en in alle aantallen patiënten in heel Nederland. Ik heb destijds in het telefoongesprek met Hugo de Jonge op die vrijdagavond gezegd: "Als we dit opzetten, dan heb ik je hulp nodig." Dat gaat niet over geld; daar hebben we het niet over gehad. "Ik heb hulp nodig van Defensie, puur vanuit de redenatie dat zij ervaring hebben met het opzetten van dit soort centra." Daar hebben we ook fantastische hulp van gekregen.

De **voorzitter**:

Operationele hulp.

De heer **Kuipers**:

Operationele hulp.

De **voorzitter**:

"Die vrijdag" is vrijdag 20 maart?

De heer **Kuipers**:

Ja. De volgende ochtend was Defensie er. "Ik heb hulp nodig van een aantal mensen om ICT-systemen aan elkaar te verbinden. Ik heb mensen nodig die kunnen modelleren. De rest aan triagemensen kunnen we zelf organiseren." In follow-up op de vraag: we konden het ons niet veroorloven om eerst maar eens wat op te zetten en dan proef te draaien en te zeggen "over twee weken gaan we de eerste patiëntintake doen en dan gaan we verspreiden". Het moest direct. Tegelijkertijd moest er een ICT-systeem opgezet worden. Ook dat is heel snel gebeurd. Daarmee hadden we dus continu realtime inzicht. Dat was ook de basis voor bijvoorbeeld de getallen in de appjes aan de minister. We moesten een goede inventarisatie doen van wat normaal gesproken de beschikbare capaciteit is in elk centrum en in elke regio, en we moesten daarmee ook afspraken maken over: wat betekent dat dan als je 20% of 50% of 100% moet opschalen? Wat verwachten we dan van iedereen? Dat was de volgende stap. Nog een volgende stap – ook die kwam heel snel – was het modelleren: wat hebben we dan nodig? U noemde zonet de datum van 30 maart. We hadden op 30 maart al gewoon predicties liggen: wat verwachten we dan nodig te hebben op 7 april en op 15 april?

De **voorzitter**:

We gaan dadelijk nog verder door op het modelleren. Hoe zat het met de doorzettingsmacht van het LCPS?

De heer **Kuipers**:

Haha. Ik moet nu lachen, omdat ik altijd de "beddenbaas" werd genoemd. Ik geloof dat een Telegraafjournalist er ooit mee begon. Dan zei ik altijd met een hele brede grijns: de beddenbaas gaat helemaal nergens over. Opnieuw, als u kijkt ... De vraag was zonet al enigszins van: hoe waren wij nou voorbereid? We hadden de ROAZ-regio's en we hadden – dat bestond al meer dan twintig jaar – de ROAZ-voorzitters. Als je echt kijkt naar de structuur ... Ik kijk ook naar de wettelijke structuur en de regels die eronder lagen. Je zag dat de structuur eigenlijk vrij dun was. Er was een opdracht aan de traumacentra – u noemde dat ook – om een ROAZ-overleg te organiseren. Ik sla het een beetje plat, maar dat was het dan ook. Er stond eigenlijk ontzettend weinig op papier over de precieze samenstelling van het

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

ROAZ, de precieze opdracht voor de deelnemers en voor de voorzitter en het eventuele mandaat van de voorzitter. Er is enige correctie gedaan in een AMvB in het kader van de aanloop naar de Wkkgz. Die AMvB werd van kracht op 1 januari 2022, dus bijna twee jaar na de eerste covidpatiënt. We hadden al in de jaren daarvoor regelmatig in het reguliere overleg met VWS vanuit LNAZ bepleit om na meer dan twintig jaar ROAZ en traumacentra hiernaar te kijken en dit aan te scherpen. Een van de pleidooien die ik destijds al gedaan heb, en die ik opnieuw zou doen als ik in de positie was, was: kijk onder andere naar de positie van de ROAZ-voorzitter. Wat ik destijds bepleit heb, is: neem nou dezelfde positie als voor een voorzitter van een veiligheidsregio, benoem de bestuursvoorzitter of een bestuurder van het traumacentrum qualitate qua ook als voorzitter van het ROAZ en koppel daar dan ook een duidelijke opdracht aan, ook in crisissituaties, met een mandaat.

De **voorzitter**:

Dus in plaats van een lokale bestuurder?

De heer **Kuipers**:

In plaats van de lokale ... Het stond wel beschreven: organiseer als traumacentrum een ROAZ. Maar als je keek naar de invulling, opnieuw even teruggaand naar pal voor covid, dan zag je dat per ROAZ de invulling qua deelname heel verschillend was. In het ene ROAZ waren de geboortezorg, de ggz en de zorgverzekeraars aangesloten, in andere in wisselende samenstelling niet. Idem de opdracht om het zo voor te bereiden dat je in een crisis bijvoorbeeld gegevens met elkaar deelt: die was er niet. Er was, toen wij de eerste coronapatiënt kregen, van de tien ROAZ-regio's één ROAZ-regio, namelijk Noordoost, Groningen, Friesland en Drenthe, die een ICT-systeem had waarop je realtime in die regio bezettingscijfers kon zien. Er was één regio die ermee bezig was, namelijk Zuidwest, maar de andere regio's nog niet.

De **voorzitter**:

Voor de mensen thuis ondertitel ik even, zodat ze dat kunnen volgen: een ROAZ is een Regionaal Overleg Acute Zorgketen.

De heer **Kuipers**:

Ja, excuus. Het geeft ook iets aan over de mate waarop ... Dat is een lang antwoord op uw vraag over wat ik nou precies als LNAZ-voorzitter mocht ... Het ging op basis van collegialiteit, gezamenlijk een crisis te lijf gaan en daarmee een meewerkstand. Het werd dus helemaal geen armpje drukken of

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

iets anders. Formeel gaan de voorzitter van een ROAZ en de LNAZ-voorzitter eigenlijk nergens over.

De **voorzitter**:

Ik maak uit uw antwoord op dat de beddenbaas geen baas was.

De heer **Kuipers**:

De beddenbaas was zeker geen baas, nee.

De **voorzitter**:

Had er wel doorzettingsmacht moeten liggen?

De heer **Kuipers**:

We hebben de doorzettingsmacht niet nodig gehad. Als je vooruitkijkt, zou je kunnen zeggen: het is één keer goed gegaan en het komt allemaal wel en als er iets gebeurt, zit iedereen in een meewerkstand. Ik heb alle reden om aan te nemen dat dat weer zo zal zijn. Als ik het vanuit VWS en de politieke situatie bekijk, maar ook vanuit de zorg zelf, dan denk ik dat het, eenmaal een ervaring doorgemaakt te hebben, helpt om te zeggen: oké, dit was een constatering en we hebben er iets aan gedaan met een AMvB. Vanuit mijn beleving helpt het om het nog wat scherper te krijgen en nog wat duidelijker neer te zetten, en daarmee zo'n AMvB nog een keer tegen het licht te houden en je af te vragen of het nog beter kan. Als je naar de huidige AMvB kijkt, dan zie je dat die heel erg gericht is op lokale incidenten, zoals: wat als een SEH moet sluiten of wat als ergens de geboortezorg ... Maar de AMvB is onvoldoende gericht op: wat als er een langdurige grote crisis is?

De **voorzitter**:

U geeft aan: het helpt als het scherper is.

De heer **Kuipers**:

Tot slot, als u mij toestaat. We hadden het net even over die oefening die in Zuidwest-Nederland is geweest. Een van de belangrijke punten, voor ons in ieder geval, die uit die oefening naar voren kwamen, was dat als je een langdurige crisissituatie hebt in de zorg, het helpt om de ROAZ-voorzitter aan te laten sluiten bij het crisisteam van de veiligheidsregio. Dat stond niet zo beschreven. Het stond anders beschreven. Maar uit de oefening kwam op een gegeven moment naar voren: hé, het is handig als ... Mijn complimenten voor burgemeester Aboutaleb. Op het moment dat de situatie zo werd dat er een veiligheidsregio en een crisisteam kwamen, heeft Aboutaleb in die regio gezegd: ik wil de ROAZ-voorzitter, in mijn persoon, in dat crisisteam hebben.

De **voorzitter**:

Oké. Dank voor die toelichting en uw visie daarop. Collega Mutluer, heeft u nog aanvullingen op dit onderwerp?

Mevrouw **Mutluer**:

Op dit onderwerp niet.

De **voorzitter**:

Collega Poortman?

De heer **Poortman**:

Nee, dank u wel.

De **voorzitter**:

Dan kan collega Mutluer door naar het volgende onderwerp.

Mevrouw **Mutluer**:

U stipte het al een beetje aan. Ik wil het graag met u hebben ...

De heer **Kuipers**:

We lopen met alles in mekaar over.

Mevrouw **Mutluer**:

Met alles. Ik wil het graag met u hebben over de OMT-modellen, de modellen van het Outbreak Management Team. Tijdens de pandemie worden de modellen van het RIVM gebruikt om grip te krijgen op wanneer er een piek in de ziekenhuisbedden zou plaatsvinden en welke maatregelen er dan nodig zijn. Dat zijn de modellen die de heer Wallinga, die we hier ook als getuige hebben ontvangen, met zijn team opstelde. Daar had u, zowel als bestuursvoorzitter van het Erasmus Medisch Centrum, als later toen u minister van Volksgezondheid was, mee te maken. Waren die modellen van het RIVM, die door de heer Wallinga en zijn team werden opgesteld, bruikbaar voor u als ziekenhuisbestuurder?

De heer **Kuipers**:

Ik had enorme waardering voor de modellen. Die waren echt de basis voor het OMT. Jaap van Dissel en ik hebben regelmatig vragen gekregen die vergelijkbaar zijn met de vraag die u nu stelt, onder andere bij Tweede Kamerbriefings. Ik kan me herinneren dat dat ook in het Catshuis en ook weleens in de pers gebeurde. Ik parafraseer dan hier even Jaap van Dissel – dat vindt hij ongetwijfeld goed – door te zeggen: het model van het RIVM,

een fantastisch model met ongeloofelijk veel input, was echt de basis en was gericht op het beoordelen van het aantal besmettingen en de impact van eventuele maatregelen en beleid op het beloop van die besmettingen. Daar richtte het model zich op. Ik vond dat daar bewonderenswaardig veel input voor werd gebruikt. Dat model vertaalde dat logischerwijs ook in ziekenhuisopnames en ziekenhuisbesmettingen – u kent al die plaatjes – maar deed dat met enorme bandbreedtes, al op hele korte termijn. Bandbreedtes van 4.000, 5.000 over tien, veertien dagen waren vrij normaal: over tien dagen of over twee weken liggen er tussen de 1.000 en 6.000 patiënten in de Nederlandse ziekenhuizen. Dat was voor een LCPS en voor een LNAZ niet bruikbaar. Dat is geen kritiek op het OMT-model. Totaal niet.

Mevrouw **Mutluer**:

Waar kwam het dan door dat het niet bruikbaar was? Was dat vanwege die bandbreedte?

De heer **Kuipers**:

Ja. U moet zich voorstellen dat alleen al het opschalen van zorgcapaciteit en van ic-capaciteit ongeloofelijk veel inzet van het personeel vergt. Dat is ook roostering, mensen vrijmaken. In de planning ... Als wij continu moeten streven om echt heel schaars personeel en schaarse capaciteit zo maximaal mogelijk in te zetten voor iedereen en wij geen covidpatiënten onverzorgd kunnen laten, maar tegelijkertijd andere dingen kunnen doen, dan moet ik vrij exact vooruit kunnen plannen. Dan heb ik niks aan een bandbreedte. Ik zeg "vrij exact"; natuurlijk is een model geen glazen bol. Iedereen begrijpt dat. Als mensen gewoon zelf hun routeplanner gebruiken in de auto en er staat dat iemand om 12.43 uur aankomt, dan begrijpt iedereen dat dat ook weleens vroeger of later zou kunnen zijn. Zo werkt dat bij het LCPS ook, maar je moet wel een precies model hebben.

Ik zal een voorbeeld geven. Wij wilden er bijvoorbeeld voor zorgen dat we de transplantatiezorg en de zorg voor kankerpatiënten, maar bijvoorbeeld ook openhartchirurgie door konden zetten. Dan weet je dat als je morgen een patiënt in wil plannen voor een openhartoperatie, je voor een dagdeel een ok-team nodig hebt. Daarna heb je een tot twee dagen een ic-bed nodig en dan nog vijf tot tien dagen een gewoon bed. De planning voor dat openhartchirurgieprogramma betekent dus iets voor de komende tien tot veertien dagen. Als we de openhartoperatie morgen doen, kan ik niet over vier dagen tegen de patiënt zeggen: "Sorry, voor u is geen plek meer. U

hebt nog allerlei draden en infusen en katheters et cetera, maar we brengen u gewoon over naar huis. Dan komt er een wijkverpleegkundige langs."

Mevrouw **Mutluer**:

Die zekerheid was voor u belangrijker?

De heer **Kuipers**:

En de precieze modellering, de precieze voorspelling. Als je naar het wederzijdse commentaar kijkt – dan doe ik maar even meer het wetenschappelijke discours – van Van Dissel en mij, dan zie je dat het RIVM terecht tegen een LCPS-model zegt: "Jullie doen het voorkomen alsof je wel heel exact weet waar je over vijf dagen, over tien dagen en over vijftien dagen staat. Die gps van 12.43 uur. Totaal valide commentaar. Weet je dat zo zeker? Nee, dat weten we niet."

Mevrouw **Mutluer**:

Maar wel zekerder dan de modellen die ...

De heer **Kuipers**:

En dat hadden we ook nodig, omdat je ook voor die regio's en de discussie met al die collega's gewoon vrij exact moet kunnen zeggen: wij hebben over zeven dagen na nu zoveel capaciteit nodig per regio. Dan kon die regio dat vertalen naar wat dat betekent voor ieder individueel ziekenhuis.

Mevrouw **Mutluer**:

Wij zien ook dat het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding ook zelf is gaan modelleren.

De heer **Kuipers**:

Zeker.

Mevrouw **Mutluer**:

En als ik u goed begrijp, was dat omdat de modellen van het RIVM niet bruikbaar waren en die zekerheid voor u noodzakelijk was. Parafraseer ik u daarmee goed?

De heer **Kuipers**:

Staat u mij dan toe om nee te zeggen. Ik benoemde dat wij al in het allereerste weekend, gewoon vanaf de start – ik heb het ook al in het gesprek met Hugo de Jonge gezegd – hebben gezegd: wij hebben modelleers nodig. Dat was niet omdat het model van het RIVM niet goed was. Dat model

van het RIVM richt zich op iets anders. Dat richt zich op wat de impact is van een scholensluiting, sluiting van de horeca of iets anders op het beloop van het aantal besmettingen. Dat vertaalt dat dan, maar dan met hele brede cijfers, naar ziekenhuisbezetting. Wat wij nodig hadden, was enkel en alleen ... Ik ben niet geïnteresseerd in wat het effect is van een scholensluiting of iets anders. Daar is het RIVM van. Wij horen het. Wij adviseren ook niet het OMT. Onze modellen hebben, denk ik, nooit bij het OMT gelegen. Irrelevant voor het OMT. Alleen, heel relevant voor de zorg is: vertel mij gewoon precies hoeveel ik moet realiseren en hoeveel covidpatiënten ik kan verwachten.

Mevrouw **Mutluer**:

Kwamen er andere voorspellingen uit de modellen die vanuit het landelijk coördinatiecentrum kwamen dan uit die van het RIVM?

De heer **Kuipers**:

Op een gegeven moment wel, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat was dat moment?

De heer **Kuipers**:

Je ziet dat zeker in bijvoorbeeld de periode vanaf begin 2021. Ik kijk even naar begin 2021. Dan zit je in een hele turbulente periode als het gaat om ook proberen te modelleren. We zagen toen de Britse of alfavariant in het land, die het langzaam overnam van het bestaande. We beginnen ook met vaccineren. We zitten net op een piek. Kortom, dat was een periode waarin heel veel aan de gang was. Het was de hoogste ziekenhuisbezetting met covidpatiënten na die eerste golf. Hoger hebben we verder niet gehad. Op dat moment ligt er echt een andere voorspelling, en ook in die weken daarna, van het LCPS dan van het RIVM als het gaat om ziekenhuisbezetting. Nogmaals, het LCPS had geen verstand van aantallen besmettingen en zo. Het had er geen mening over, geen data over et cetera. Wij moesten ons echt richten op iets anders. Een van de potentiële redenen daarvan, als u het mij nou vraagt, was de vertaling van het RIVM van besmettingen. Als je dat vertaalt naar ziekenhuisbezetting en instroom, moet het RIVM daar actuele ziekenhuisgetallen voor gebruiken. Immers, als je wil voorspellen hoeveel patiënten er mogen in het ziekenhuis liggen, dan helpt het om te weten hoeveel het er vandaag zijn.

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom is het niet relevant voor het OMT om dan preciezer te weten hoe hoog de druk op die ziekenhuizen gaat zijn?

De heer **Kuipers**:

Ik zeg het even, maar ik denk dat het een vraag is die u aan leden van het OMT zelf moet stellen. Ik vul 'm even in. In ieder geval heeft ons model nooit, voor zover ik weet – het was in ieder geval nooit actief vanuit ons; ik ben er nooit naar gevraagd – bij het OMT gelegen, is dat nooit een basis geweest. De input die wij wel hebben gehad in de discussie – dat sluit aan bij uw vorige vraag – is de volgende. Wij hadden al vanaf de oprichting van het LCPS, eerst via mondelinge uitvraag, maar daarna via realtime ICT, gewoon actuele cijfers: hoeveel patiënten liggen er nú in het ziekenhuis en waar liggen ze? Als u mij vroeg hoeveel er lagen in het ziekenhuis in Doetinchem, in Den Helder of waar dan ook, dan hadden wij die cijfers en konden we ook zeggen wat de instroom was. Die getallen presenteerde ik dus iedere dag. Mijn advies aan het RIVM over het model was, en zal het ook voor de toekomst zijn: gebruik de meest accurate en meest actuele cijfers. Het RIVM bleef in de hele coronaperiode desalniettemin vasthouden aan het gebruikmaken van andere data, die incompleet waren en met veel vertraging kwamen. Dat leidde af en toe dus tot behoorlijke schattingen en dus ook tot misschattingen.

Mag ik een voorbeeld geven van dezelfde periode die ik noemde? Ik kijk naar 1 januari 2021. Op 1 januari 2021, vaste prik op de ochtend – ik heb even weer naar de getallen gekeken – lagen er 2.609 covidpatiënten in de Nederlandse ziekenhuizen. Punt. Op dat moment waren de meest recente getallen die het RIVM gebruikte van vijf dagen daarvoor, van de kerstdagen. En vijf dagen later, op het moment dat het LCPS alweer veel verder was, rapporteerde het RIVM wel over 1 januari en zei toen dat het er niet 2.609, maar 3.300 geweest waren.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil het begrijpen. U zegt: het RIVM hield vast aan andere data, die soms ook incompleet waren. U zei volgens mij ook: vanaf begin 2021 verschillen de uitkomsten van die voorspellingen ook. Als dat zo is en als de strategie altijd is geweest – dat hebben we van meerdere getuigen begrepen – om de ic-bedden niet vol te laten lopen, was het dan in uw beleving niet beter geweest om uit te gaan van de nauwkeurigere data die uit de modellen van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding kwamen?

De heer **Kuipers**:

Ik heb regelmatig bepleit en aangeboden ...

Mevrouw **Mutluer**:

Aan wie heeft u dat aangeboden?

De heer **Kuipers**:

Bepleit bij VWS, aangeboden ook bij VWS. Ik heb het ook wel tegen Jaap van Dissel gezegd: deze getallen zijn er. Ze zijn niet van mij of van ons. Ik deel ze met iedereen en dat moeten we ook doen. Dus meer naar de toekomst kijkend ...

Mevrouw **Mutluer**:

Voordat we naar de toekomst gaan kijken, een belangrijke les: hoe wordt daar dan op gereageerd? De strategie is: de ic-bedden willen we niet vol laten lopen. U heeft, zegt u, de nauwkeurige cijfers. Die heeft u nodig. U zegt: het RIVM hield rekening met cijfers die incompleet waren. Waarom is datgene wat u inbracht dan niet meegenomen?

De heer **Kuipers**:

Ik wil me nergens achter verschuilen, maar dat is feitelijk een vraag voor Jaap van Dissel of voor Jacco Wallinga.

Mevrouw **Mutluer**:

Was u niet gefrustreerd? Wat deed dat met u?

De heer **Kuipers**:

Het klinkt gek, maar mij deed dat helemaal niks. Sorry. Wij zijn van iets anders. Ik had een hele andere taak dan Jaap van Dissel had of Jacco Wallinga had. Ze hadden een enorme verantwoordelijkheid. Mijn taak was veel simpeler, eigenlijk.

Mevrouw **Mutluer**:

Er is uitgegaan van de modellen van het OMT bij de bestrijding van de pandemie.

De heer **Kuipers**:

Zeker, zeker. En mijn advies, maar het was niet meer dan een advies – doe ermee ... Ik zei in feite: "Wij hebben precieze getallen voor je, die ook accuraat zijn. De meest recente getallen die jullie hebben, zijn continu van vijf dagen geleden en wij hebben ze van nu. Wil je ze nu hebben, dan kan ik

ze je nu geven. Gebruik die gewoon." Dat was het advies ook voor de toekomst. Modelleren is ongelofelijk belangrijk, maar gebruik eigenlijk altijd, en doe dat dan ook gewoon consequent over de volle breedte, de meest accurate en meest actuele getallen.

Mevrouw **Mutluer**:

Welke redenen gaven ze u, zowel de leden van het OMT als VWS, waarbij u dit meerdere malen inbracht, om die exacte cijfers, nauwkeurige cijfers van u ...

De heer **Kuipers**:

Ik snap de vraag. Ik kan het me zelf niet herinneren. Het enige wat ik me, na het teruglezen, kan herinneren ... Ik heb even de appjes doorgelezen. Dat was communicatie – die berichten moeten ook in uw dingen zitten – met VWS-ambtenaren. Dan ging het over mijn advies: gebruik de getallen die wij iedere keer doorgeven en zet die nou ook gewoon op het coronadashboard, want dat zijn gewoon de getallen van vandaag. In dit geval appte de ambtenaar naar mij terug: ik heb het nog een keer bepleit, ga kijken wat er gebeurt. Oké.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar er gebeurde niks.

De heer **Kuipers**:

Maar er gebeurde niks, nee. Maar nogmaals, het klinkt misschien heel vreemd, maar voor mij deed dat helemaal niks. Ik heb gewoon een andere taak, en met mij mijn collega's.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan even niet wat het met u deed, maar wat deed het dan met de coronabestrijding, als ...

De heer **Kuipers**:

Ehm ...

Mevrouw **Mutluer**:

... men niet uitgaat van accurate cijfers?

De heer **Kuipers**:

Nou kijk, als je geen accurate cijfers gebruikt en ook geen actuele cijfers gebruikt, dan is duidelijk dat het heel moeilijk wordt om vooruit te voorspellen. Als je niet weet hoeveel patiënten er vandaag in het ziekenhuis

liggen, wordt het al een gok om te zeggen hoeveel er dan morgen liggen, laat staan overmorgen, laat staan over een week. Dat vertaalt zich dan logischerwijs ook in hele grote bandbreedtes. Die grote bandbreedtes kan iedereen zien en als iedereen daarmee toch voldoende conclusies kan trekken, dan is dat zo. Voor de zorg werkte het niet. Dat is het enige en daar ben ik verantwoordelijk voor. Dat klinkt heel ... Ik wil me nergens achter verschuilen of wat anders, maar het helpt ook voor VWS, ook voor een minister heel duidelijk ... Kijk, Martin van Rijn, Tamara van Ark, Hugo de Jonge en de ambtenaren moeten in zo'n crisis met ongelofelijk veel spelers schakelen en dan helpt het als individuele spelers, in dit geval ik, gewoon heel duidelijk snappen wat hun taak, hun rol is. In de zorg is dat niet anders.

Mevrouw **Mutluer**:

De vraag is eigenlijk de volgende. U geeft aan dat uw cijfers actueler en accurater waren. U heeft dat ingebracht ...

De heer **Kuipers**:

Ja, maar niet ... Sorry, anders klinkt het zo ...

Mevrouw **Mutluer**:

Ik noem de modellen die vanuit uw landelijke coördinatiecentrum kwamen. Maar als de strategie inhoudt dat de ic-bedden niet moeten vollopen en dat we code zwart willen voorkomen, is het dan niet logischer – dan stel ik hem maar even zo – om die actuele cijfers mee te nemen? Dan kun je namelijk verantwoorde beslissingen nemen.

De heer **Kuipers**:

Ja, dat is zeker logischer. Het betekent ook wat ten aanzien van het voorspellen en het beoordelen van de impact van individuele maatregelen. Als je er met je bezettingscijfers soms meer dan 25% naast zit, hoe wil je dan precies beoordelen of een maatregel die misschien 10% impact heeft, ook daadwerkelijk werkt?

Mevrouw **Mutluer**:

Zijn er dan twee jaar lang maatregelen genomen op basis van cijfers die wellicht, als de modellen van het landelijke coördinatiecentrum waren gebruikt, anders hadden kunnen uitpakken?

De heer **Kuipers**:

Ehm ... Het meest simpele ... Een direct antwoord is: niemand die het weet, ik ook niet. Dat is terugkijken. Wat dat betreft moeten er op ieder moment,

zeg ik met ongelofelijk veel respect voor het kabinet, ook vooruitkijkend besluiten genomen worden, gericht op het voorkomen van dat er patiënten onbehandeld zouden komen te overlijden, gewoon omdat we de capaciteit niet meer hebben. Mark Rutte en Hugo de Jonge hebben dat gezegd en ik onderschrijf dat helemaal. "Code zwart" en allerlei termen zijn daarvoor gebruikt. Daar is al het beleid op gericht geweest. Dat is telkens een beetje vooruitvaren. De allerbelangrijkste input daarin – alle andere dingen zijn afgeleiden – is: als je een maatregel neemt, wat doet dat dan met het aantal besmettingen? De enige die daar echt zicht op had en die dat, vind ik, op een fantastische manier gedaan heeft, was het RIVM. Dat gaf de input. Dat zich dat uiteindelijk ook vertaalt in een onzekerheid in ziekenhuisgegevens: fine. Dat was een onderdeel van alle predicties waarvan Jaap van Dissel en ik wisten: we kijken er op een andere manier naar en gebruiken verschillende cijfers, maar hebben ook iets anders nodig.

Mevrouw **Mutluer**:

Er is dus afgegaan op één systeem tijdens de pandemie, hoor ik u zeggen. Ik stel de vraag gewoon heel concreet: was het in uw ogen beter geweest als het OMT niet alleen had geleund op de modellen van het RIVM, maar er meerdere modelleerteams naast elkaar gewerkt zouden hebben?

De heer **Kuipers**:

In brede zin is het zo dat – de meeste mensen realiseren zich dat – wij op ongelofelijk veel plekken, ook gewoon in ons gewone leven, eigenlijk gebruikmaken van modelresultaten. Dat betekent niet: dit is de waarheid. Maar het helpt ons bij het maken van keuzes. Dat doe je met je routeplanner in het verkeer. Dat doe je voor het energienetwerk. Dat doe je voor weet-ik-veel-wat allemaal. Dat doe je met de weersvoorspelling. Ik heb er geen verstand van, maar als ik het verhaal van het KNMI hoor, zijn er veel situaties waarin je verschillende modellen naast elkaar legt.

Bij corona hebben we het nu over twee modellen die eigenlijk een totaal verschillende functie hadden. Het was eigenlijk ontzettend logisch dat die naast elkaar bestonden. Je zou ze de volgende keer weer naast elkaar zetten. Ze hadden een verschillende doelgroep, verschillende berekeningen et cetera. Meer een beetje van een afstand kijkend, vond ik het af en toe verbazingwekkend ... Ik werd weleens gevraagd: waarom twee modellen? Ik vond de volgende vraag veel logischer: waarom geen vijf of tien modellen?

Mevrouw **Mutluer**:

Waarom niet?

De heer **Kuipers**:

Ik kan die vraag niet beantwoorden. We kunnen hier even gezamenlijk filosoferen. Nogmaals, ik weet niet of het wat uitgemaakt had, maar wat als in het najaar van 2020 de Gezondheidsraad een uitgebreide modelberekening had gehad voor allerlei verschillende vaccinatiestrategieën? Dat kan. Er zijn andere modellen. Voor HPV-vaccinatie met betrekking tot kankerpreventie zijn er allerlei modelberekeningen, op basis waarvan een advies van de Gezondheidsraad komt, niet omdat dat model de waarheid is, maar wel omdat het ons helpt bij de gedachtevorming. Hier had je hetzelfde kunnen doen en kunnen zeggen: oké, ik ga berekenen hoe ... De meest logische vraag is: hoe reduceer ik met vaccinatie zo snel mogelijk de coronagerelateerde sterfte? Een vervolgvraag kan zijn: helpt dat ook bij het reduceren van de overall sterfte? Komen we dan op dezelfde strategie uit? Of bij het maximaal aantal gewonnen levensjaren? Even om een idee te geven: ik heb heel lang als maag-darm-leverarts en -onderzoeker gewerkt aan kankerpreventie en kankerscreening. Daarbij maakten we gebruik van dit soort vragen en dit soort modellen. Dat gebeurt door degenen die dat vandaag doen nog steeds. Dus puur vanuit een wetenschappelijk perspectief en een zorgperspectief – ook in de zorg gebruiken we veel modellen – was het vrij logisch.

Mevrouw **Mutluer**:

Filosoferend voor de toekomst zou het heel logisch zijn, toen en nu, om meerdere modelleerteams ...

De heer **Kuipers**:

Het zou ontzettend logisch zijn om de uitkomsten van meer modellen voor verschillende vragen, en soms voor dezelfde vraag, waar relevant te delen met de Kamer en te gebruiken bij het debat, zoals u dat ook doet in ...

Mevrouw **Mutluer**:

En te gebruiken bij de onderbouwingen?

De heer **Kuipers**:

En te gebruiken bij de onderbouwingen, ja.

Mevrouw **Mutluer**:

In uw tijd als minister van Volksgezondheid – we hebben het dan over januari 2022 – werkte u vanuit een andere rol met de modellen van het RIVM. Waren die modellen van het RIVM in uw tijd als minister dan wel bruikbaar?

De heer **Kuipers**:

Daarin zit impliciet alsof ik in de periode voordat ik minister was, vond dat de modellen niet bruikbaar waren. Ik vond de modellen zeer bruikbaar en ik had groot respect voor het model en voor alle werkzaamheden. Ik had alleen zelf, en mijn collega's ook, behoefte aan iets anders.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik stel de vraag omdat u kennis had van die meer accurate, actuele cijfers. Vandaar de vraag: waren die modellen bruikbaar?

De heer **Kuipers**:

Als minister heb ik nadrukkelijk verzocht om voor ziekenhuisbezetting en instroom gebruik te gaan maken van de getallen van het LCPS, omdat die accurater en actueler zijn. Ik heb ook gevraagd: kunnen jullie nadenken over het gebruik van meer modellen? Ik heb in mijn herinnering de vergelijking gemaakt met bijvoorbeeld de weersvoorspelling. Zet er eens andere modellen naast.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat heeft u als minister ingebracht. Is dat uiteindelijk ook gelukt? Is deze wens uitgevoerd?

De heer **Kuipers**:

Dat durf ik niet te zeggen. We gingen daarna al heel snel naar een andere tijd toe. We zullen het daar vast nog over hebben. Daarmee werd predictie en OMT-advies op een gegeven moment ook anders.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar waren toen u minister was de adviezen van het OMT voldoende om uw besluiten daarop te baseren?

De heer **Kuipers**:

Ja. In de periode toen ik net minister was, begin 2022, zaten we in een lockdown. We hadden de omikronvariant, die nieuw opgekomen was. Op dat moment lag er een OMT-advies om die lockdown te continueren, was er een voorspelling van het RIVM dat het aantal ziekenhuispatiënten omhoog zou gaan en lag er andersom een voorspelling van het LCPS dat de aantallen naar beneden zouden gaan. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg verzocht aan mij als minister om de fase 2d die we toen hadden in de zorg – sorry voor de technische dingen, maar misschien komen we daar nog op – op te heffen. Met andere woorden: het LCPS zei dat het naar beneden zou gaan en dat we

konden afschalen en het OMT adviseerde op basis van het model van het RIVM om de lockdown te continueren omdat de aantallen verder omhoog zouden gaan.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat heeft u toen gedaan?

De heer **Kuipers**:

We hebben, zoals u weet, besloten om de lockdown te versoepelen. Dat is het besluit geworden.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan laat ik het hierbij. Dat waren mijn vragen bij dit onderdeel.

De **voorzitter**:

We gaan na de schorsing uitgebreider in op uw rol als minister van VWS. Collega Poortman, heeft u nog aanvullingen op dit onderwerp?

De heer **Poortman**:

Nee, dank u wel.

De **voorzitter**:

Dan kunnen we naar het volgende onderwerp. Ik wil het met u hebben over code zwart. Op verschillende momenten tijdens de pandemie stroomden de ziekenhuizen vol met coronapatiënten. Ik wil met u afpellen wat nu code zwart is en in hoeverre we daar al dan niet geweest zijn. Om te beginnen: meneer Kuipers, wat is code zwart?

De heer **Kuipers**:

Ehm ... In de zorg, in het bijzonder in de acute zorg, wordt heel breed gebruikgemaakt van zo helder en zo strikt mogelijke definities. Dat doe je bewust. Als je kort de tijd hebt om met beperkte gegevens besluiten te nemen, vaak over leven en dood, en je dat moet doen in communicatie met veel mensen, dan helpt het als je mekaar klip-en-klaar verstaat. Ik kan de vergelijking met Defensie of de politie of wat anders niet maken, maar daar zullen ongetwijfeld dezelfde mechanismen spelen. Dat betekent dat of je nu kijkt naar ... Wat is een shock? We hebben er allemaal een idee bij, maar voor artsen heeft een shock gewoon een heldere definitie. Wanneer spreek ik over shock? Als ik als arts iets een "shock" noem, dan weten alle anderen ook: dat betekent dit. Et cetera. Wanneer spreken we over een bepaalde graad van coma? Daar wordt gewoon een getal aan gegeven. Sommige

mensen kennen het van pasgeborenen. Direct na de geboorte geeft de verloskundige of de gynaecoloog een getal aan de baby. Je bent koud ter wereld – of warm ter wereld! – en je krijgt al een getal. Je eerste cijfer heb je al! Dat heet een "apgarscore". Zo werken we, omdat iedereen dat begrijpt.

De **voorzitter**:

Dus u heeft het over duidelijkheid. Zo vertaal ik het even.

De heer **Kuipers**:

Duidelijkheid en snelle communicatie. Dat vertaalde zich dus ook naar het volgende. Op het moment dat wij landelijk crisiszorg moesten doen, hanteerden wij definities die er ook voor corona al waren: Crisis Standards of Care, CSC. Die onderscheiden fases, dus fase 1, fase 2 en fase 3, met subfases. Dat is de definitie. Die vindt u ook al terug in maart 2020, maar ook daarvoor al, in het opschalingsboek van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. Die vindt u in juni terug in onze plannen en richtlijnen vanuit het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Die vinden we terug in protocollen in bijvoorbeeld de langdurige zorg. Ik noem de vvt-sector. Het gaat om fase 1, fase 2 en fase 3, met subfases.

Voor de zorg snap je dan wat het betekent. Als iemand buiten de zorg het over fase 2c of fase 3 heeft, waar hebben we het dan over? Al heel snel werd er dus een soort vertaalslag gemaakt naar een term: code zwart. Zolang code zwart precies hetzelfde is als fase 3 ... Als er in het hele land eigenlijk niet voldoende capaciteit meer is en als we patiënten, ook als er een uitstekende kans is om ze levensreddend te behandelen, moeten gaan triëren, bijvoorbeeld op leeftijd of op volgorde van binnenkomst, omdat er in Nederland en ook in de samenwerking met Duitsland nergens meer een bed beschikbaar is, dan zit je in fase 3. Er was duidelijk afgesproken dat de minister dat afkondigde. Dat betekent: echte, echte crisiszorg ...

De **voorzitter**:

En dan zitten we in code zwart.

De heer **Kuipers**:

... alsof je op het slagveld bent. Dat was fase 3. Dat werd in eerste instantie gelijkgesteld aan code zwart. Daarna zag je – sorry voor het antwoord, maar het helpt voor het beeld – dat veel mensen dat gingen vertalen. "Ik lever de zorg niet meer zoals ik dat zou willen of zoals ik dat voor covid deed." Dat werd dan als volgt benoemd: "tijdens mijn dienst" of "op mijn poli" of "bij mij

op de spoedeisende hulp" of "in mijn centrum" et cetera "is het code zwart". Vanuit het LCPS deden we regelmatig het volgende. Als je dat soort berichten zag op social media, op het nieuws et cetera, dan keken we gewoon hoe het in de betreffende regio met de bezetting was. Soms was de regio onderbezet ten opzichte van de rest van Nederland. Dan nam je contact op met de betreffende ROAZ-voorzitter, de collega. Dan zei je: goh, ik hoor deze geluiden uit centrum X ...

De **voorzitter**:

Ik ga u even onderbreken. Ik wil namelijk zo naar de bezetting en de kwaliteit van zorg. Ik ga even terug naar de definitie die u noemde. U zei: in eerste instantie. Zijn we in code zwart geweest?

De heer **Kuipers**:

Dan splits ik 'm even. We zijn niet in fase 3 geweest. Punt. Dat was de definitie die we hanteerden. Als we "code zwart" vertalen als "fase 3", is het antwoord op uw vraag: nee, daar zijn we niet geweest. We hebben twee jaar lang altijd, op ieder moment, dag en nacht, capaciteit beschikbaar gehad om te spreiden.

Stel dat u zegt: voor sommige mensen betekende code zwart feitelijk dat je de zorg anders deed dan je zou willen. Dan zijn we er absoluut en langdurig geweest. Waar vertaalt zich dat in? Er zijn heel veel vertalingen. Vroeg in 2020 zijn bevolkingsonderzoeken naar kanker gestopt. Dat vertaalde zich aan het einde van het jaar erin dat wij gedurende dat jaar 4.000 minder patiënten met kanker hadden gediagnosticeerd. Iedereen begrijpt dat covid geen kanker voorkomt. Minder diagnoses betekende gewoon dat er patiënten op dat moment nog niet gediagnosticeerd waren, maar al wel kanker hadden. Het jaar daarop zag je vervolgens een overshoot. We hebben gemonitord hoeveel minder mensen door de huisarts naar een medisch specialist verwezen werden. De NZa hield dat bij. Dat ging om hele grote aantallen. Zo zijn er nog veel meer ...

De **voorzitter**:

Dan komen we op de uitgestelde zorg. Ik wil toch nog terug naar code zwart en dan in relatie tot de coronapatiënten. Dan komen we zo, inderdaad, bij de uitgestelde zorg. Had het kabinet volgens u eerder moeten ingrijpen, zodat code zwart, of in ieder geval de fase vóór fase 3, bijvoorbeeld fase 2d, meer voorkomen had kunnen worden?

De heer **Kuipers**:

Het kortste antwoord daarop is: nee. Ik denk dat het kabinet al op allerlei momenten zware en noodzakelijke beslissingen heeft genomen om in te grijpen en dat het dat ook stapsgewijs gedaan heeft waar dat maar enigszins mogelijk was. Dat heeft echt geholpen bij het wegblijven van – ik geef gelijk maar even de definitie, voor de helderheid, om het niet te vertroebelen – fase 3. De hoogste piek is in de eerste golf geweest. In de eerste golf hebben we begin april echt aan het randje van zo'n fase 3 gestaan, echt aan het randje. In het terugkijken en -redeneren is de lockdown toen in stappen in een aantal dagen ... Die lockdown had niet een paar dagen later moeten komen. Dan was die exponentiële curve gewoon door de capaciteit die we zelfs met alle inzet hadden kunnen organiseren, heen geschoten.

De **voorzitter**:

Dat was de spannendste fase.

De heer **Kuipers**:

Ja.

De **voorzitter**:

Er is tijdens de pandemie veel gesproken, ook in de Kamer maar ook in andere domeinen ...

De heer **Kuipers**:

Misschien voor onze herinnering weer: kijk naar de aantallen mensen. Ik benoemde zonet even dat je ook niet te somber wilt denken. Tegelijk hadden we de modellen al wel. Kijk naar de aantallen mensen die er lagen op het moment dat zo'n lockdown werd afgekondigd. Op de ic ging het bijvoorbeeld om 100 patiënten. 100 patiënten noemden we later "de rustige fase". Ik noem het moment waarop ik stopte met het appen van minister Van Rijn en de anderen en zij op een gegeven moment zeiden: goh, ik wil de getallen wel weer hebben. Je zou kunnen zeggen: "Tjeetje. We zien wel wat gebeuren, maar er wordt gespreid en er is nog niet zo veel." Toch, zeg ik met veel dank: het was een zwaar en moedig besluit en het is precies op het juiste moment genomen.

De **voorzitter**:

Tijdens de pandemie is er ook veel gesproken over het opschalen en uitbreiden van de ic-capaciteit. Was dat mogelijk?

De heer **Kuipers**:

De praktijk laat zien dat het mogelijk was. De praktijk liet ook zien dat het heel veel voeten in de aarde had en dat het complex was.

De **voorzitter**:

Waarom was het complex?

De heer **Kuipers**:

Omdat je heel veel personeel nodig hebt, omdat je heel veel capaciteit nodig hebt en omdat je de capaciteit anders moet inrichten. Er zijn dus heel veel ziekenhuizen die in een razend tempo bijvoorbeeld bepaalde faciliteiten hebben omgebouwd. Ik kan, omdat dit voor mij het makkelijkste is, even wat zeggen over de situatie in het Erasmus MC, maar die was niet anders dan de situatie in andere ziekenhuizen. We hebben in het Erasmus MC één complete verdieping in het hele gebouw leeggeruimd. Normale verpleegafdelingen hebben we volledig leeggeruimd. Dat waren allemaal eenpersoonkamers, dus dat kwam van pas. Die hebben wij allemaal ingericht als isolatie-ic-kamers, met apparatuur, met bewaking, met alles. Nou, als je een isolatie-ic-kamer hebt, zeg ik even voor de techniek, is het heel belangrijk dat een verpleegkundige die volledig in pak op die ic-kamer staat, rechtstreeks kan communiceren met collega's buiten die kamer, op de gang. Normaal gesproken doe je dat met mooi aangelegde systemen, een druk op de knop et cetera, maar dat was er allemaal niet. In die allereerste situatie is een van de technici of verpleegkundigen daar op het lumineuze idee gekomen om gewoon naar de lokale winkel te gaan en daar de hele voorraad babyfoons weg te halen. Ja, dat was niet de manier waarop je het normaal doet, maar het werkte wel. Het was wel lumineus. Dat betekende dat er op de balie een enorme rij met babyfoons stond met nummertjes erop van de kamers. In iedere kamer stond ook een babyfoon, en zo kon er gecommuniceerd worden. Het is maar een illustratie; het is een aanleiding om ook nog een keer met een beetje een grijns terug te kijken op die periode, en ook wel met complimenten voor hoe mensen werkten en hoe ze dat aanpakten. Het was volstrekt veilig, hè, zeg ik voor de duidelijkheid. Het werkte en het was veilig, maar het was niet de manier waarop je het normaal deed.

De **voorzitter**:

Dan heeft u die complimenten bij dezen ook hier gemaakt. In Duitsland is er sprake van een veel hogere ic-capaciteit, waardoor er meer coronapatiënten geholpen konden worden. Daarbij moeten we wel opmerken dat de ic in

Nederland meer geavanceerd is ingericht. Zou zo'n systeem voor Nederland kunnen werken?

De heer **Kuipers**:

Dat kan. Alleen, als uw vraag is of het ons ook zou helpen om weg te blijven van maatregelen ...

De **voorzitter**:

Dat was inderdaad mijn vervolgvraag.

De heer **Kuipers**:

Ja, dat begrijp ik, en het antwoord is nee. Dat kunt u ook zien aan Duitsland. Kijk, zo'n curve verloopt exponentieel. Ik heb daar vanuit mijn vroegere rol bij het LNAZ, en later ook als minister, bij herhaling wat over gezegd. Zo'n curve verloopt exponentieel. Als je twee keer of drie keer zoveel capaciteit hebt, heb je een paar dagen extra respijt voordat je tegen dezelfde muur aan loopt. Je zet dan dus ongelooflijk veel capaciteit neer, wat niet eenvoudig is, maar je kunt niet wegblijven bij dezelfde maatregelen op het moment dat het echt een pandemie is, met dit verloop. Wil ik daarmee zeggen dat het echt onzinnig is? Nee, totaal niet. Ik denk dat het ontzettend verstandig is om na te denken over reservecapaciteit en om daar dus ook reservepersoneel voor te hebben. Maar crisissituaties in de zorg ... Ik zou graag een ander bericht brengen, maar ik denk dat ik hetzelfde zeg als wat u allemaal in uw hoofd hebt. De kans dat er ergens op enig moment weer een crisissituatie in de zorg optreedt, is buitengewoon groot. Het is een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid. Dat zal nooit dezelfde crisis zijn als die we gehad hebben, maar dat kan van allerlei aard zijn. En het kan lokaal zijn of iets anders. Maar wat als er, qua cyber of fysiek of op wat voor manier dan ook – we moeten toch ook kijken naar de huidige situatie – ergens een aantal centra uitvallen? Dat is niet onwaarschijnlijk. Dan heb je opnieuw zicht nodig op de capaciteit, maar dan heb je ook reservecapaciteit ergens anders nodig. Dat wil niet zomaar zeggen dat je dan, als er een heel centrum uitvalt, zegt: o, dan gaan we met personeel van centrum A naar centrum B.

De **voorzitter**:

Personeel werd ook een steeds meer bepalende factor in de pandemie, en de werkdruk was hoog in de coronatijd, zowel voor artsen als voor verpleegkundigen. Door die hoge werkdruk werd de uitval ook steeds groter. Werd daar voldoende rekening mee gehouden door het kabinet?

De heer **Kuipers**:

Ik had het idee dat het kabinet daar zeer zeker rekening mee hield. Ik weet dat er bij tal van besprekingen naar gevraagd is en dat het ook bij Tweede Kamerbriefings voorbijkwam. Tamara van Ark heeft ... Volgens mij is zij ermee begonnen. Ik kan me vergissen, maar ik dacht dat het Tamara van Ark was. Ik weet het vrij zeker. Zij heeft op een gegeven moment gewoon hele frequente overleggen opgezet, online, met eigenlijk een heel groot aantal partners in de zorg en dus met veel input, en ook met de aanwezigheid van ...

De **voorzitter**:

Bedoelt u het handen-aan-de-kraanoverleg?

De heer **Kuipers**:

Het handen-aan-de-kraanoverleg, ja. Dat bedoel ik inderdaad. Ik wou wegblijven bij de prachtige titel, maar als u het weet ... Het handen-aan-de-kraanoverleg. Een van de terugkerende onderwerpen hierin, waar minister Van Ark echt zeer nadrukkelijk veel aandacht voor had, was dit onderwerp: wat betekent dit, hoelang vallen mensen uit en hoe ernstig ziek zijn ze, wat betekent het voor jullie capaciteit en hoe is het herstel?

De **voorzitter**:

Was het ook mogelijk om minder gekwalificeerde mensen in te zetten tijdens de pandemie, om daarmee ook meer patiënten te helpen?

De heer **Kuipers**:

Ja, en dat is op allerlei manieren ook wel gedaan. Soms betekent dat ook gewoon het doorschuiven van personeel tussen functies. Het doorschuiven van personeel, het inzetten van ander personeel voor andere taken en het toepassen van taakdifferentiatie creëren extra capaciteit. Je kunt ook een andere bezetting hanteren, dus bijvoorbeeld je bezetting proberen te verdunnen in plaats van je vaste bezetting in te zetten. Dan laat je bijvoorbeeld één persoon zorgen voor meer kamers. Dat is allemaal gedaan en van al die dingen zijn de grenzen opgezocht. Uiteindelijk loop je altijd ergens tegen een grens aan. Je kunt daar niet mee doorgaan. Op een bepaald moment zak je echt door het ijs als het gaat over de kwaliteit van zorg die je nog levert, en daarmee over de kansen die je iemand nog biedt om te genezen, te herstellen.

Ik noem één voorbeeld van de manier waarop erover gedacht is. Er is in die hele acute beweging van die eerste golf, door VWS geïnitieerd, nog een apart

team geweest van mensen die nagedacht hebben over de volgende vraag. Als je nou – ik sla het even plat – uiteindelijk niets anders meer hebt dan een bed, een infuus, een beademingsapparaat, een monitor en iemand die daar nog bij kan langslopen, en als dat toch nog de mogelijkheid biedt om een patiënt te redden die je anders niets te bieden hebt, kan zoiets dan en zijn die faciliteiten er dan? Ik weet zeker dat de rapportages in uw archieven zitten. Dat is de Corona Acute Beademings Unit genoemd, de CABU. We korten alles direct af, dus dat werd de CABU. Die hebben we gelukkig nooit nodig gehad, maar het geeft wel, in antwoord op uw vraag, enig idee van wat we allemaal geprobeerd en gedaan hebben. Ik noemde al het laten maken van extra beademingsapparaten door universitaire studenten. Er zijn, ook met hulp van zeer betrokken en bevlogen ondernemers, allerlei berekeningen gemaakt, van: wat als je alle coronapatiënten van Nederland in een beperkt aantal gecentraliseerde faciliteiten bij elkaar brengt? Dat is een beetje naar analogie van die beelden uit Wuhan. Daarvan bleek, en dan kom ik terug bij uw vraag, dat dat eigenlijk qua inzet van personeel helemaal niks uitmaakte en dat de beperkende factor het personeel was en niet de faciliteiten.

De **voorzitter**:

De instroom van de coronapatiënten, zeker in die pieken, had ook effect op de uitgestelde zorg. Was daar voldoende oog voor?

De heer **Kuipers**:

Daar was veel oog voor. En even voor ...

De **voorzitter**:

Veel of voldoende?

De heer **Kuipers**:

Ehm ... Ja, dat ... Nu vraagt u mij om een kwalificatie. Ik zou ze allebei niet noemen. Er was veel oog voor, en ik denk ook ...

De **voorzitter**:

Maar u mag hier een kwalificatie geven, juist om te reflecteren en ook vooruit te kijken.

De heer **Kuipers**:

Ehm ... Nou, als u het mij toestaat, doe ik het toch even in mijn eigen bewoordingen. Hadden wij nadrukkelijk in het vizier wat de impact was op andere patiënten die zorg nodig hadden? Het antwoord daarop is volmondig

ja. Dat hadden we in kwalificatie, dat hadden we in getallen, dat hadden we op allerlei manieren. Het kwam in vele overleggen terug. Dat was ook precies de reden waarom wij dat LCPS inzetten, namelijk om te proberen om de reguliere zorg echt zo maximaal mogelijk te continueren. Als het mag, maak ik even de vergelijking met bijvoorbeeld de situatie in Engeland, waar ze een andere benadering hebben gekozen. Daar hebben ze destijds gezegd: wij schalen gewoon bepaalde grote onderdelen van onze zorg langdurig uit. Zij hebben vele maanden lang – het was acht maanden lang, zeg ik uit mijn herinnering, zonder dat ik dit opnieuw gelezen heb – geen transplantaties gedaan. Voor een patiënt met nierfalen of leverfalen was er dus geen transplantatie. Ze hebben ook allerlei andere programma's afgeschaald. En als je uiteindelijk keek naar de achtergestelde zorg in Engeland na twee jaar corona, zag je dat dat naar rato van de bevolking op een niveau van acht keer hoger dan in Nederland. Betekent dat daarmee dat wij het goed hebben gedaan? Nee. Ik heb vaak, in de verschillende rollen, gezegd: let op, want anders zouden we op de lange termijn, ooit, tot de conclusie kunnen komen dat de schade en de sterfte door het afschalen van allerlei vormen van zorg groter zijn dan de impact die we hebben gehad op coronapatiënten.

De **voorzitter**:

Het RIVM heeft dat ook berekend. Zij kwamen tot de conclusie dat dit 320.000 gezonde levensjaren ten gevolge heeft.

De heer **Kuipers**:

Ik heb ...

De **voorzitter**:

Hoe vond die weging plaats van die kortetermijngevolgen van de acute zorg en die langetermijngevolgen van de uitgestelde zorg?

De heer **Kuipers**:

Wat wij daarvoor deden, was het volgende. Ik benoemde al alles wat wij deden op capaciteit – dat ga ik niet herhalen – en dus ook spreiding en dus ook op het overleg van: kun je eigenlijk overal proberen om te continueren? Wat we ook deden en wat in de zorg in Nederland voor corona zeker niet gebruikelijk was, was voor de urgente zorg zo nodig patiënten en eventueel ook artsen naar andere centra te laten uitwijken en dat actief te bemiddelen. Wat we daarbij deden, met daarbij veel complimenten voor met name de Federatie Medisch Specialisten, was uitgebreid per vakgebied kijken naar welke termijnen daaraan kunnen worden gekoppeld, zodat je ook daar kon zeggen: hanteren wij wel op alle niveaus dezelfde urgentiegraad?

Ik licht een onderwerp toe als voorbeeld en om een illustratie te geven van zo'n discussie. Als u en ik hier een eerste discussie doen, zeggen we: als iemand die is gediagnosticeerd met kanker een operatie moet ondergaan, moet dat binnen zes weken. Oké. Maar als je diezelfde ok ook nodig hebt voor iemand die een nieuwe heup moet krijgen, zouden sommige mensen misschien kunnen zeggen: het maakt niet uit of dat nou na twaalf maanden of na achttien maanden is et cetera. Maar in een discussie in een federatie met medisch specialisten kunnen orthopeden, revalidatieartsen en anderen heel duidelijk laten zien wat de impact is als je langdurig iemand immobiel laat zijn omdat hij of zij niet kan lopen en wacht op die nieuwe heup. Ook dat betekent op een gegeven moment niet alleen kwaliteit van leven, maar het vertaalt zich ook in verloren levensjaren.

De **voorzitter**:

Kan ik daaruit opmaken dat die weging dan ook verandert naarmate de pandemie langer duurt?

De heer **Kuipers**:

Ja, absoluut. Naarmate die langer duurt, wordt meer duidelijk. In eerste instantie, in de eerste golf, kun je je gek genoeg even veroorloven om corona te doen en alleen dat wat echt heel urgent is, wat nu moet, zoals de patiënt met leverfalen en de ernstige traumapatiënt. Maar op de lange termijn kun je je dat niet veroorloven en moet je dus ook aandacht hebben voor al die mensen waarvan je zegt: als het iets langer dan zes weken duurt, is het niet zo erg. Opnieuw krijgen we urgentiegraden. Wij houden van classificaties: U1 tot en met U5. Maar op een bepaald moment moet je dat echt doen, want anders heeft iemand er blijvende gezondheidsschade van.

De **voorzitter**:

Dank voor die toelichting. Collega Mutluer, heeft u nog aanvullingen op dit onderwerp?

Mevrouw **Mutluer**:

Ik heb één aanvullende vraag naar aanleiding van wat u net zei over uitgestelde zorg en het antwoord dat u gaf op de vraag van mijn collega over eerder ingrijpen. In uw andere openbare uitingen heeft u wel iets gezegd over dat eerder ingrijpen: als je eerder ingrijpt, kan dat ook gevolgen hebben voor de besmettingen et cetera. Ik zou u toch graag willen vragen om daar nog even op in te gaan, ook gelet op het feit dat het RIVM geen onderzoek heeft gedaan naar wat eerder ingrijpen had betekend. Ik zou daar dus graag uw mening over willen weten.

De heer **Kuipers**:

Ik heb onder andere, specifiek in een vraag voor een item van Nieuwsuur een aantal maanden geleden ... De hele voor de hand liggende vraag was de volgende. Ik zeg het even in mijn woorden; ik weet de letterlijke vraag niet meer. Maar als je nou een dag of twee dagen eerder of op enig moment eerder ingrijpt, doet dat dan wat op het aantal besmettingen? Het antwoord daarop is ontzettend eenvoudig. Ja, als je eerder ingrijpt, gaat het aantal besmettingen ook eerder naar beneden. Het doel van het ingrijpen is immers dat je die exponentiële stijging van het aantal besmettingen ombuigt. Hoe eerder je dat doet – een brugklasleerling kan dat gewoon tekenen in een grafiekje en uitrekenen – hoe lager de piek wordt. Als de piek van het aantal besmettingen lager wordt, wordt die uiteindelijk ook lager in het aantal ziekenhuisopnames en wordt die ook lager in het aantal sterfgevallen. Daarbij maak ik de nadrukkelijke opmerking, die ik ook toen heb gemaakt: in die golf en in die periode. Dat zegt niks over het totale beloop van een coronapandemie.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar nogmaals, is er dan op tijd ingegrepen?

De heer **Kuipers**:

Ik wil graag mijn antwoord herhalen, en dat meen ik ook echt: het ingrijpen is gewoon precies tijdig gebeurd en heeft ertoe geleid dat een fase 3, dezelfde definitie als voor "code zwart", in Nederland niet opgetreden is. Dat is niet in de eerste golf gebeurd en daarna ook niet. Het is uw taak om ons terug te vertalen naar die periode. Wat we denk ik doen met alleen al het delen van deze beelden en de data en het tempo ... Het was een ongelooflijk hectische periode, waarbij er heel veel op elkaar volgde. Ook bij het inlezen moest ik het allemaal weer even in data uitschrijven. Er gebeurde ongelooflijk veel. Het is niet aan mij, maar als ik mij probeer te verplaatsen in de wijze waarop een kabinet zich voor een enorm dilemma stelt van "we gaan echt maatregelen treffen die zwaar zijn en die iedereen raken, maar ze zijn nodig en ze zijn eigenlijk nodig omdat we anders verwachten dat er iets gebeurt in de komende weken", denk ik: ga er maar aan staan. Ben je dan in staat geweest achteraf om dat een dag of twee dagen eerder te doen? Ik heb geen enkele aanwijzing om te geloven dat dat kan. Alleen, als de simpele vraag is "hoe eerder je het doet; iedere dag telt hier", is het antwoord: ja, iedere dag telt.

Mevrouw **Mutluer**:

Tot slot. U gaf net aan dat er behandelingen uitgesteld zijn. U noemde net

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

als voorbeeld het diagnosticeren van patiënten die wel of geen kanker hebben. Kunt u bepaalde behandelingen noemen die bij een volgende pandemie echt never nooit uitgesteld zouden moeten worden?

De heer **Kuipers**:

Nee, dat is te lastig. Iedere situatie zal weer anders zijn. Als we wel een les hieruit kunnen trekken – feitelijk is dat wel wat we gedaan hebben – is die dat, en ik denk dat dat heel relevant is, je vanaf het allereerste begin moet monitoren wat je precies doet en wat dat betekent voor de reguliere zorg. Ondertussen hebben we protocollen en allerlei dingen die we toen in mindere mate of zelfs niet hadden. Maar besluit dan op een bepaald moment ook wat er dan ook zou moeten. Ik vertaal me even naar u, als u mij dat toestaat. Ik heb op een gegeven moment de discussie gezien naar aanleiding van een rapportage van de KNMG en de Federatie Medisch Specialisten, die ging over de vraag hoe we moeten omgaan met een fase 3 en patiëntenzorg, waarbij er, heel begrijpelijk, veel discussie ontstaat over een leeftijdscriterium. Vanuit de zorg keken we daar op een andere manier naar. Het is een prachtige politieke discussie en ik begrijp die helemaal, maar misschien moet je die niet politiek maken en niet politiek voeren, want in de zorg staan er dingen in die in de zorg gewoon begrijpelijk zijn.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat zegt u daarmee?

De heer **Kuipers**:

Daarmee zeg ik het volgende. Neem de keuzes die er in zo'n protocol stonden. Stel dat je met je rug tegen de muur staat en je één patiënt kunt behandelen, maar je hebt er twee of vijf. Maak je dan een keuze op basis van je inschatting of een patiënt ook daadwerkelijk kan overleven, wat de kans daarop is? Daarbij kan bijvoorbeeld leeftijd een rol spelen. Ja, die inschatting maak je dan.

Mevrouw **Mutluer**:

Helder. Dank u wel. Ik heb verder geen vragen.

De heer **Kuipers**:

Graag gedaan.

De **voorzitter**:

Collega Poortman, heeft u op dit onderwerp nog aanvullingen?

De heer **Poortman**:

Die heb ik niet. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dan stel ik voor dat we even gaan pauzeren. Dat doen we voor vijftien minuten, meneer Kuipers.

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

De **voorzitter**:

Ik schors de vergadering voor vijftien minuten.

De vergadering wordt van 11.47 uur tot 12.04 uur geschorst.

De **voorzitter**:

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

(De heer Kuipers wordt binnengeleid door de griffier.)

De heer **Kuipers**:

Als u mij nou vraagt waarom ik mijn bril voor me heb terwijl ik niks te lezen heb, weet ik het ook niet. Dat is een gewoonte.

De **voorzitter**:

In ieder geval welkom terug.

De heer **Kuipers**:

Dank u.

De **voorzitter**:

We vervolgen het openbaar verhoor. Voor het volgende onderwerp geef ik graag collega Mutluer het woord.

Mevrouw **Mutluer**:

Als u zich afvraagt waarom ik hier voor mij een doek heb: dat is omdat het lekt.

De heer **Kuipers**:

Oké.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik wil het graag met u hebben over het veranderend beleid nadat uzelf minister werd. Op 10 januari 2022 wordt u minister van Volksgezondheid. Dat is een nieuwe periode. Een belangrijke wijziging die u dan doorvoert, is een verandering van de doelen van het coronabeleid. We hebben ook in eerdere verhoren aangegeven dat er aanvankelijk drie doelen waren: zicht houden op het virus, de druk op de zorg verlagen en beschermen van kwetsbaren. Vanaf maart 2021 kwam daar ook het doel bij om negatieve economische en maatschappelijke gevolgen te beperken. Toen u minister werd, vond een verschuiving van de doelen plaats. Er kwamen twee gelijkwaardige doelen. Het ene doel was sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit en vitaliteit en het andere doel was de toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen. Daar hoort onder andere een aantal subdoelen bij, waaronder het tegengaan van polarisatie en ook leefstijl en preventie. Ik zou graag van u willen weten waarom u die doelen veranderde.

De heer **Kuipers**:

Dank. Toen ik minister werd, waren we ondertussen bijna twee jaar bezig met corona en zaten we om allerlei redenen echt in een andere fase. We hebben het zojuist al over een aantal punten gehad. Dat betekende dat we in de loop der tijd andere varianten van het virus hadden gekregen: meer besmettelijke varianten maar in sommige gevallen ook minder ziekmakend. We zagen dat een aanzienlijk deel van de bevolking enige vorm van immuniteit had opgebouwd, hetzij door een doorgemaakte infectie, hetzij door vaccinatie dan wel door beide. We wisten en begrepen ook veel meer over de precieze mate van ziekmakendheid en over hoe je het optimaal moest behandelen. We hadden capaciteitdingen goed ingeregeld. We zagen ook dat de maatregelen en de langdurige periodes die we hadden gehad van allerlei maatregelen en lockdowns gewoon echt een grote sociaal-maatschappelijke impact hadden. Kinderen konden langdurig niet naar school, jongeren konden niet sporten en andere zaken. Dat had een heel grote impact. Ik heb destijds als minister soms ook weleens bij de pers gezegd dat er wat dat betreft andere vormen en groepen van kwetsbaren waren. Ik heb de impact ook gezien. We hebben vier zoons. De twintigers waren toen student. Via hen kwam je ook veel in contact met vrienden en vriendinnen. Als je daar de verhalen van hoorde, was ik af en toe echt onder de indruk, bezorgd et cetera over wat de impact voor hen was.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat wilde u uiteindelijk eigenlijk met die twee gelijkwaardige doelen bereiken?

De heer **Kuipers**:

Eén. Zoals ik zojuist aangaf, zaten we in een andere fase. Daardoor was het ook mogelijk om de eerdere doelen gewoon opnieuw tegen het licht te houden. Met de doelen wilde ik bereiken – dat sluit aan bij de discussies die we voor de onderbreking hadden – dat er, zoals u in de formulering van de doelen al zei, veel breder echt aandacht was voor de impact van de sociaal-maatschappelijke gevolgen en de economische gevolgen. Mensen waren hun baan kwijt of hadden baanonzekerheid of hun eigen bedrijf stond onder druk et cetera. We benoemden ook al die groepen mensen die zorg nodig hadden die niet gerelateerd was aan corona maar aan iets anders. Door echt te zeggen dat we dit ons nu tot doel stellen, richtte je je nog steeds op het beleid en het managen van een pandemie en op het focussen op kwetsbaren, maar gaven we ook veel meer mogelijkheid aan allerlei partijen om in een maatregelenladder zelf te kiezen welke maatregelen voor hun specifieke setting het meest toepasselijk waren in plaats van generiek iets te doen. Daarmee streefden we echt na dat wij de maatschappelijk zo veilig mogelijk maar ook zo vlot mogelijk konden openen.

Mevrouw **Mutluer**:

Kunt u die keuze nader toelichten? Ik wil gewoon begrijpen hoe, door die wijziging van de doelen, uiteindelijk ook andere keuzes werden gemaakt voor het beleid. U noemde net de ladder.

De heer **Kuipers**:

Ja, de ladder ... Die waren onderdelen van sectorplannen. Daar zijn we een tijd mee bezig geweest. Uiteindelijk ziet u dat terug in een Kamerbrief van september 2022, maar ook voor die tijd zijn we er al lang mee bezig geweest, bijvoorbeeld in gesprekken met uw Kamer, maar ook op allerlei andere plekken hebben we met veel sectoren gesproken. Dat zijn partijen die heel begrijpelijk en heel terecht zeiden: "Ook voor ons geldt dat we er ondertussen al twee jaar mee bezig zijn. We hebben echt een idee hoe wij ons bedrijf, ons kantoor, onze sportvereniging, onze school en onze vult u maar in, veilig kunnen openen en kunnen bieden wat nodig is voor onze studenten, medewerkers, et cetera, maar ook voor de continuïteit van ons bedrijf. Wij kunnen dat doen. Als het ministerie en het RIVM ons een soort profiel geven van de druk, de dreiging, het aantal besmettingen of welke andere zaken je maar wil gebruiken, kunnen wij naar rato daarvan onze

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

maatregelen wel inschalen. Maar geef ons dan veel meer vrijheid." Nou, dat was zo'n keuze.

Mevrouw **Mutluer**:

Zegt u daarmee dat de keuzes dus wel wijzigden door de gelijkwaardige doelen?

De heer **Kuipers**:

Ja. U ziet dat terug in het aangepaste beleid dat wij als kabinet namen om, in de periode van begin januari tot medio maart, in een versneld tempo achter elkaar stappen te nemen om de maatschappij weer te openen en om te versoepelen, bijvoorbeeld de scholen weer openen, sport faciliteren en mogelijk maken et cetera.

Mevrouw **Mutluer**:

De impact van de maatregelen was bekend, bijvoorbeeld de impact van de onderwijssluiting op schoolgaande kinderen. We hebben hier ook de Kinderombudsvrouw gehad, die daar meerdere malen aandacht voor heeft gevraagd. De heer Putters heeft vanuit het SCP ook aandacht gevraagd voor de polarisatie, die kan toenemen als het heel lang duurt. Mijn vraag is: had die verschuiving in de doelen, die gelijkwaardigheid die u belangrijk vond en ook voorstelde, niet eerder kunnen plaatsvinden?

De heer **Kuipers**:

Ehm ... Dat is echt een vraag die u moet stellen aan de ministers van het kabinet ervoor. U hebt ze allemaal gesproken. Ik zat in die periode ervoor in een andere rol en moest me dus ook met andere dingen bezighouden. Op het moment dat ik minister was, was dit de situatie zoals ik die zojuist schetste en was er echt een moment om doelen bij te stellen, om de maatschappij in snelle stappen weer te openen en om uit de lockdown te gaan waar we op dat moment in zaten.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar vindt u het lastig om de vraag te beantwoorden? Het had namelijk ook zo kunnen zijn dat u een jaar eerder minister werd. Wij weten uit eerdere verhoren dat het begon als een gezondheidscrisis, maar dat men, ook de getuigen die hier waren, zag dat het een maatschappelijke crisis, een economische crisis en een leefomgevingscrisis werd. Vandaar ook de vraag: had, in uw beleving, die verschuiving niet eerder kunnen plaatsvinden?

De heer **Kuipers**:

Ik begrijp de vraag, maar het is niet echt aan mij om die vraag te beantwoorden. Ik zat niet in die positie. Ik weet niet wat er anders gebeurd was. Je zou het ook kunnen omdraaien en hypothetisch kunnen zeggen: stel dat ik in de periode van Hugo de Jonge minister was geweest en Hugo de Jonge mij begin '22 had opgevolgd, was het beleid dan heel anders geweest? Ik heb geen enkele reden om te geloven dat dat zo zou zijn. Ik weet alleen dat, op het moment dat ik minister werd en wij aantraden als kabinet-Rutte IV, wij gezamenlijk de discussie gevoerd hebben – dit was natuurlijk niet iets wat ik alleen deed, want we deden het als kabinet – en naar aanleiding van al die signalen gezegd hebben: dit is echt het moment om andere doelen te stellen en de aanpak anders te doen.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe werd daarop gereageerd door uw andere collega-bewindspersonen?

De heer **Kuipers**:

U kunt zich voorstellen dat iedereen er om te beginnen naar uitkeek om dit te doen en dat iedereen een voorstander was van de discussie, bijvoorbeeld mijn collega's van Onderwijs, Sociale Zaken, Economische Zaken et cetera. Natuurlijk is daarbij de terechte vraag ook besproken: kan het en is het ook veilig? Iedereen wil eigenlijk heel graag wegblijven van de situatie dat je op het ene moment versoepelt en dan twee, drie weken later weer zegt: sorry, maar we hebben het toch verkeerd ingeschat en het moet toch heel anders. Dus, kun je zaken met 100% zekerheid voorspellen? Nee. Was ik er op dat moment van overtuigd dat het veilig kon? Het antwoord is ja.

Mevrouw **Mutluer**:

En daar kreeg u iedereen in mee?

De heer **Kuipers**:

Ja, met die begrijpelijke en volstrekt valide vraag. Als ik andersom in de positie had gezeten en iemand anders was minister van VWS geweest, had ik ook gezegd: ik ben absoluut een voorstander van de koers, maar laten we even extra checken of het kan en hoe zeker je bent. Ter illustratie het volgende. We hadden toen de omikronvariant. We hebben het zonet al even gehad over de voorspellingen, de modellen en de adviezen van het OMT. Ik heb in de eerste week dat ik minister was, voorafgaand aan bepaalde besluiten, op basis van deze input telefonisch contact gehad met een aantal voormalige collega's, ziekenhuisbestuurders in een aantal omringende landen waar die omikronvariant op dat moment al wat verder voortgeschreden was.

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

Met andere woorden, zij hadden een accurater beeld van wat er precies gebeurde. Er waren voormalige collega's in Berlijn, Parijs en Londen. Ik heb ze alle drie gebeld – ik kende ze natuurlijk uit mijn vorige leven – en ik heb gewoon gevraagd: hoe is de situatie bij jullie, hoe is het met die omikronvariant? Het unanieme beeld dat ik terugkreeg, was dat deze variant echt minder ziekmakend was. Ze zagen minder ziekenhuisopnames. Ja, er waren veel besmettingen, maar er waren veel minder mensen die er ernstig ziek van werden.

Mevrouw **Mutluer**:

Ik begrijp dat die informatie u heeft geholpen om ook uw collega's achter die doelen te scharen.

De heer **Kuipers**:

Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Het was niet de enige wijziging. In de Kamerbrief van 8 februari 2022 spreekt u ook over "de normalisering van het besluitvormingsproces". Kunt u nader toelichten wat u daarmee bedoelde?

De heer **Kuipers**:

Zeker. Het sluit aan bij de discussies die u ook eerder met anderen gehad hebt. Het was heel evident dat we, zoals gezegd, in een andere fase kwamen. Daar paste ook bij dat je gewoon uit een crisisstand komt en dat je besluiten neemt via de route die gebruikelijk is voor het kabinet, ook qua informatie naar het parlement. Dat betekende een aantal dingen. Het Catshuisoverleg was er volgens mij al lange tijd niet meer. Het Torentjesoverleg ook niet. Ik weet niet precies wanneer het laatste was, maar in ieder geval was dat er niet meer. Er was gewoon besluitvorming in de MCC en daarna in de ministerraad, met de adviezen van de NCTV, het OMT en de modellen van het RIVM. We hebben er enige tijd daarna, mede naar aanleiding van een van de coronadebatten met uw Kamer, ook voor gezorgd dat we de OMT-adviezen niet meer eerst als een concept hadden waarna we nog heen en weer met VWS moesten, maar dat het OMT-advies gewoon rechtstreeks naar VWS en in één keer door naar de Kamer ging.

Mevrouw **Mutluer**:

Er waren overigens meerdere Kamerleden die, als we het hebben over het normaliseren van het besluitvormingsproces, daar via een motie naar vroegen. De motie-Tielen en de motie-Hijink riepen al in januari 2022 op tot

een ander beleid. Welke rol speelden deze moties bij wat u "de normalisering van het besluitvormingsproces" noemt?

De heer **Kuipers**:

De moties hadden een hele nadrukkelijke vraag/opdracht aan de minister om hier werk van te maken, en dat hebben we gedaan.

Mevrouw **Mutluer**:

En die zijn opgevolgd?

De heer **Kuipers**:

Ja, die zijn opgevolgd.

Mevrouw **Mutluer**:

Even terug. Ter reflectie, maar ook voor de toekomst, wil ik proberen te begrijpen hoe je dan het besluitvormingsproces zo normaal mogelijk moet maken. U zei: het Catshuisoverleg en het Torentjesoverleg waren er al niet meer. Om ervan te leren, wil ik dat u iets meer invulling geeft aan hoe zo'n besluitvormingsproces dan in een normale situatie moet plaatsvinden, ondanks een pandemie die nog voortduurt.

De heer **Kuipers**:

Zeker. Ik zoom in mijn antwoord even bewust uit en pak ook even de voorgaande rol erbij. We hebben zojuist stilgestaan bij de overgang van misschien een alarmering, van enige signalen, naar een vrij acute crisis. In hoeverre ben je op zoiets voorbereid en overkomt je dat? Dat vraagt om een hele snelle omschakeling naar een crisismanier van overleg, van communiceren et cetera, et cetera. Op het moment dat dat is gebeurd – dat herkennen we ook op andere manieren; ik blijf maar bij mijn eigen voorbeelden van de zorg – is de omschakeling terug, hoewel iedereen natuurlijk zo snel mogelijk terug wil naar een normale situatie ... In ieder geval blijkt het in een zorgsituatie heel vaak niet even gemakkelijk om op een bepaald moment heel duidelijk te zeggen: oké, en nu is er nog steeds van alles aan de hand, maar we gaan terug naar normaal in termen van besluitvorming et cetera. Als illustratie van hoe dit is gedaan, als bestuurder in het Erasmus MC, noemde ik dat we daar een coronavoorbereidingsteam hadden. Op het moment dat corona echt kwam, werd dat, zoals in iedere zorginstelling, het installeren en oproepen van je crisisteam. Dat is standaard; het bestaat wat je dan oproept. Ik heb in mei 2020, dus aan het eind van de eerste golf, bewust met alle collega's gezegd: en nu wordt het crisisteam afgeschakeld, afgeschaald, klaar, en nu is het het

coronabeleidsteam, want we hebben een nieuw normaal en dat betekent dat we binnen het ziekenhuis moeten ophouden met het in de crisismodus blijven; we moeten naar normaal.

Mevrouw **Mutluer**:

Hebben we te lang in crisisstand gezeten?

De heer **Kuipers**:

De vergelijking die ik maak met een ziekenhuis is lastig te vertalen naar een landelijke situatie, zeker naar een kabinetssituatie. Mijn voorbeeld wil dus absoluut niet impliceren dat we landelijk te lang in een crisisstand hebben gezeten. Ik wil ermee zeggen dat de overstap, ieder moment dat je dat doet, niet eenvoudig is.

Mevrouw **Mutluer**:

We hebben hier ook de heer Schoof gehad. Hij gaf in zijn verhoor aan – dat zagen we ook in ons onderzoek – dat hij meerdere malen, ook als hoogste ambtenaar, had gepleit voor meer rust in het proces.

De heer **Kuipers**:

Ik heb het gezien.

Mevrouw **Mutluer**:

Pas toen u kwam, in 2022, lukte het wel.

De heer **Kuipers**:

Ja. Ja, maar wel met de opmerking – dan val ik echt in herhaling – dat we echt in een andere situatie zaten. Het was ook evident – alle collega's waren het daarmee eens, ook de ministers die eerder minister waren geweest in het kabinet daarvoor – dat we in een andere situatie zaten en dat die situatie ook vroeg om een andere aanpak en een ander besluitvormingstraject et cetera. Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Als je het hebt over normalisering van het besluitvormingsproces, zien we in ons onderzoek dat de Tweede Kamer na uw komst als minister bijvoorbeeld ook meteen het OMT-advies te zien krijgt, dus nog voordat het wordt besproken in de ministeriële raad. Waarom was dat in uw beleving nodig?

De heer **Kuipers**:

Eén reden was dat ik het een heel duidelijk en terecht verzoek vond van de

Kamer. Het verzoek kwam mede voort uit de discussie over de vraag in hoeverre op de OMT-adviezen wel of niet gestuurd werd door een ministerie. Als dat een vraag is, moet je zo snel mogelijk zorgen dat dat geen vraag meer is door gewoon door te sturen. Het kan zowel een Kamer als een ministerie of een kabinet gewoon helpen. Als ik even naar de toekomst kijk, sluit dit aan bij de opmerking die ik zojuist op een andere manier maakte toen we het over modelleren hadden. Je weet nooit of een toekomstige crisis het toelaat, maar stel dat dat het geval zou zijn en er is een vraag en een mogelijkheid om bijvoorbeeld modelleringen te doen of andere oefeningen of wat dan ook. Dan kan het delen met de Kamer of het vroegtijdig delen met de Kamer echt helpen bij de besluitvorming en ook bij de discussie.

Mevrouw **Mutluer**:

Lukte dat ook? Ik begrijp dat u zegt dat de Kamer, ook naar aanleiding van de discussie "wel of niet sturen op het OMT", vroeg om de concept-OMT-adviezen eerder te krijgen. Hielp dat ook in de discussies die u voerde, overigens ook met de Tweede Kamer?

De heer **Kuipers**:

Ja, ik heb het idee van wel. Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

Waar bleek dat uit?

De heer **Kuipers**:

Er was duidelijkheid: de Kamer, het kabinet, de minister van VWS en het ministerie hebben ongeveer op hetzelfde moment hetzelfde advies gekregen; this is it. Neem je daarmee de mogelijkheid weg om eventuele onduidelijkheden te corrigeren? Ja, die zit er dan niet meer in. Daar kun je dan zo nodig in een debat over spreken. Dat is een andere manier om dat te doen.

Mevrouw **Mutluer**:

Had die verandering in het besluitvormingsproces in zijn geheel – dat geldt voor de OMT-adviezen, maar ook voor het normaliseren van het besluitvormingsproces – ook gevolgen voor de ruimte voor onder andere tegenspraak, intern vanuit de collega's, waar we het veelvuldig over hebben gehad met meerdere getuigen? Merkte u dat?

De heer **Kuipers**:

Ik kan natuurlijk geen vergelijking maken met het kabinet ervoor, Rutte III.

Ik ben minister geworden in Rutte IV. Was daar de gelegenheid tot vragen stellen en was er discussie et cetera? Ruimschoots.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe ging u daarmee om?

De heer **Kuipers**:

Het enige wat ik eerder meegemaakt heb, maar dat was bij een aantal gelegenheden tijdens Rutte III, was dat ik als LNAZ-voorzitter gevraagd werd om af ten toe aan te sluiten bij een Catshuisoverleg. Een aantal mensen, Jaap van Dissel, Diederik Gommers en ik, werden daar echt gevraagd voor onze inhoudelijke input. Daar was naar mijn idee uitgebreide discussie over tussen de verschillende kabinetsleden, en niet één sturing. Maar dat was mijn indruk, alleen van een beperkt aantal Catshuisoverleggen.

Mevrouw **Mutluer**:

Vond u dat de integrale weging door deze verandering anders werd gedaan?

De heer **Kuipers**:

Ja, die werd daardoor anders, omdat je bijvoorbeeld nadrukkelijk stelt, en dat is niet altijd even eenvoudig: luister, wij richten ons bijvoorbeeld op sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit; wij richten ons ook op de zorg voor iedereen. Dat betekent dat je in je gesprekken – als ik even ga naar mijn eigen portefeuille, die van minister van VWS – iets moet zeggen voor kwetsbaren, toegang tot vaccinatie et cetera en inzicht moet geven in: waar staan we precies met het aantal besmettingen, de druk of de kans dat je besmet wordt? Maar je moet dan ook meer aandacht geven aan: we reiken alle mogelijkheden aan om de keuzes te maken die u zelf prefereert, maar dan gaan we ook uit van een zekere eigen verantwoordelijkheid. Dat is in plaats van het treffen van hele generieke maatregelen waarbij we iedereen in bescherming nemen, maar sommige mensen juist heel erg raken; zie jongeren.

Opnieuw, het volgende geeft alleen een inkleuring. Een van onze zoons was fanatiek wedstrijdroeier. Dat was echt zijn uitlaatklep. Op een gegeven moment werd hij in de winter, buiten en met twee mensen in een boot nog van het water gehaald. Dat is heel begrijpelijk, want het is een generieke maatregel en dit is de maatregel. Ik snap de boa of politieagent die ze van het water gehaald heeft dus totaal, maar raakt het het welzijn van jongeren? Dit is maar één voorbeeld dat ik zelf zie, en er zijn veel ergere voorbeelden.

Hier kunnen we de schouders over ophalen. Hij is het ook alweer vergeten. Maar ja, dat illustreert het gewoon, denk ik.

Mevrouw **Mutluer**:

Dank u wel. Ik heb bij dit onderdeel geen andere vragen.

De **voorzitter**:

Collega Poortman, heeft u nog vragen?

De heer **Poortman**:

Nee, dank u wel.

De **voorzitter**:

Dan wil ik het met u hebben over het volgende onderwerp. Daar kunnen we mogelijk iets sneller doorheen. Dat gaat over de communicatieaanpak van u als minister. Zoals mijn collega al aangaf, kwamen er twee doelen. Er was ook meer informatie beschikbaar omdat de crisis al bijna twee jaar duurde. In de Kamerbrief waar we het zojuist over hadden, die van 8 februari 2022, kondigt u een nieuwe communicatieaanpak aan. U heeft het over "tijdig, transparant, met een passende toon en een passende vorm". Zo kondigt u die aanpak aan. Wat veranderde er?

De heer **Kuipers**:

Dat ging in uitstekend overleg met Mark Rutte en het hele team en dat gebeurde niet de allereerste keer, maar ik denk dat voor veel mensen het eerste was: laten we inzetten op het veranderen van de wijze van presentatie van de persconferentie. Dat betekende ...

De **voorzitter**:

Kwam dat van u of van de heer Rutte?

De heer **Kuipers**:

In mijn herinnering kwam het voorstel van mij en omarmde hij dat volledig. Het kan ook anders zijn, maar dit was mijn herinnering. "Laten we het anders doen, laten we het anders insteken en daarbij in eerste instantie in ieder geval een paar beelden gebruiken." Dan kun je zeggen "een paar beelden?", maar de beelden hielpen om niet alleen maar te communiceren "dit zijn de maatregelen" of "er is zo veel dreigingsgraad, -niveau et cetera", maar om ook iets te communiceren over, ja, de onderliggende onzekerheden en de eventuele dilemma's. Maar we kwamen dan uiteindelijk wel met "en daarom kiezen we voor ...".

Die beelden klinken heel simpel. Ik dacht ook dat het heel simpel was, maar het was nog een behoorlijke discussie om überhaupt, zeg ik met een grijns, bij zo'n persconferentie de mogelijkheid te hebben om een plaatje te laten zien. Dat klinkt heel erg als de vroegere professor die een plaatje wil laten zien en college gaat geven; ik was me bewust van het risico. Maar uiteindelijk mochten we dan drie plaatjes laten zien. Dat was de keuze. Maar voor mij hielp het om iets te laten zien, van: het is niet allemaal in beton gegoten en er zitten ook onzekerheden in, maar ik help u even met het tonen van onze afweging als kabinet, van "daarom kiezen we voor ..." en "dit is wat we dan verwachten".

De **voorzitter**:

U zei: laten we het anders doen; laten we het anders insteken. Wat kon er beter?

De heer **Kuipers**:

Wat er beter kon ... Bij die persconferentie was het overigens niet beter, maar zeiden we in samenspraak met Mark Rutte op een gegeven moment: ik laat het nu aan de minister van VWS om dat te doen, als volgende stap. Daarbij werd ook iets minder op alle details ingegaan. Ik weet dat ik voor de eerste persconferentie iets van 80 bladzijden met enkele regelafstand aan regels en dingen kreeg om te memoreren en zo nodig voor de pers te kunnen ... Dat was allemaal heel gedetailleerd. Dat betekende ook voor de communicatie, bijvoorbeeld als het gaat over besmettingen, infecties, en daarmee over risico's die mensen zelf willen afwegen, dat we niet enkel afgingen op "zoveel besmettingen uit een besmettingsstat".

We dachten: laten we het veel meer doen in wat we een "thermometer" genoemd hebben, waarbij je verschillende gegevens gebruikt die gewoon beschikbaar zijn. Dat waren natuurlijk de rioolwatermetingen en dat waren de GGD-teststraatgegevens. Dat was ook een Nivel-infectieradar en dat waren gegevens over ziekenhuisbezetting en andere zorgbezetting. Dat kun je vertalen naar wat we de "thermometer" hebben genoemd. Daar hadden we ook een ander woord voor kunnen gebruiken. Ik weet niet, dat heeft iemand verzonnen. Die gaf dan een beetje een idee, van: waar staan we eigenlijk? Dat is misschien enigszins à la hoe soms bepaalde weersideeën worden weergegeven. Dat was dus een vorm van communicatie waarmee je hopelijk – ik heb geen evaluatie gezien van hoe effectief dat was – een iets ander beeld gaf voor burgers en werkgevers, waarbij je op een gegeven moment zei: nou, in deze situatie zijn dit mijn afwegingen. Dat is een voorbeeld. Er was ook communicatie over en nadruk op: let wel, de

maatregelen die we hebben, hebben soms neveneffecten die voor sommige mensen heel schadelijk zijn en die we echt willen ondervangen en adresseren.

De **voorzitter**:

U geeft aan: een ander beeld voor burgers. Veranderde ook de toon van de persconferentie?

De heer **Kuipers**:

Dat is aan uzelf om te beoordelen. Dat weet ik niet. Dat kan.

De **voorzitter**:

Nou, u stond daar. U bepaalde dan ook de toon, dus toch nogmaals de vraag: veranderde die toon? Laat ik het zo stellen: welke toon koos u in de persconferentie?

De heer **Kuipers**:

Eén ding noemde ik al. Ik koos een toon waarbij ik even, in mijn inleidende praatje, tenminste iets kon laten zien in een beeld. Voor mij, voor allerlei mensen kan dat helpen. Dan moet je het ook niet te complex maken, maar het heel simpel houden. "Simpel" klinkt ... Je moet het zo maken dat de mensen niet afgeleid worden door de hoeveelheid informatie, maar dat er gewoon één beeld is dat heel duidelijk iets toont waarvan je wil dat het over het voetlicht komt. Een andere keuze die ik had gemaakt, was: laten we niet ingaan op al te gedetailleerde maatregelen, maar gewoon verwijzen naar een overheidswebsite waarop je het zo nodig allemaal precies kon nalezen. Maar ik wilde daar in een persconferentie niet op ingaan, gewoon omdat het dan veel te gedetailleerd werd. U moet zich voorstellen dat in de instructies die Mark Rutte en ik voor een persconferentie kregen, letterlijk de maatregelen stonden. Vraag me niet waarom ik dit onthouden heb – het zal zijn vanwege de link met Rotterdam – maar er stonden bijvoorbeeld aparte instructies bij tot en met in het Zeemanshuis en de condoleanceruimte van een crematorium. Dan werd je geacht om zo nodig een vraag van de pers te zo kunnen beantwoorden. Ik zei: dat gaan we niet doen.

De **voorzitter**:

U schetst dat u meer beelden gebruikte. U geeft ook iets aan over de inhoud. Maar als het gaat om de toon ... Ik paraphraseer de heer Rutte even. Hij benoemde dat hij meer de liberale toon had. Hij omschreef de heer De Jonge meer als de dominee. Hou zou u uw eigen toon omschrijven?

De heer **Kuipers**:

Vraagt u mij niet om tussen de twee te kiezen. Ik weet niet wat ...

De **voorzitter**:

Nee, het gaat om uw toon.

De heer **Kuipers**:

Ik was me bewust ... Laat ik het zo zeggen: er was één ding waar ik absoluut van weg wilde blijven en wat een valkuil was, namelijk de toon van de professor, zo van: hier is iemand die uit de zorg komt, die hoogleraar is geweest et cetera. Ook als je die beelden gebruikt ... We hebben daar echt even over nagedacht. Laten we wegblijven van: hier is iemand die college gaat geven. Dat moeten we absoluut niet hebben. Als ik ook maar half die indruk krijg, dan houden we gelijk op met die beelden of doen we het op een andere manier. Er was ook de vraag om feedback van ambtenaren en van de politiek assistent: komt dit over?

Welke kwalificatie zou ik eraan geven? Ik weet niet zo snel een woord. Wat ik graag wilde overbrengen, was: we zitten in een andere fase en het is ongelofelijk belangrijk dat we niet meer kijken naar alleen de besmettingen. Dat klonk heel vreemd voor mij. We zijn twee jaar lang bezig geweest met ziekenhuisopnames: "in de afgelopen 24 uur zijn er 237 patiënten met covid in het ziekenhuis opgenomen". Dat gold in die fase. Nu moeten we daarvan weg en moet het er veel breder over gaan.

De **voorzitter**:

Dus een gelijkwaardigheid van die twee doelen?

De heer **Kuipers**:

Ja.

De **voorzitter**:

Had die nieuwe communicatieaanpak eerder moeten plaatsvinden?

De heer **Kuipers**:

Ehm ... Pff ... Dat weet ik echt niet. Ik ga uw rapport lezen, maar dat weet ik echt niet.

De **voorzitter**:

Wat vindt u?

De heer **Kuipers**:

Eerlijk gezegd vind ik daar helemaal niks over. Dat meen ik serieus. Op het moment dat ik aantrad als minister was het tijd om over te gaan. Dat was ook echt de tijd. Dit zeg ik even in aansluiting en terugkomend op de vraag van mevrouw Mutluer. Een andere hypothetische vraag zou zijn geweest: wat als je niet in januari, maar in oktober was aangetreden? Ik weet het niet. Dan zaten we met oplopende besmettingen en kwam er een nieuwe variant. Ik denk dat de kans heel groot is dat ik hetzelfde gedaan zou hebben als Hugo de Jonge toen gedaan heeft. Ik weet het niet. Maar op het moment dat ik aantrad, was het voor mij duidelijk: het is een andere tijd en een ander moment; we moeten anders communiceren, maar we moeten er ook voor zorgen dat we zo snel mogelijk versoepelen.

De **voorzitter**:

Tijdens de coronacrisis was er ook veel sprake van polarisatie. Naarmate de crisis langer duurde, nam die toe. Zeker ook toen u aantrad, ten tijde van de omikronvariant, die rondging, was er veel sprake van polarisatie. Heeft de overheid volgens u in haar communicatie een bijdrage geleverd aan die polarisatie?

De heer **Kuipers**:

Ehm ... De besluiten van de overheid, bijvoorbeeld over lockdowns, een avondklok of wat anders, raken iedereen op verschillende manieren. Je zag dat prachtig in het inleidende filmpje dat u voor het verhoor liet zien. Voor sommige mensen gaat het niet ver genoeg en voor andere mensen is het veel te inperkend. Als dat in de eerste fase even zo is, dan begrijpt iedereen dat en staan mensen te klappen voor de zorg et cetera. Maar op het moment dat het langer duurt, wordt het steeds lastiger omdat het echt ontzettend veel vraagt van mensen. Staat u mij toe om uw vraag iets anders te vertalen: wat als de overheid op allerlei momenten geen maatregelen had genomen? Ik denk dat er dan ook heel veel polarisatie geweest was. Ik durf niet te zeggen of dat meer of minder zou zijn geweest, maar houd er rekening mee dat het meer zou zijn geweest.

Ik denk dat u vraagt: waar hecht ik aan? Want die vraag kan ik beantwoorden. Er zijn in ieder geval twee punten in de communicatie die naar boven komen waarop ik heel duidelijk een wat andere lijn koos. Er is ontzettend vaak gezegd: wij nemen deze maatregelen voor de zorg. Ik zie u ja knikken. U kent het verhaal: we doen dit voor de zorg. Daar was ik als voorzitter van het LNAZ altijd vrij scherp op: we doen dit niet voor de zorg. Ik heb vaak gezegd: in de zorg is het altijd druk, of er nu een coronapatiënt

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

op de spoedeisende hulp ligt of een andere patiënt op de ok of de ic. Voor de zorg moet je dit niet doen. Als je het al doet, dan doe je het om onze basisgarantie overeind te houden. Als je wat overkomt, wat het ook is, bijvoorbeeld omdat je zwanger bent en je moet bevallen, omdat je van je fiets bent gevallen of omdat je gediagnosticeerd wordt met kanker, dan moet er op dat moment ter plekke zorg beschikbaar zijn. Je doet het dus voor elkaar. Dat was één punt waar ik iedere keer op aansloeg: we doen dit niet voor de zorg, maar voor onszelf en voor elkaar.

Ik ben het tweede punt nu even kwijt ... O ja, de hele begrijpelijke discussie over vaccineren. Die werd soms ook fel gevoerd in de polarisatie. Je moet telkens weer herhalen: ik vind dat ik als minister en dat wij als ministerie ervoor moeten zorgen dat iedereen toegang heeft tot optimale informatie, zodat iemand zelf een afweging kan maken en een besluit kan nemen. Het nadrukkelijke advies van de minister was: "Als u het mij vraagt, dan laat ik mij vaccineren. Dat is ook het advies dat ik aan iedereen geef die daarom vraagt, maar het is wel je eigen keuze". Ik heb er vaak bij gezegd: er zijn in de zorg – want dat is het perspectief – ontzettend weinig momenten waarop iemand gedwongen wordt of onder sterke druk wordt gezet om een bepaalde behandeling te ondergaan et cetera. Je maakt je eigen keuze. Wat je keuze ook is, het is jouw keuze en het maakt je niet tot een betere of mindere burger, collega, familielid et cetera. Maar mijn advies is: laat je vaccineren en dit is de informatie en de reden waarom ik dat zeg.

De **voorzitter**:

U geeft aan: het is jouw eigen keuze. U geeft ook aan welke keuze u zou maken. Er waren veel coronasceptici. Hoe keek u naar die groep?

De heer **Kuipers**:

Eh, ja ... Kijk, ik moet ... Ik keek als volgt naar die groep. Je krijgt in een korte tijd, of je dat nou wil of niet ... Je moet jezelf compleet afsluiten, wil je niet overladen worden met informatie over corona. Het maakt niet uit als je de krant niet wilt lezen of je nieuwsapp niet wilt lezen; dan hoor je het op de radio, en als je die uitschakelt, hoor je nog wel je collega's erover. Je wordt overladen met corona. Als je ermee overladen wordt, zie je ook beelden en krijg je ook input van mensen die zeggen "ik heb gehoord dat" of "ik heb gelezen dat". Dat betekent dat je eigenlijk gewoon min of meer gedwongen wordt om je zelf een mening te vormen. Die meningen kunnen, afhankelijk van de input die je krijgt, verschillende kanten uit gaan. Dat hoort er allemaal bij. Dus dat sommige mensen sceptisch waren en zeiden – ik vul

het maar even voor mezelf in; u zegt dat niet – "o, het is niet meer dan een griepje" of vul maar in ... Ik begrijp wel waar dat vandaan komt, ja.

De **voorzitter**:

Heeft de nieuwe communicatieaanpak waar u voor koos toen u minister werd, ervoor gezorgd dat juist die groep zich meer bij het beleid betrokken voelde?

De heer **Kuipers**:

Dat waag ik te betwijfelen. Dat weet ik niet. Maar ook als je twijfelt aan de impact, aan of je een groep kunt bereiken, wil dat niet zeggen dat je niet nog steeds gewoon overtuigd kan zijn van de zinvolheid om het op deze manier te doen. Opnieuw, het klinkt een beetje gek, maar ik heb natuurlijk heel erg lang ook gewoon in de directe patiëntenzorg gewerkt. Dat zegt natuurlijk iets over mijn leeftijd, maar dat heb ik al heel erg lang gedaan. Iedere verpleegkundige en iedere dokter weet dat je gewoon met patiënten en met familie communiceert, adviezen geeft en uitleg geeft, en dat mensen uiteindelijk hun eigen afweging maken en ook moeten maken. Dat is ook het mooie van het vak. Ik maak het maar echt tot ... Dat is wat het is. We zijn allemaal verschillend. We hebben allemaal onze eigen achtergrond en onze eigen omgeving. Waar je mee kunt helpen als zorgprofessional of als zorgbestuurder, en ook als minister, is zorgen dat mensen goed geïnformeerd worden, ze helpen bij hun keuzes en vragen beantwoorden. En dan moet je het zelf doen. En ik waag te betwijfelen of het dan helpt als je na twee jaar corona een wat andere aanpak kiest in een persconferentie, maar heeft het zin om te zeggen: nou, dan doe ik het maar niet? Nee.

De **voorzitter**:

Helder. Collega Mutluer, heeft u nog aanvullingen?

Mevrouw **Mutluer**:

Nee, die heb ik niet op dit onderwerp.

De **voorzitter**:

Collega Poortman?

De heer **Poortman**:

Ik evenmin. Dank.

De **voorzitter**:

Dan kan collega Mutluer door naar het volgende onderwerp.

Mevrouw **Mutluer**:

We hebben bij meerdere getuigen het onderwerp postcovid even geadresseerd. Ik wil daar heel expliciet ook bij u bij stilstaan en daar een aantal vragen over stellen. In uw tijd als minister is al enige tijd duidelijk dat sommige mensen langdurige klachten overhouden aan een coronabesmetting. Zo zien we dat sowieso de Kamer daar aandacht voor vraagt in juli 2021. Die vraagt om een centraal registratiepunt. We zien een petitie van de patiëntenorganisatie Long Covid Nederland, ook in 2021. We zien destijds zelfs een document van minister Van Ark om dit te bespreken met de overige bewindspersonen, maar er worden geen besluiten genomen. U treedt aan als minister. Ik wil van u graag weten in hoeverre u bij de versoepelingen van de coronamaatregelen rekening hield met postcovid.

De heer **Kuipers**:

Het was inderdaad – dat zegt u terecht – duidelijk dat dit een ernstige consequentie van corona kon zijn. Sommige mensen zijn er tot op de dag van vandaag zeer ernstig ziek van. Het heeft een enorme impact op hen en hun naaste familieleden. Er waren de eerste onderzoeken die lieten zien dat dit echt relatief frequent kon optreden. Ik noem onder andere het Lifelinesonderzoek uit Groningen van het UMCG.

Overigens was dat, als je de vergelijking maakt, geen complete verrassing. We wisten ook van voor corona dat het kan voorkomen dat mensen na een infectieziekte langdurige klachten overhouden, bijvoorbeeld chronische vermoeidheid of andere klachten. Als ik kijk naar mijn eigen vroegere vakgebied, heb ik ontzettend veel te maken gehad – iedere maag-, darm- en leverarts heeft daar veel mee te maken – met patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom. Dat kan echt invaliderend zijn. Mensen kunnen daar lang last van hebben. Een deel van die klachten ontstaat na een infectieziekte, na wat in de volksmond een "buikgriep" heet. Dit soort postinfectieuze, langdurige ziektebeelden waren dus bekend. Het was bekend dat het ook bij covid frequent kan optreden.

Dan kom ik bij de versoepelingen. Ja, op het moment dat je versoepelt, weet je dat je bij een zeer besmettelijk virus met een hoge beginnende infectiedruk ... Als je versoepelt als het aantal besmettingen in de populatie heel erg laag is, dan doet de versoepeling, in ieder geval in eerste instantie, niet zo veel. Maar als je al vrij hoog zit, dus als je praat over – ik weet de precieze getallen van toen niet meer – 30.000 besmettingen per dag in de GGD-teststraat, dan weet je dat het fors omhooggaat als je versoepelt. Ik heb bij de eerste of tweede persconferentie op een vraag van de pers

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

gezegd: ik hou er rekening mee dat het aantal zal stijgen tot boven de 80.000 per dag.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe ga je daarmee om?

De heer **Kuipers**:

We hebben boven de 100.000 per dag gehad. Je weet dat dat gebeurt. Dat betekent ook dat je weet dat een deel van de mensen daar ernstig ziek van wordt en dat een deel van de mensen daar langdurige klachten aan overhoudt. Wat ik nu ga zeggen, klinkt heel contra-intuïtief, maar tegelijkertijd wisten we ook al ... Althans we hadden aanwijzingen; "wisten" is te sterk. We wisten dat een goede immuunstatus, onder andere door vaccinatie of door eerdere besmetting, beschermend was tegen ernstige ziekte. Er waren sterke aanwijzingen dat het ook beschermend was tegen de kans op postcovid. Dat was relevant. We wisten ook dat zo'n immuunstatus bij corona, bijvoorbeeld na je vaccinatie, in de tijd weer vrij snel afneemt. Dan denk je aan een periode van twee à drie maanden. We hadden juist op dat moment een virusvariant die minder ziekmakend was. Ook waren er net in de weken daarvoor meer dan 7 miljoen boostervaccinaties gedaan, waarvan 1,9 miljoen pal in de week ervoor, het hoogste wat de GGD tot dan ooit gedaan had.

Ik wist dus: "De immuunstatus is nu heel goed. Ja, we zullen veel besmettingen krijgen. Maar als je", zeg ik in slecht Nederlands, "een window of opportunity hebt waarbij zo veel mogelijk mensen beschermd zijn tegen ernstige en langdurige gevolgen, dan is het nu. Dan moet je niet een maand of twee maanden wachten." Tel daarbij op dat als je wél zo lang wacht ... We wisten ook al van de twee jaar ervoor dat het niet zo is dat de ziekte bijvoorbeeld op 1 april over is en dat dat dan de hele zomer zo is. Nee, het gaat gewoon door. Dus als je je maatregelen vasthoudt, krijg je op dat moment, in die window of opportunity, een lagere piek, maar je duwt het aantal besmettingen juist heel erg voor je uit. Vroeg of laat is er dus nog steeds een forse kans dat mensen besmet raken. Met andere woorden: ja, er is heel sterk rekening mee gehouden. Hoe contra-intuïtief het ook klinkt, de redenering en de aanname waren, op redelijke gronden: juist als we nu versoepelen, is het aantal mensen dat hierdoor met langdurige klachten getroffen wordt, uiteindelijk lager dan wanneer we het uitstellen.

Mevrouw **Mutluer**:

U zei net eigenlijk ook dat jullie sterke aanwijzingen hadden dat je beschermd was als je gevaccineerd was.

De heer **Kuipers**:

Ja. Dus de kans is niet nul, maar minder.

Mevrouw **Mutluer**:

Had je in uw beeld dan dus ook eerder moeten beginnen met die boostercampagnes waar u het net over had?

De heer **Kuipers**:

Nou ... Opnieuw: dat ligt dan juist heel precair, want die boostercampagne moet je ... Omdat het effect daarvan maar beperkt was, snapte ik heel goed de overwegingen die ik aanhoorde van het kabinet, of van VWS, en de overwegingen in de advisering van de Gezondheidsraad over wat nou precies de meest optimale timing is. Als je het vroeg doet, dan voorkom je misschien de eerste oplopende ... Maar het beschermende effect van dat vaccin nam na een tijd ook weer af. Dus hoe kom je nou optimaal een langere periode door? Dan moet je kiezen voor een zo optimaal mogelijk moment, maar dan moet je ook de GGD's eigenlijk de vrij onmogelijke taak geven om in hele korte tijd iedereen die dat wil de mogelijkheid te geven om te vaccineren. Dat hebben de GGD's uitstekend gedaan. Het is een lastige afweging.

Mevrouw **Mutluer**:

Als u dan kijkt naar die versoepelingen, waren er in uw beleving ook minder postcovidgevallen geweest als er eerder was ingegrepen en later versoepeld, in die redenering?

De heer **Kuipers**:

Ehm ... Als ik even de redenering van mijzelf als minister neem – u duidt op een eerdere periode, maar ik neem even deze, want toen lag de afweging bij mij – dan moet je gewoon het aantal mensen dat ernstig ziek wordt, de mensen die eraan komen te overlijden of die langdurig op de ic liggen en daar al dan niet blijvende schade van hebben, het aantal mensen met postcovid, maar ook de impact van maatregelen, onder andere op lichamelijke en zeker ook geestelijke gezondheid van heel veel andere mensen, in gedachten houden. Dat is een balans. Het is kiezen tussen ... Of het is balanceren; het is niet kiezen tussen het een of het ander. Het is balanceren tussen verschillende punten die allemaal belangrijk zijn.

Mevrouw **Mutluer**:

Kan op deze vraag ja of nee gezegd worden?

De heer **Kuipers**:

Nee, daar kan ik geen ja of nee op zeggen. Ehm ... Ik hoef het u niet te schetsen, want u hebt het er eerder over gehad, maar kijk naar de impact op de geestelijke gezondheidszorg voor heel veel jongeren. Als u en ik gisteren de berichtgeving zien over de achteruitgang in het niveau van lezen onder adolescenten en ik een onderwijsdeskundige – het is mijn expertise niet – een verband hoor maken, nog steeds, met de coronaperiode, dan is mij duidelijk: we zullen nog lange tijd nodig hebben om het precieze effect hiervan te zien; zeker voor jongeren is dat effect gewoon echt groot geweest. Zo geldt dat ook wel voor sommige andere mensen.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat roept wel de volgende vraag op. Wij hebben als commissie namelijk vele brieven mogen ontvangen van mensen die nog steeds met postcovid te maken hebben. Een aantal van hen hebben we ook gesproken, van leraren tot studenten, van politieagenten tot zorgpersoneel; noem maar op. Zij kunnen nog steeds niet optimaal deelnemen aan het dagelijkse leven. Ik noemde net al een document van minister Van Ark over postcovid dat uiteindelijk aan de ministerraad werd voorgelegd. Het besluit daarover blijft uit. Daar ga ik niet op terugblikken, maar ik wil wel aan u vragen: wat heeft ú destijds gedaan als minister van VWS voor deze mensen, die op dat moment met deze ernstige klachten te maken hadden en dus niet deel konden nemen aan het dagelijkse leven?

De heer **Kuipers**:

Ik herken de beelden en de brieven et cetera volledig. Ik heb ook in mijn rol als minister met mensen met postcovid gesproken en heb het behandelcentrum bezocht. Eén ding wat ik nadrukkelijk gedaan heb, is om te beginnen – de precieze datum weet ik niet meer – in eerste instantie een bedrag van ruim 10 miljoen beschikbaar te stellen voor onderzoek; ik geloof dat het 10,2 miljoen was. Daar is later, net nadat ik weg was, nog een keer een bedrag van 32 miljoen, geloof ik, aan toegevoegd, ook voor onderzoek en voor het inrichten van, nou, nog niet het expertisecentrum; maar in ieder geval was het 42 miljoen bij elkaar. Wat ik nog gedaan heb, is dat ik ook in het overleg met de Europese collega's een pleidooi heb gevoerd voor het inrichten van een Europees onderzoeksfonds hiervoor. Daar is 50 miljoen euro voor ter beschikking gekomen. Ik geef er u even een idee over – het zijn allemaal abstracte bedragen – en vertaal het naar de vraag wat je ermee

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

kunt. Als je bijvoorbeeld alleen in Nederland een bedrag hebt van 40 miljoen euro en je besteedt dat – dat gaat in dit type onderzoek met name naar personele lasten – en je zou dat enkel en alleen aan onderzoekers doen, dan kun je voor een bedrag van 140 miljoen eenvoudig 100 plus, of afhankelijk van hoe je het doet ook nog wel grotere aantallen, promovendi voor vier jaar aanstellen, die allemaal hier onderzoek naar doen. De limiterende factor zit dan niet in het aantal ... Het zijn echt hele grote aantallen. Misschien helpt het even voor de vertaling, want ik heb er ook vaak debatten over gehad met de Kamer. De limiterende factor zit dan niet in het aantal mensen, maar gewoon in de hoeveelheid data die je hebt om onderzoek mee te doen, de follow-up van mensen. Dat heb ik gedaan. Als u mij nou vraagt "wat heb je dan niet gedaan?", dan zeg ik: ik heb geen aparte registratie opgezet voor postcovid.

Mevrouw **Mutluer**:
Waarom niet?

De heer **Kuipers**:
Omdat ik vind dat het niet aan het ministerie was om dat te doen. Dat heb ik ook in de Kamerdebatten in ieder geval één keer en misschien wel herhaaldelijk gezegd. Onze automatische respons vanuit de overheid is: als ik iets wil weten, dan wil ik een extra registratie; laat de zorg het gaan registreren. Tegelijkertijd is ook in uw Kamer, voor mezelf en voor degenen voor mij en na mij al jarenlang, al meer dan tien jaar, het terugkerende mantra dat de registratielast in de zorg verminderd moet worden.

Mevrouw **Mutluer**:
Aan de andere kant: meten is toch weten?

De heer **Kuipers**:
Zeker.

Mevrouw **Mutluer**:
Hoe krijg je als samenleving zicht op het probleem als je het niet registreert?

De heer **Kuipers**:
Omdat er een hele hoop andere methoden zijn en je dus – dat vond ik toen en vind ik nog steeds – als ministerie en als minister weg moet blijven van druk op de zorg leggen. Eigenlijk nemen wij, de Kamer en de minister, vrij eenvoudig het besluit: laten we dit gaan registreren.

Mevrouw **Mutluer**:

Welke methodes zijn er dan?

De heer **Kuipers**:

Er zijn methodes om te kijken naar het aantal mensen dat zichzelf meldt bij een instantie, in dit geval C-support. Er zijn methodes om data op te vragen, zonder het apart te registreren, van keuringsartsen en bedrijfsgeneeskundigen. Er is de mogelijkheid om te kijken naar de gegevens die centra krijgen die dit soort patiënten als expertisecentra onderzoeken en eventueel behandelen. Als vanuit de zorg zelf de afweging gemaakt wordt: dit is wat wij willen ... Ik ben ondertussen, op dit moment, bestuursvoorzitter van een Nederlandse zorgdata-instelling, DICA-IKNL. DICA beheert 26 zorgregistraties, die door de zorg zelf geïnitieerd zijn, dus waarbij de zorg zelf zegt: dit is heel belangrijk om te registreren. Als de zorg en de professionals zelf zeggen "dit is wat wij willen registreren", is daar dus ook nog de mogelijkheid toe.

Mevrouw **Mutluer**:

Aan de andere kant: klopt het dat op dit moment niet gegarandeerd is dat C-support dan wel de expertisecentra langdurig voortbestaan?

De heer **Kuipers**:

Dan komen we op een totaal andere discussie, waar ik niet over ga.

Mevrouw **Mutluer**:

Maar waar u waarschijnlijk wel iets van vindt.

De heer **Kuipers**:

Ja, maar niet alles wat ik vind, is relevant, ook niet voor deze commissie.

Mevrouw **Mutluer**:

Nou, het is behoorlijk relevant. Daarom stel ik die vraag ook, puur om te leren voor de toekomst.

De heer **Kuipers**:

Zonder dat ik daarmee iets zeg over ... Bij iets wat zo frequent voorkomt als dit, wat zo'n impact heeft, waarvan we zeker weten of waarbij we ervan uitgaan dat het nog langere tijd duurt, en wat aansluit bij vergelijkbare beelden na andere infectieziekten, waar we even weinig over weten, is het ontzettend belangrijk om expertise te bundelen, onderzoek te doen et cetera. Het is dus ook belangrijk om mensen de gelegenheid te geven om

daar hulp voor te zoeken bij plekken waar dat kan. Dat gezegd hebbend, en dan kom ik een beetje op dezelfde lijn als eerder, heeft de zorg zelf, in dit geval voorbeeld de ziekenhuizen, ongelofelijk veel mogelijkheden om met precies dezelfde redenatie zelf het initiatief te nemen om hiervoor expertisecentra of poliklinieken te openen.

Mevrouw **Mutluer**:

U vindt dat niet een landelijke taak? Ik heb die vraag gesteld omdat u zelf met die mogelijkheden kwam. Maar het voortbestaan van een dergelijke C-support, coronasupport, dan wel van een expertisecentrum, is niet gegarandeerd en we hebben net op basis van uw antwoord geconstateerd dat meten weten is.

De heer **Kuipers**:

Ik kan u een antwoord geven in algemene zin, vanuit eerdere ervaringen. Het openen van een polikliniek en daarmee het benoemen van een plek van expertise – dat is namelijk aan elkaar gekoppeld; je opent geen poli op een terrein waar je als verpleegkundige en dokter totaal geen verstand van hebt – is in de zorg altijd een besluit op het niveau van de manager van de poli. Dat komt vrijwel nooit op het bordje van het afdelingshoofd, laat staan het divisiehoofd, laat staan de voorzitter van de raad van bestuur en laat staan de minister. Ik heb in ...

Mevrouw **Mutluer**:

Vindt u dat ook niet wenselijk?

De heer **Kuipers**:

Nee, dat vind ik ook helemaal niet wenselijk.

Mevrouw **Mutluer**:

Krijg je daarmee geen verschillen per regio?

De heer **Kuipers**:

Nou, "niet wenselijk" is misschien te sterk. Wat ik vond en vind, is dat als je de zorg ... Ik vind het heel wenselijk dat vanuit de politiek gezegd wordt: "Wij vinden dat de zorg hierop in moet zetten. We vinden onderzoek belangrijk en stellen daar ook geld voor ter beschikking. Als dat meer geld moet zijn, zal dat meer geld zijn. We willen dat de zorg dit ook regionaal organiseert, zodat iedereen overal terecht kan. Punt." Maar als wij daar vervolgens een apart budget voor ter beschikking stellen en daar zelf centra voor aanwijzen, dan kun je verwachten, en dat gebeurde ook, dat sommige

centra zeggen: wij zijn helemaal niet aangewezen; we willen die zorg heel graag leveren en we hebben ook expertise, maar nu mogen we dat niet en hebben we ook geen geld gekregen. Dat beperkt al de keuzemogelijkheid die een patiënt heeft.

Mevrouw **Mutluer**:
Helder.

De heer **Kuipers**:

Zo kan ik wel even doorgaan. Nu zitten we iets verder in de rit. Nu houdt de ene financiering op en komt uiteraard weer dezelfde vraag bij de Kamer en het kabinet. Terwijl, als ze aan de voorkant gewoon gezegd hadden: dit is je opdracht en regel het ... Ja.

Mevrouw **Mutluer**:

U heeft uw visie helder overgebracht. Toen ik net vroeg wat u tijdens uw ministerschap voor deze mensen heeft gedaan, wees u op het onderzoek dat werd gedaan en op de contacten die u op Europeesrechtelijk niveau had. U heeft ook gezegd wat u niet heeft gedaan en u heeft uitgelegd waarom. Wat valt er in uw beleving nu te doen voor mensen die te kampen hebben met langdurige klachten naar aanleiding van covid, los van het onderzoek naar onder andere medicatie?

De heer **Kuipers**:

Eén punt gaf ik al aan, juist bij de vraag over expertisecentra. Ik kan er wat over zeggen, maar ik ga er op geen enkele manier over. Ik hoef er dus ook niks van te vinden. Maar kijkend naar de toekomst denk ik dat het belangrijk is dat mensen gewoon terechtkunnen op specifieke plekken met expertise. We gaan ervan uit dat het om grote aantallen mensen gaat. We zijn nu anderhalf, bijna twee jaar verder met de bestaande expertisecentra. De aantallen patiënten die zij tot nu toe gezien hebben, zijn buitengewoon klein. De getallen die onlangs voorbijkwamen, waren – ik zeg het uit mijn hoofd – 1.800 à 1.900 patiënten in twee jaar tijd met zes centra. Dat is heel erg weinig. Als ik politiek een signaal zou afgeven, zou ik dus zeggen: schaal dit op, zet het neer bij veel meer centra en regel het gewoon, ook met de financiering en de zorgverzekeraars, in de reguliere zorg, zoals je het allemaal doet.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat is er nog meer nodig? Er werd geroepen om erkenning, herkenning –

dat stond ook in de petitie die werd ingediend – en financiële steun. Wat is er nu nodig voor de mensen die hiermee te kampen hebben?

De heer **Kuipers**:

Over financiële steun als het gaat om de persoonlijke financiële steun, heb ik geen mening. Dat gaat, denk ik, via dezelfde routes als voor mensen die langdurig ziek zijn door andere oorzaken. Over de erkenning en herkenning gaf ik al iets aan. Kijk, en laat vooral de zorg kijken, naar de mogelijkheden die er zijn om deze expertise veel breder in te zetten. Ja. Die mogelijkheden liggen er te over. Ik zeg: kijk daarvoor niet opnieuw naar de Kamer, de politiek en Den Haag, maar doe je best als zorg; jullie kunnen dit.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe krijg je dan zicht op de groep die hiermee van doen heeft, ook als overheid?

De heer **Kuipers**:

Zoals gezegd zijn daar heel veel methoden voor. Ik gaf er een aantal en u kunt ongetwijfeld nog andere verzinnen. Ik heb als minister gemeend – laat ik het zo zeggen – dat het onverstandig was om als minister en als overheid te zeggen: wij willen dat de zorg dit gaat registreren.

Mevrouw **Mutluer**:

Ziet u daarmee geen rol voor de overheid weggelegd hierin?

De heer **Kuipers**:

Nee. We moeten ons ook goed realiseren dat als je dit gaat registreren, je een registratie op moet zetten die buitengewoon complex is. Patiënten met postcovidklachten komen binnen bij een diversiteit aan zorgprofessionals en met tal van verschillende klachten, aandoeningen en symptomen, die ook variëren in de tijd. Op het moment dat je iets registreert, moet je dus een registratie opzetten waar heel veel verschillende professionals toegang toe hebben. Daarbij krijg je automatisch de vraag hoe je dubbelingen uitsluit. Ik zal u niet gaan vermoeien met wat er dan mag met het gebruik van een burgerservicenummer of wat anders. Maar als je erover nadenkt, blijkt het dus heel complex te zijn, terwijl er andere methoden zijn om een idee te krijgen. Ik weet uit de discussie destijds als minister dat sommige mensen voelden: als er een register is waar ik in sta, is dat een vorm van erkenning. Ik snap dat heel goed. Ik denk dat er ook andere manieren zijn om het te erkennen zonder dat je zo'n register opzet.

Mevrouw **Mutluer**:

Dank u wel. Ik heb verder geen vragen over dit onderdeel.

De **voorzitter**:

Collega Poortman, heeft u nog aanvullingen?

De heer **Poortman**:

Nee, dank.

De **voorzitter**:

Dan gaan we naar het volgende onderwerp. Ik wil het met u hebben over de herstelopgave. Iedereen heeft corona meegemaakt, de hele samenleving. Ik heb vaker, ook namens de commissie, benadrukt dat corona eigenlijk 18 miljoen verhalen kent in Nederland. Het had ook maatschappelijke gevolgen. Voor de schorsing hadden we het met name over de impact op de zorg, maar in het gehele verhoor komen ook die sociaal-maatschappelijke gevolgen terug. Mijn eerste vraag is dan ook: wat heeft u gedaan, in uw rol als minister, om die maatschappelijke gevolgen beperkt te laten zijn?

De heer **Kuipers**:

Dat sluit een beetje aan bij de rapportage en de andere doelstellingen waar we zojuist al over spraken. Toen ik als minister aantrad, lag er een recent rapport dat zes verschillende doelstellingen benoemde. Niet allemaal, niet alle zes, maar een aantal daarvan zat nadrukkelijk in de portefeuille van VWS. Ik wou "op het bord van" zeggen, maar dat klinkt wat ... Ik denk dan aan je breed richten op kwetsbaren en toegankelijkheid tot de zorg, mentale weerbaarheid en geestelijke gezondheid, en betere besluitvorming. Het was niet allemaal enkel voor VWS. Het ging vaak in combinatie met collega's, maar dit waren onderwerpen die nadrukkelijk in die rapportage zaten en waar iets aan gedaan moest worden.

Ik benoemde dat ik geprobeerd heb met andere doelstellingen, met ander beleid en met een andere communicatielijn te komen tot gecontroleerd weer openen. Naar mijn inschatting destijds en ook achteraf: veilig, maar wel snel. Dat hielp om zo veel mogelijk al die aspecten te adresseren. Ik heb dat nog niet genoemd, maar andere sloten aan bij de discussie. Dat was samen met de collega van SZW het inrichten van een Maatschappelijk Impact Team onder voorzitterschap van Jolanda Sap. Dat was om juist dat als gewogen ... We hebben ook heel nadrukkelijk gezegd: naast het OMT en niet ondergeschikt aan. We zetten het naast het OMT: een extra advies, precies om deze punten goed te wegen en bij ons onder de aandacht te brengen.

De **voorzitter**:

U benoemt "breder dan VWS" en u benoemt ook nadrukkelijk uw SZW-collega. In december 2021 kwam het programmadirectoraat-generaal Samenleving en COVID-19 onder leiding van Roscam Abbing, hier overigens ook opgeroepen als getuige, met het rapport over de herstelopgave. Daarin werden een aantal kwetsbare doelgroepen geformuleerd, die in meer of mindere mate hinder ondervonden van de bestrijding van het virus. U kunt daarbij denken aan sekswerkers, arbeidsmigranten, maar zeker ook aan jongeren die in hun mentale welzijn werden geraakt. Wat vond u van dat rapport over de herstelopgave?

De heer **Kuipers**:

Ik vond dat dat rapport aansloot bij de bredere signalen en de beleving die ik er ook over had. Zoals iedere Nederlander, maar ik zat daarvoor in een andere rol, dacht ik op het moment dat dat uitkwam: ik herken hier veel van. Ik vond de doelstellingen wat dat betreft invoelbaar, logisch en verstandig. Dat is mede een reden geweest om het beleid aan te passen toen ik minister werd en eigenlijk te proberen om vorm te geven en een vervolg te geven aan die onderdelen en die adviezen die aan mijn terrein raakten.

De **voorzitter**:

Dat rapport werd in februari 2022 in het kabinet besproken. Hoe werd het daar ontvangen?

De heer **Kuipers**:

Ik moet eerlijk zeggen dat ik mij de precieze discussie niet kan herinneren. Maar wat ik me ervan kan herinneren, is: in dezelfde lijn, juist heel erg herkenbaar en aansluitend bij de discussie waar ik zonet al aan refereerde en die we ook net daarvoor gehad hadden over "het moet nu, maar het kan nu ook".

De **voorzitter**:

Kunt u zich herinneren wat er met de aanbevelingen in dat rapport is gebeurd?

De heer **Kuipers**:

Een aantal punten benoem ik. Ik kan niet precies zeggen wat daarmee is gebeurd op het terrein van onderwijs, maar dit is in ieder geval wat ik wel over VWS en SZW weet.

De **voorzitter**:

Een aantal zaken waren uw verantwoordelijkheid. Het gaat dan met name over het mentale welzijn van jongeren. Wat heeft u gedaan vanuit uw verantwoordelijkheid als minister om, zoals het was geformuleerd, juist voor die kwetsbare groep de juiste maatregelen te treffen?

De heer **Kuipers**:

Ehm ... Een belangrijk punt in de hele discussie, de onderbouwing en alle illustraties die er waren, was het enorme gemis aan mogelijkheden voor sociaal contact. Of dat nou de school was ... School is echt iets anders. Ik vul het even voor ze in, maar leerlingen zouden, denk ik, met een grijs zeggen: natuurlijk is school iets anders dan een plek om te leren. Het is allereerst de plek om met je vrienden en vriendinnen ... Dus de school weer opendoen en daar het contact gewoon mogelijk maken. De sportfaciliteiten weer te openen. Mensen gewoon de gelegenheid geven om te sporten. Ook dat is voor die doelgroep ontzettend belangrijk.

Ik noem gewoon even een voorbeeld uit mijn eigen omgeving. Ik kan wat dat betreft alles anders benoemen, maar hetzelfde ... Zo kunnen we veel door laten gaan. Dus maak het weer mogelijk. Een andere daarbij: het gewoon snel aanpassen en versoepelen van quarantaineregels. Opnieuw, ik zag het ook in mijn eigen omgeving, maar het was veel breder dan dat. Je had studenten, maar ook scholieren ... Een voorbeeld: studenten in een studentenhuus die met de regels daarvoor bijna aaneengesloten in quarantaine zaten, omdat er wel altijd iemand was ... Een eigen voorbeeld weer: een van mijn zoons zat in een huis met achttien personen, geloof ik. Ja, die zaten in bepaalde periodes langdurig continu in quarantaine. Ja, dat zouden ook wij niet leuk vinden. Misschien kan ik het op mijn leeftijd nog wel aan, maar op studentenleeftijd had ik het buitengewoon onaangenaam gevonden.

De **voorzitter**:

Dat is meer anekdotisch. Dat is natuurlijk ook relevant, maar de vraag is dan toch: wat heeft u vanuit uw rol als minister, die ook verantwoordelijk was voor het mentale welzijn van jongeren, concreet kunnen doen om in ieder geval de gevolgen beperkt te laten zijn?

De heer **Kuipers**:

Wat ik deed, was eerst even de maatregel benoemen en daarna invullen met een anekdote, enkel en alleen om er even een beeld bij te geven. Ik kan de anekdote ook weglaten. Maar wat ik gedaan heb als belangrijke

maatregelen, zijn de quarantaineregels versoepelen, sportfaciliteiten weer mogelijk maken en scholen weer openen.

De **voorzitter**:

Wat zou u vooruitkijkend mee willen geven aan de commissie als les over het mentale welzijn van deze doelgroep?

De heer **Kuipers**:

Ik schat in dat u de les al wel getrokken hebt. Die les is dat voor iedereen, jong of oud, maar zeker voor jongeren, sociaal contact ... Sociaal contact is gewoon letterlijk ... "Fysiek contact" wilde ik zeggen, maar het is letterlijk: met elkaar in een ruimte zijn en niet via je telefoon of via een beeld. Dat is gewoon sociaal contact: met elkaar om kunnen gaan, met elkaar kunnen sporten, met elkaar in een klas kunnen zitten of na afloop ergens op een terrein staan. Dat is ongelooflijk belangrijk. Dus de afweging voor de toekomst als je op enig moment gedwongen bent de vraag te stellen of je dit soort contactmomenten, zeker voor jongeren, wilt verminderen ... Denk dan ongelooflijk na over: hoe doe ik het precies? Hoe ingrijpend is het? Moet alles dicht? Hoelang moet het duren? Want de impact is groot. En als we ook nu jaren later nog horen dat het iets doet, dan ... Ik ga daarvoor maar even op de onderwijsdeskundigen af. Als het bijvoorbeeld iets doet met leesvaardigheid, maar ook met gewoon de mentale ontwikkeling, dan is dat effect heel groot.

De **voorzitter**:

Dank voor de toelichting. Collega Mutluer, heeft u op dit onderwerp nog aanvullingen?

Mevrouw **Mutluer**:

Ja, ik heb één aanvullende vraag naar aanleiding van dat rapport. Dat rapport stelde ook: "Zonder extra inzet zullen hoogstwaarschijnlijk deze groepen, en ook andere kwetsbaren, langdurig buitenspel raken of blijven." Dat roept natuurlijk de vraag op wat u uiteindelijk in uw periode als minister voor beleid heeft ingezet voor deze groepen naar aanleiding van dat rapport en de herstelopgave. Ik heb het dan ook over de periode na februari 2022, want die aanbevelingen zijn best concreet.

De heer **Kuipers**:

De opmerkingen die ik net maakte, raken op het zo snel mogelijk versoepelen en op andere zaken. U noemde het ook al, maar je weet dat de impact heel langdurig is en dat het langdurige follow-up nodig heeft. Een

aantal onderwerpen daarbij zitten ook bij collega's, zoals een ministerie van OCW en de minister van OCW. Ik kan alleen maar wat zeggen over Rutte IV, maar zij hadden daar toen buitengewoon veel aandacht voor. Het betekent: het verder vervolgen en kijken waar je moet bijsturen. Als het gaat over bijvoorbeeld de extra ondersteuning die nodig is voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, moet je zorgen dat het zo snel mogelijk weer beschikbaar is. Wat dat betreft wordt er gekeken naar wat de toegang is, wat de wachttijd is en hoe je dat optimaal regelt.

Mevrouw **Mutluer**:

Kunt u het concretiseren? Ik noem een aantal aanbevelingen: zorg voor meer hulpbronnen, voor interventies, een andere aanpak van de monitoring, lotgenotencontact en interventies die aansluiten op de leefbaarheid. Dat zijn vrij abstracte aanbevelingen. Ik wil weten hoe die herstelopgaven door de verschillende ministeries en door dat van u zijn opgepakt. Wat is er aan beleid opgesteld?

De heer **Kuipers**:

U zult echt aan de minister van OCW moeten vragen wat voor beleid daarop is ingezet.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat heeft u gedaan? U ging onder andere over de mentale gezondheid. Wat heeft u voor beleid opgesteld om aan te sluiten op die herstelopgave?

De heer **Kuipers**:

De geestelijke gezondheidszorg zat in de portefeuille van mijn collega. Zij heeft zich heel erg gericht op toegankelijkheid, de toegankelijkheid voor alle zorggraden en alle verschillende zwaartegraden van mentale problematiek. Voor corona waren daar ook al lange wachtlijsten en die wachtlijsten verschilden ook vaak. De mensen met de ernstigste problematiek moesten vaak het langste wachten en daar heeft ze heel erg op ingezet.

Mevrouw **Mutluer**:

En u?

De heer **Kuipers**:

Mijn beleid was heel erg op wat ik al benoemd heb: zorgen dat wij in brede zin de maatschappij weer open hebben, terwijl we de zorg juist voor iedereen inrichten en niet enkel gefocust zijn op covid. Het klinkt een beetje

zwart-wit, maar we probeerden het continu te combineren met een nog sterkere focus.

Mevrouw **Mutluer**:

Bent u tevreden over hoe het rapport en al die aanbevelingen ten aanzien van de herstelopgave zijn opgepakt?

De heer **Kuipers**:

Daar stelt u een veel te brede vraag. Ik denk gewoon dat in ieder geval op de onmiddellijke termijn ... Op het moment dat wij het rapport bespraken in de ministerraad, waren een aantal zaken al heel nadrukkelijk opgepakt door het beleid dat we vanaf begin januari hadden ingezet. Dat heeft een follow-up gekregen. Maar tegelijkertijd speelt een deel van de problematiek tot op de dag van vandaag.

Mevrouw **Mutluer**:

Daar wil ik het, denk ik, zo meteen nog met u over hebben. Dus ik laat het voor dit onderdeel voor nu hierbij.

De **voorzitter**:

Collega Poortman, heeft u nog aanvullingen?

De heer **Poortman**:

Nee, dank u wel.

De **voorzitter**:

Dan kunnen we naar het laatste onderwerp van dit openbare verhoor.
Collega Mutluer.

Mevrouw **Mutluer**:

Zoals beloofd. We gaan vooruitkijken en we gaan het dan tot slot met name met u hebben over de pandemische paraatheid. Aan het einde van de coronapandemie is er bij veel mensen uiteraard het besef dat we moeten leren van die periode, zodat we de volgende keer voorbereid zijn. We zijn niet voor niets door de Kamer aangesteld. Dat wordt overigens "de pandemische paraatheid" genoemd. U bent daar tijdens uw ministerschap ook al mee bezig. Wat heeft u aan die pandemische paraatheid gedaan?

De heer **Kuipers**:

Helemaal eens. Ik vond – dat sluit wel aan bij de rapportages die er toen al waren – dat wij ondanks alle dingen onvoldoende voorbereid waren toen het

kwam. Het is belangrijk om daar iets aan te doen, ook vanuit de aanname – ik kan niet zeggen "de wetenschap" – dat de kans, ook vandaag, op een volgende kortdurende of langdurige crisis gewoon heel erg reëel is. We moeten er niet automatisch van uitgaan dat het weer eenzelfde type pandemie wordt. Het kan een pandemie zijn, maar er zijn ook allerlei andere bedreigingen en scenario's, die je je kunt voorstellen. Daar moet je iets voor hebben en wat dat betreft – het is een detail – was ik achteraf iets minder gelukkig met de naam "pandemische paraatheid". Ik was daar zelf ook verantwoordelijk voor, maar als ik het over had moeten doen, had ik eerder gekozen voor "crisisparaatheid" of een andere term om duidelijk te maken dat het wat breder was.

Wat heb ik eraan gedaan? Daarmee kom ik bij uw vraag. Gezamenlijk hebben we een plan van aanpak gemaakt, waarbij we de positie en ook de invulling van de GGD's en de landelijke GGD GHOR Nederland, en nauw aangesloten daarbij het RIVM, tezamen met het Centrum Infectieziektebestrijding, Jaap van Dissel en Jacco Wallinga en zijn team versterkt hebben. We hebben een aanloop genomen naar iets wat we wilden oprichten. Dat kreeg de voorlopige naam "landelijke functionaliteit infectieziekten". Als u me nu zou vragen of ik het een andere naam zou geven, dan zeg ik: ja, dat denk ik wel. Het gaat namelijk niet alleen over infectieziekten. Maar we wilden in ieder geval iets inbouwen, waarbij je zowel regionaal, GGD's en overkoepelend GGD GHOR, als met het RIVM, nauw verbonden met VWS, kunt monitoren, kunt voorbereiden, kunt signaleren et cetera. Daar was destijds, toen ik nog minister was, 300 miljoen aan financiering voor uitgetrokken. Dat is in het kabinet daarna in eerste instantie weer teruggetrokken. Ondertussen is er – dat vind ik heel verstandig – toch weer financiering voor beschikbaar gesteld door het huidige kabinet, zodat het op de een of andere manier in ieder geval voortgang kan vinden. Ik wil het toch even vertalen. Ik vul het maar even in, maar stel dat we dat gehad hadden aan het begin van corona: wat had dat dan kunnen doen?

Mevrouw **Mutluer**:

U stelt de vraag. Ik zou zeggen: beantwoord 'm.

De heer **Kuipers**:

Ik denk: die vraag komt. Wat had het kunnen doen? Een van de dingen die zo'n centrum had kunnen doen, was op basis van de schaarse informatie, in eerste instantie uit China, daarna iets meer uit Italië, zelf al een dreigingssignalement in de tijd afgeven, zo van: "Dit is hoe het eruitziet. Dit

Aan ongecorrigeerde verslagen kan geen enkel recht worden ontleend.

Uit ongecorrigeerde verslagen mag niet letterlijk worden geciteerd.

is wat we nu weten. Dit is wat we verwachten aan acute zorgregio's." Aan individuele instellingen hadden we kunnen zeggen: dit is wat we u adviseren; dit is eventueel wat we echt, afhankelijk van hoe je het inricht, opdragen.

Mevrouw **Mutluer**:

Dan hadden we wellicht eerder kunnen ingrijpen. Is dat wat u zegt?

De heer **Kuipers**:

Dan hadden we in ieder geval gezamenlijk met z'n allen ervoor kunnen zorgen ... Het is allemaal hypothetisch, maar ik denk dat het echt gekund had. Dan hadden we gewoon kunnen zorgen dat we naar analogie van die enkele centra die dat gedaan hebben, gewoon tijdig een grote voorraad beschermingsmiddelen hadden opgebouwd, zodat we niet in de eerste weken al moesten zeggen: tjeetje, dit hadden we niet voorzien. Dat had ons een hele hoop ellende bespaard. Het had allerlei medewerkers en gezondheidsprofessionals in staat gesteld om veiliger te werken. We hadden even een checklist kunnen doen: hebben we onze medicatie en onze apparatuur? Hebben we ... Nou, allemaal van dit soort zaken.

Het betekent dat je veel meer synchroon had kunnen acteren. We hadden tegen het LNAZ kunnen zeggen: "Goh, als dit op ons afkomt, dan hebben we een systeem nodig waarin we gewoon realtime kunnen zien hoeveel mensen er nu zijn en hoeveel capaciteit er is." Met andere woorden: kunnen we het systeem dat er in Noordoost-Nederland is, alvast in januari/februari over het hele land, over alle ROAZ-regio's, uitrollen en landelijk koppelen?

Het goede nieuws is dat het LCPS in slapende toestand een landingsplaats heeft gevonden in Huis ter Heide, in de Landelijke Meldkamer Samenwerking, samen met Defensie, met de brandweer en met de politie. Dat is zodanig gedaan dat als je het nodig hebt, je bij wijze van spreken de lakens van de computers en de tafels af kunt trekken. Maar dan moet je vervolgens dat systeem wel onderhouden. Dat had allemaal gekund en dit is wat er mogelijk is. Maar ik kan wel zeggen dat signalering voor het LNAZ vrijwel zeker zeer behulpzaam zou zijn geweest.

Mevrouw **Mutluer**:

U geeft hele concrete suggesties. U noemt geld als iets belangrijks, maar u zegt ook: er moet iets regionaal ingebouwd worden door de GGD en het RIVM, dat nauw met elkaar verbonden is.

De heer **Kuipers**:

Dat was het plan al. Ik benoem gewoon even wat het plan destijds was. Ambtenaren van VWS hebben zich daar ook heel erg hard voor gemaakt, en terecht.

Mevrouw **Mutluer**:

Als we vooruitkijken, wat is er in uw beleving dan nog meer nodig aan wetgeving, protocollen en programma's om paraat te zijn en voorbereid te zijn op een nieuwe crisis?

De heer **Kuipers**:

Ten minste iets van wet- en regelgeving. Ik heb gezegd: denk na over een goede positionering van die ROAZ-regio's, hun voorzitters en de bestuurders, en van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Denk ook na over op welke manier zich dat moet verbinden of verhouden met de veiligheidsregio's. U gaat in de komende langere periode nadenken over de nieuwe veiligheidswetgeving et cetera. Nou, neem dit onderdeel mee.

Mevrouw **Mutluer**:

Heb ik net ook begrepen dat u vindt dat het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding een meer formele status moet krijgen? Heb ik dat goed begrepen?

De heer **Kuipers**:

Nee. Dat valt onder het LNAZ en ik denk dat dat prima is. Maar het is wel heel goed dat het aangesloten is en gewoon een plek heeft gekregen bij de Landelijke Meldkamer Samenwerking en wel zodanig dat de overheid ... Als er zich een crisissituatie voordoet, afhankelijk van het type, kunt u daardoor zeggen: welke onderdelen moeten wij in dit geval aanspreken, opschalen of activeren? Het goede nieuws is dat die onderdelen bij elkaar zitten. Dat stamt nog uit de periode dat ik zelf voorzitter was van het LNAZ. Toen is door mijn collega's en mij de uitnodiging om aan te sluiten bij die Landelijke Meldkamer Samenwerking met beide handen aangegrepen, omdat het een totaal logische stap is.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe staat dat er bij uw weten nu voor?

De heer **Kuipers**:

Op dit moment is het centrum inactief.

Mevrouw **Mutluer**:

Meer algemeen, als we kijken naar de pandemische paraatheid?

De heer **Kuipers**:

Ik denk dat alle plannen die destijds gemaakt zijn voor zo'n functionaliteit met het RIVM en de GGD's, een tijd min of meer stil hebben gelegen. Het is nu work in progress. Dat is gelukkig zo, want het is een goede beweging.

Mevrouw **Mutluer**:

Is het ministerie van Volksgezondheid in uw beleving en in uw optiek goed voorbereid op een volgende pandemie?

De heer **Kuipers**:

Ehm ... Ik denk dat het programma waar men nu uitvoering aan geeft ... Laat ik nadrukkelijk zeggen dat de betreffende directie en de betreffende ambtenaren bij VWS zich daar heel hard voor hebben gemaakt in de afgelopen periode. Ze hebben dat om hele goede redenen gedaan, ook op basis van alle ervaring die ze hebben opgedaan in de covidperiode. Zij zijn daar heel erg hard mee bezig en ik heb er alle vertrouwen in dat dat er komt. Als u vraagt "wat als er morgen weer ergens dit soort beelden te zien zouden zijn?", dan denk ik dat men versneld het programma dat men nu heeft, door zou zetten. Men zou, denk ik, zeggen: we moeten binnen nu en twee maanden, of wat dan ook, ergens staan.

Mevrouw **Mutluer**:

In het kader van leren van de pandemie: moeten dat soort dingen niet al eerder gereed zijn, dus überhaupt voordat er een crisis uitbreekt?

De heer **Kuipers**:

Daar wordt nu aan gewerkt.

Mevrouw **Mutluer**:

Wat zou er in uw beleving moeten gebeuren ten aanzien van de zorg? Ik denk dan aan de ziekenhuizen, maar misschien ook wel aan de langdurige zorg in Nederland. Wellicht heeft u op dat laatste iets minder zicht, maar zijn die goed voorbereid op een volgende pandemie?

De heer **Kuipers**:

Ja en nee. Dat sluit aan bij het antwoord dat ik helemaal in het begin gaf. Sorry dat ik zo cryptisch ben met dat dubbele. Ze zijn goed voorbereid in de zin dat er uitstekende mensen werken. We hebben het veel over de

ziekenhuizen gehad, maar laat ik toch ook even een ander voorbeeld noemen. Ik was in diezelfde periode, nog voor corona, als toezichthouder betrokken bij een landelijke organisatie voor zorg voor mensen met een beperking met ruim 500 locaties in Nederland. Ik was écht ontzettend onder de indruk van hoe zij acteerden toen corona kwam, met zo veel locaties en met zulke diverse vraagstellingen. We hebben echt hele professionele mensen. Maar in de brede zin hebben wij de zorg wel zo georganiseerd – daar kun je prima heel lang over debatteren – dat iedere zorginstelling in principe, ook tijdens een crisis, volledig integraal verantwoordelijk is voor al het beleid dat die zorginstelling levert. Daar kunnen we lang over debatteren en we kunnen vergelijkingen maken met het buitenland. Soms is het vastgoed, soms is het lastig, maar bij een crisis kan ons dat ontzettend in de weg zitten. Het betekent dat het, zonder het hele zorgstelsel op z'n kop te willen zetten, relevant is om na te denken over hoe zorginstellingen zich tot elkaar verhouden en over wat de overheid een wenselijkheid of een verplichting vindt. Het ministerie en het kabinet moeten dat definiëren, want als er echt een crisis is, moeten zij bepalen wat er gebeurt.

Mevrouw **Mutluer**:

Hoe staat het met de informatie-uitwisseling? U schetste net een versnipperd landschap. Hoe zou die vorm moeten krijgen, ook in het licht van die pandemische paraatheid?

De heer **Kuipers**:

Ik denk dat corona ons heel erg geleerd heeft en mij destijds geleerd heeft dat het in zo'n situatie, met alle onzekerheden die er dan zijn, heel erg zinvol is om desnoods in overdaad met de collega's te delen. Dat is relevant. Iedereen kan dan een eigen afweging maken waar die vrijheid zit. We moeten dat veel meer doen. Zonder het weg te willen schuiven bij het LNAZ, vul ik het een beetje in: de meeste expertise zit over het algemeen juist bij het RIVM of bij andere organisaties. Die kunnen enorm helpen met zo'n signalement.

Mevrouw **Mutluer**:

Moeten daar vooraf goede afspraken over worden gemaakt?

De heer **Kuipers**:

Zeker, zeker. Laat ik het even heel sec zeggen. Wij geven een opdracht. We hebben allang een opdracht gegeven om de acute zorgketens regionaal te organiseren. Ondertussen staat in de AMvB dat wij vinden dat eigenlijk alle zorgpartijen daarbij aangesloten moeten zijn. Wij vullen het nog wat in,

maar ... Die ketens en dat landelijke netwerk moeten zorgen voor de organisatie van de zorg, maar wij beleggen de echte signalering even bij een partij die daar veel meer expertise op heeft. Dat is bij uitstek het RIVM, althans in mijn beleving. Dat was ook tijdens corona zo. Geef het RIVM een dergelijke rol en ze zullen 'm invullen. En dat is wat de opdracht eigenlijk ook was.

Mevrouw **Mutluer**:

Tot slot. Mevrouw Koopmans hebben we deze vraag ook gesteld. Zij gaf aan: "Je kunt niet de brandweerwagen gaan bouwen als er brand is. Je moet eigenlijk het een en ander structureel inbedden." Hoe die paraatheid nu wordt ingericht ... Ze noemde ook structureel geld en versnippering van de data en infrastructuur oplossen: "De maatschappij moet pandemisch paraat worden en het is belangrijk om internationaal samen te werken." Wellicht wilt u daar tot slot uw licht nog op laten schijnen.

De heer **Kuipers**:

Zeker. We hebben over veel dingen al wat gezegd. Laat ik die internationale samenwerking eruit lichten. Ik heb er indertijd als minister ook met uw Kamer regelmatig over gesproken. Er zijn vele argumenten genoemd en die begrijp ik heel goed, maar internationale samenwerking tijdens een crisis in de zorg is ongelooflijk belangrijk. Corona heeft dat getoond en dat betekent dat het echt verstandig is dat Nederland allereerst binnen Europa, maar ook breder via organisaties als de WHO, echt goede verbindingen heeft en inzet op een goede informatiepositie. We moeten zo veel mogelijk stromen van materialen, apparatuur en andere zaken openhouden. Daar moeten we goede afspraken over maken.

Ik blijf bij het voorbeeld van corona. Had het geholpen als we informatie over het virus eerder gekregen hadden? Ondanks alle onzekerheden had dat zeker geholpen. Het had niet voorkomen dat het naar Nederland kwam, maar het had wel geholpen. Internationale samenwerking is dus heel erg belangrijk.

In Nederland heb je data en goede systemen nodig, maar dat heb ik al gezegd. Ik heb verder ook al gezegd dat je moet zorgen dat alle organisaties beschikken hebben over de meest actuele en meest accurate data. Baseer daar vervolgens je analyses op van wat nu precies de impact is van de maatregelen. Ik bedoel alle maatregelen en dus ook de maatregelen voor de toekomst in wat de "gereedheidskist" is gaan heten. Kijk nog eens goed naar wat er bijvoorbeeld in de periode rond 2021 is gebeurd met

ziekenhuisopnames in alle verschillende regio's van Nederland. De data zijn er, maar er is, los van het LNAZ, nooit naar gekeken.

Mevrouw **Mutluer**:

Dat heeft u heel helder gemaakt. Dank u wel.

De heer **Kuipers**:

Graag gedaan.

De **voorzitter**:

Ook dank aan collega Mutluer. Collega Poortman, heeft u nog aanvullingen?

De heer **Poortman**:

Nee. Ik wil alleen nog de heer Kuipers bedanken.

De heer **Kuipers**:

Graag gedaan.

De **voorzitter**:

Dank voor het beantwoorden van de vragen van de commissie. Hiermee zijn we tevens aan het einde gekomen van dit openbare verhoor. Ik verzoek de bode om de getuige en zijn bijstandsverlener naar buiten te leiden.

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

De **voorzitter**:

Dit was het 50ste openbare verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona. Morgenochtend om 10.00 uur vindt het laatste openbare verhoor plaats. In het kader van reflecteren en vooruitkijken hebben we mevrouw Anja Schreijer opgeroepen als getuige. Ten tijde van de pandemie was zij hoofd infectieziekten bij de GGD Amsterdam en lid van het Outbreak Management Team. Momenteel is zij als Medical Director betrokken bij het Pandemic & Disaster Preparedness Center.

Sluiting 13.40 uur.