

Verslag van een openbaar verhoor

De parlementaire enquêtecommissie Corona heeft op 10 september 2026 **mevrouw Schreijer** als getuige gehoord, die werd bijgestaan door mevrouw Terpstra.

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 donderdag 10 september 2026. Aan de orde is een openbaar verhoor door de parlementaire enquêtecommissie Corona.

Ik verzoek de griffier om mevrouw Schreijer en haar bijstandsverlener naar binnen te leiden.

(Mevrouw Schreijer wordt binnengeleid door de griffier.)

De **voorzitter**:

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

Mevrouw Schreijer, u bent opgeroepen als getuige voor het laatste openbaar verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona. Deze gehele week stond en staat vandaag ook nog in het teken van reflecteren en vooruitkijken. Die twee zaken komen in uw vorige en huidige functie bijeen. Ten tijde van de pandemie was u hoofd algemene infectieziektebestrijding bij de GGD Amsterdam en lid van het Outbreak Management Team. Tegenwoordig bent u medical director bij het Pandemic & Disaster Preparedness Center. We gaan in dit verhoor dus reflecteren en vooruitkijken.

U heeft ervoor gekozen om de eed af te leggen. Daarmee bent u gehouden aan de gehele waarheid en niets dan de waarheid. Ik wil u verzoeken om te gaan staan.

(In handen van de voorzitter legt mevrouw Schreijer de eed af.)

De **voorzitter**:

U staat onder ede. U mag weer gaan zitten.

Heeft u voordat we beginnen met dit openbare verhoor nog vragen aan de commissie?

Mevrouw **Schreijer**:

Nee, ik heb geen vragen. Het is mij duidelijk. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Mooi. Dit verhoor zal worden afgenomen door de collega's Huidekooper en Lammers. Het kan zijn dat ik een aanvullende vraag stel. We hebben veel te vragen, dus laten we snel beginnen. Voor het eerste onderwerp geef ik graag het woord aan collega Huidekooper.

De heer **Huidekooper**:

Dank, voorzitter. Goedemorgen, mevrouw Schreijer. Ik zou met u willen beginnen bij het bron- en contactonderzoek. Tijdens een groot deel van de pandemie was u hoofd algemene infectieziektebestrijding bij de GGD Amsterdam. Een taak die tijdens de pandemie veel menskracht vergde, is het bron- en contactonderzoek. Daarbij wordt van positief geteste mensen nagegaan waar ze zijn geweest, zodat mensen uit de omgeving van die persoon kunnen worden gewaarschuwd. Mijn eerste vraag zou zijn: was de

GGD van Amsterdam tijdens de eerste coronagolf voldoende in staat om dat bron- en contactonderzoek uit te voeren?

Mevrouw **Schreijer**:

Goedemorgen. Dank u wel voor uw vraag. Nee, ik denk dat geen enkele GGD, in Amsterdam of elders in Nederland, goed voorbereid was op het opvangen van zo'n grote golf aan patiënten en dus ook niet op het doen van dat bron- en contactonderzoek. Een IGJ-rapport uit 2016 heeft ook al laten zien dat Nederland de infectiebestrijding eigenlijk op een waakvlam had staan, dat er geïnvesteerd moest worden in infectieziektebestrijding. Dus ja, we verschenen eigenlijk in heel Nederland niet goed en niet fit aan de start. In Amsterdam dus ook niet.

De heer **Huidekooper**:

Waar lag het aan dat die voorbereiding ... U noemde de waakvlam.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja.

De heer **Huidekooper**:

Waar lag het aan dat die voorbereidingen nog niet op orde waren?

Mevrouw **Schreijer**:

Ehm ... Nou, preventie was eigenlijk altijd een beetje het ondergeschoven kindje, de sluitpost op de begroting. Dus ik denk dat we dat gezien hebben en dat we daar in Amsterdam, maar ook bij andere GGD-collega's ... U moet zich voorstellen dat wij normaal gesproken bij de infectieziektebestrijding één arts en drie verpleegkundigen op een dag hadden. Die werkten alle meldingen af en dat ging goed. Maar dat was dus precies genoeg voor die waakvlam, dus bof, kinkhoest, hepatitis A, noem het maar op. Dat zijn allemaal meldingen die de hele dag door binnen kunnen komen bij een GGD. Het bron- en contactonderzoek bestaat dus echt al heel lang. Voor heel veel mensen is het nieuw, maar wij deden eigenlijk niet anders.

Ik heb nog even teruggekeken en ook wat data opgevraagd bij de GGD. Tijdens de piek hadden we alleen al op het bron- en contactonderzoek tussen de 600 en 700 fte. We hebben dus echt in no time moeten opschalen. We hebben dat in eerste instantie zelf opgevangen, tot de eerste lockdown. De eerste patiënt in Amsterdam was op 28 februari. Toen het briefje

overhandigd werd aan minister Bruins tijdens die tv-uitzending, wist ik al dat er bij ons mogelijk ook één aan zat te komen.

De heer **Huidekooper**:

U doelt op de eerste coronabesmetting in Nederland.

Mevrouw **Schreijer**:

De eerste coronabesmetting in Amsterdam, dus de tweede in Nederland, was dat. We hebben toen heel snel gekeken en gelijk een goede structuur neergezet, die we eigenlijk de hele crisis hebben gebruikt. We hebben een artsenteam gemaakt. We hebben alle artsen die we hadden binnen de GGD bij elkaar gezet.

De heer **Huidekooper**:

Die structuur was er nog niet voordat de pandemie uitbrak?

Mevrouw **Schreijer**:

Niet om op te schalen voor zo'n crisis, maar wel ... Zoals ik al zei, zijn er maar maximaal 100 artsen infectiebestrijding in Nederland. Die hebben dus in no time ook op andere plekken heel snel andere artsen, basisartsen, moeten opleiden om de medische supervisie te doen voor het bron- en contactonderzoek. Daarnaast hebben de verpleegkundigen in no time allerlei andere medewerkers van de GGD getraind om dat bron- en contactonderzoek te doen. Bellijnen. De structuur was dus: bron- en contactonderzoek, de bellijnen, en gelijk eigenlijk al speciale teams voor bijzondere groepen. Later kwam het testen erbij, maar dat was in het begin natuurlijk heel erg schaars.

De heer **Huidekooper**:

Ja, dat moge duidelijk zijn. U noemde een aantal elementen in uw antwoord. De budgetten en het geld waren natuurlijk een probleem.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja.

De heer **Huidekooper**:

Ook de menskracht, kan ik horen. Het ging om de structuur, maar ook om het feit dat er nog extra opleidingen aangeboden moesten worden, dat er trainingen moesten worden verzorgd. Welke van die zaken zouden nou

opgepakt kunnen worden voordat er een volgende pandemie uitbreekt, in het kader van het dak repareren voordat het regent?

Mevrouw **Schreijer**:

Ten eerste is het goed dat er een flexibele schil is. Ik ben blij dat er een zorgreserve is en dat daar dus niet alleen mensen zijn die getraind worden om in het ziekenhuis bij te springen. We hebben natuurlijk heel veel mensen getraind tijdens de crisis. Het zou fijn zijn als die snel weer opgeroepen kunnen worden. Dat betekent dus niet dat het hetzelfde riedeltje wordt. De volgende keer kan het een heel ander virus zijn, met andere vragen. Maar goed, daar zul je dan snel trainingen voor moeten opzetten. Er moet ook echt geïnvesteerd worden in een betere infrastructuur, data-infrastructuur, maar ook in een betere ...

De heer **Huidekooper**:

Kunt u eens concreet maken wat u daarmee bedoelt?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou, betere ICT-systemen. We moesten in het begin ... Kijk, we werkten op een gegeven moment allemaal met HPZone. Dat was het programma. Het kwam overigens uit Engeland. Op zich was het een prima programma, maar dat kon niet zo'n bulk aan besmettingscijfers aan. Het andere punt was dat het nog niet gekoppeld was aan Osiris, het systeem waar het RIVM mee werkt. Alle meldingen van alle GGD'en moesten naar het RIVM, want daar werden de overzichten gemaakt. Waar zijn eigenlijk alle besmettingen? In welke settings? Op scholen? Wat is de bijdrage van jonge mensen? Wat gebeurt er bij de oudere mensen? Om dat goed in kaart te brengen, moest dat naar het RIVM en gebruikten we dat uiteindelijk in het Outbreak Management Team. Maar die koppeling was er niet

De heer **Huidekooper**:

Dus die systemen communiceerden niet goed met elkaar.

Mevrouw **Schreijer**:

Nee. Nou, helemaal niet. Je moest een telefoontje plegen, alles in het ene programma zetten, en dan moest je met je ene programma naar je andere programma en het overtikken. Dat is natuurlijk niet te doen.

De heer **Huidekooper**:

Is die situatie gedurende de pandemie verholpen of is daar nog steeds sprake van?

Mevrouw **Schreijer**:

De koppeling is er wel gekomen, maar eigenlijk wil je veel innovatievere systemen. We hebben bijvoorbeeld even proefgedraaid met de app. Die is in Nederland niet succesvol geweest, maar in landen om ons heen overigens wel.

De heer **Huidekooper**:

Dan bedoelt u de CoronaMelder-app, even voor de duidelijkheid.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, precies, sorry, de CoronaMelder-app. We hebben een hele goede trial gezien, waarin mensen zelf de registraties konden invoeren, het zelf-BCO. Eigenlijk wil je dat je nu zo snel mogelijk een veel innovatievere manier ontwikkelt om bron- en contactonderzoek te doen. Uiteindelijk heeft het namelijk twee doelen. Enerzijds wil je zorgen dat mensen die besmettelijk zijn thuisblijven, in isolatie, en dat contacten van hen die mogelijk besmettelijk worden in quarantaine gaan. Dat is het bestrijdingsdoel, maar bron- en contactonderzoek heeft ook nog een ander doel, namelijk zicht houden op het virus. Dat is wat ik bedoelde met de cijfers die naar het RIVM gingen. Beide doelen moet je nu beter voorbereiden, overigens ook voor het surveillancedoel, want daarop kun je ook nog winst behalen.

De heer **Huidekooper**:

Ja, dat moge duidelijk zijn. Dan over het tweede doel dat u net noemde, dus zicht houden op het virus. We weten nu natuurlijk uit de geschiedschrijving dat zicht op het virus door middel van het bron- en contactonderzoek op een gegeven moment eigenlijk niet meer te krijgen was. Het virus was zo wijdverspreid dat goed bron- en contactonderzoek in ieder geval heel ingewikkeld, zo niet onmogelijk was. De heer Mikkers, burgemeester van Den Bosch, die hier was, heeft daar ook het een en ander over verklaard. Wanneer kwam bij u en bij de GGD Amsterdam het punt dat u zag: eigenlijk is het bron- en contactonderzoek niet meer bij te houden?

Mevrouw **Schreijer**:

Ehm ... Nou, er zijn echt meerdere momenten geweest. Het eerste moment, voor de eerste lockdown, was al ... We hadden niet de goede systemen voor

het goed in kaart brengen van wie met wie in contact was geweest, van clusters, dus we zaten in een soort van warroom met allemaal grote posters aan de muur. Daarop zag je: die was met die in contact geweest, en daar hadden we een bron van, maar daarvan niet. Als je op een gegeven moment bij een grote groep de bron niet meer kan identificeren, weet je dat het best lastig wordt en red je het niet meer met een bron- en contactonderzoek.

De heer **Huidekooper**:

Wat deed u toen u constateerde: eigenlijk raken we het zicht op de verspreiding van het virus kwijt? Wat is dan het handelingsperspectief?

Mevrouw **Schreijer**:

Dan heb je dus andere maatregelen nodig. Ik geloof dat Marion Koopmans hier ook al het Zwitsersekaasmodel genoemd heeft. In de infectieziektebestrijding heb je het bron- en contactonderzoek. Als je geluk hebt, heb je al vaccins, of antibiotica bij bacteriële infecties. Je hebt maatregelen zoals minder contacten. Mond-neusmaskers waren er later natuurlijk. Je hebt ventilatie en noem het allemaal maar op. Dat zijn allemaal onderdelen in de infectieziektentoolbox, in de gereedschapskist die je kan gebruiken, maar één is niet genoeg. In het begin probeer je het natuurlijk te redden met bron- en contactonderzoek, maar je hebt al heel snel – dat hebben we gezien – andere maatregelen nodig.

De heer **Huidekooper**:

Ik probeer nog iets preciezer te begrijpen tot welk punt bron- en contactonderzoek zinvol is om uit te voeren. De heer Mikkers gaf hier aan dat hij op werkbezoek was ...

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, ik heb het gehoord, ja.

De heer **Huidekooper**:

... bij de GGD, zijn lokale GGD, vrij snel na carnaval. Hij gaf aan: we zagen daar eigenlijk al zo veel lijntjes lopen vanuit verschillende bolletjes dat we moesten constateren dat dit ons over de schoenen liep. Dus vanaf welk punt? Kunt u proberen daar zo concreet mogelijk antwoord op te geven?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou, in die eerste fase, dus voor de eerste lockdown, want daarna hebben we natuurlijk meerdere momenten gehad dat het ons over de schoenen liep,

zagen we toch op meerdere plekken in het land dat het uit verschillende hoeken kwam. We konden toen nog niet iedereen testen. Dat kon pas later. In het begin was je dus heel zorgvuldig met een test. We hadden een hele specifieke triage voor bij welke patiënt we die test zouden doen. We zagen uiteindelijk wel dat mensen voldeden aan de casusdefinitie. Zij kwamen dan uit een bepaald gebied en kregen bepaalde klachten. Maar op een gegeven moment kwamen ze ook uit allerlei andere plekken en was het niet meer te herleiden naar specifieke bronnen die wij wel in beeld hadden. Dan verlies je dus de controle. Ik weet niet of je het zicht op het virus op dat moment miste. Het was veel meer dat de infectieziektebestrijdingscomponent eigenlijk ... Ik geloof dat de CDC ooit gezegd heeft: als je 50% van het BCO niet meer doet, kan je beter overgaan naar de mitigatiefase. Nou wil ik niet zeggen dat je dat per se ... Ik denk dat je veel meer kan behalen als je de volgende keer gewoon beter voorbereid bent en een betere infrastructuur hebt, met een betere koppeling van systemen. Dat is niet alleen het geval voor de GGD, maar ook voor de ziekenhuizen, de koppeling met betrekking tot de data tussen het RIVM en de GGD, en de langdurige zorg. Eigenlijk geldt dat ook voor de veterinaire sector, want virussen houden zich niet aan grenzen tussen landen, maar ook niet aan grenzen tussen mens en dier.

De heer **Huidekooper**:

Dat zijn mooie aanbevelingen die u daar doet. Tegelijkertijd zien we dat het bron- en contactonderzoek doorloopt, ook nadat ... Nou, het punt waar we net over spraken. Eigenlijk zijn de controle en daarmee de uitvoerbaarheid van het bron- en contactonderzoek moeilijker geworden. Waarom is daarvoor gekozen? Waarom gaat het bron- en contactonderzoek door nadat het zicht op het virus of de controle, zoals u het noemde, is verloren?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou, volgens mij was het tijdens de lockdown dus even rustig, maar toen we weer langzaam gingen openen, en vanaf 1 juni 2020 helemaal, hadden we ervoor gezorgd dat we veel mensen getraind hadden en hadden we een goed systeem neergezet. Dat was toen nog lokaal; later kwam daar de landelijke schil bij. We hebben toen een systeem bedacht. Later is dat steeds verder uitgebreid, ook landelijk. Daarin kijk je: op het moment dat ik alle mensen en alle contacten nog kan nabellen ... Op een gegeven moment in het begin zaten er één arts en één verpleegkundige op de eerste casuïstiek. Dat is nu bijna niet voor te stellen. Op een gegeven moment zijn we dat op gaan schalen en hebben we gezegd: als we het niet meer redden om al die mensen te bellen, moeten we risicogestuurd bron- en contactonderzoek

doen. Dat houdt in dat je juist de kwetsbare groepen, de mensen waarvan je denkt dat ze nog weleens heel ernstig ziek kunnen worden of dat ze misschien niet begrijpen wat de instructies zijn, belt en dat je anders alleen de patiënt, degene die besmet is, belt en vraagt om zelf zijn contacten in te lichten.

De heer **Huidekooper**:

Dus het bron- en contactonderzoek draagt dan ook bij aan het beter beschermen van de groep kwetsbaren.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, exact.

De heer **Huidekooper**:

Helder, oké. Een ander interessant aspect van bron- en contactonderzoek is natuurlijk het omgaan met privacy.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja.

De heer **Huidekooper**:

Uit ons onderzoek weten we dat het bron- en contactonderzoek makkelijker zou zijn als de privacy minder beschermd wordt. Met gegevens over mobiliteit van telefoondata is bijvoorbeeld duidelijk te zien waar iemand is geweest en waar hij mogelijk mee in aanraking is gekomen. Tegelijkertijd is ook het belang van privacybescherming natuurlijk evident. Hoe kijkt u vanuit de praktijk naar dat dilemma tussen privacybescherming en zicht houden op het virus door middel van bron- en contactonderzoek?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat is een goede vraag, inderdaad. Ik denk dat er best wel wat misverstanden waren over de CoronaMelder. In landen om ons heen, zoals in Engeland en Wales, deed rond de 90% van de bevolking gewoon mee en waren er geen issues rondom privacy. Het is, denk ik, juist heel goed om nu te onderzoeken of het niet toch mogelijk is om goed uit te leggen: "Er is weliswaar een app, maar it doesn't trace you. Die app geeft op een gegeven moment een melding als je in contact bent geweest met iemand in de buurt, maar er staat vervolgens niet iemand op je stoep die je in quarantaine of isolatie wil zetten. Het wordt ook niet publiek gemaakt." Van dat soort zaken denk ik dat het belangrijk is ... Dat geldt niet alleen voor bron- en

contactonderzoek, maar bijvoorbeeld ook voor vaccinaties. Daarbij hadden we te maken met de opt-inmogelijkheid voor registratie. Je moest dus echt zeggen: ik wil dat mijn vaccinatie geregistreerd wordt. Terwijl veel landen om ons heen een opt-out hebben, zoals we met het donorcodicil hebben, waardoor je echt duidelijk aan moet geven: ik wil niet dat mijn gegevens geregistreerd worden. Ik denk dus dat het belangrijk is dat we juist nu werken aan goede communicatie, aan pandemic literacy, zoals het ook wel genoemd wordt, pandemische geletterdheid, zodat we ook begrijpen ...

De heer **Huidekooper**:

Wat verstaat u onder pandemische geletterdheid?

Mevrouw **Schreijer**:

Wat zegt u?

De heer **Huidekooper**:

Wat verstaat u daaronder?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou, dat we in de scholing op de basisschool of middelbare school, net zoals we nu een mooi weerbaarheidsthema hebben waar we iedereen in mee proberen te nemen, goed uitleggen wat het inhoudt en wat mensen zelf kunnen doen tijdens een nieuwe pandemie. Het is namelijk een feit dat die er gaat komen; we weten alleen nog niet wanneer. Het is goed, als mensen straks misschien toch weer vergeten zijn hoe het ook alweer zat tijdens corona, dat we mensen helpen om goed te begrijpen wat het inhoudt en dat het ook echt iets anders is dan een andere ziekte, zoals een hartinfarct of zo. Daar heb je zelf veel meer controle over. In ieder geval besmet je de ander daarbij niet. Het bijzondere bij een infectieziekte is juist dat je jezelf kan beschermen, maar ook dingen kunt doen om anderen te beschermen. Dat moeten we dus ook echt samen doen.

De heer **Huidekooper**:

Was privacy ook een van de aspecten die het bron- en contactonderzoek in de praktijk bemoeilijkten?

Mevrouw **Schreijer**:

Oeh. Volgens mij had in de eerste fase iedereen die we belden wel zoiets van: we moeten meewerken, belangrijk. Volgens mij was de privacy op dat moment nog niet zo'n issue. Ik denk dat dat later pas kwam, dus dat

mensen zich toch gingen afvragen wat er met hun gegevens gebeurde. Ik denk dat dat toch meer het geval was rondom de CoronaMelder, dus de app. Dat voelde misschien wat gekker, want je wist niet wat er gebeurde met je gegevens. Dat goed uitleggen, dus dat het wel werkt, dat het in landen om ons heen ook werkt ... En dat het ons een volgende keer veel sneller ... Want snelheid is echt geboden in het bron- en contactonderzoek. Hoe langer je wacht met het waarschuwen van anderen, des te langer het duurt voordat die zich kunnen testen. Dan loop je dus heel erg achter de feiten aan, terwijl snelheid juist kan voorkomen dat je allerlei andere maatregelen nodig hebt.

De heer **Huidekooper**:

Dus dat was ook de reactie van de GGD Amsterdam als burgers zich met dit soort zorgen meldden?

Mevrouw **Schreijer**:

Ehm ... Ja. Die gegevens waren bij ons natuurlijk gewoon beschermd, ja.

De heer **Huidekooper**:

Oké. Dank u wel voor ...

Mevrouw **Schreijer**:

Nou, misschien is het op dit punt nog wel belangrijk dat Nederland ook internationaal geaudit ... Er is een soort Joint External Evaluation geweest van de WHO en de ECDC, de European Centre for Disease Control, samen. Zij hebben geconstateerd dat er in Nederland eigenlijk zelfs, in vergelijking met andere landen, een beetje te streng is omgegaan met de AVG en de wetgeving rondom privacy, en dat de Europese wetgeving die er nu is juist mogelijkheden biedt om nog steeds heel zorgvuldig om te gaan met gegevens van mensen, maar ... Maar juist in een pandemie help je elkaar door gegevens te delen, en dat hebben we in Nederland niet genoeg voor elkaar gekregen. Dat is dus een aanbeveling waaraan gewerkt wordt. Volgens mij is dat nu ook een thema in de Wet publieke gezondheid, volgens mij in de derde tranche.

De heer **Huidekooper**:

Als ik u goed beluister, zegt u ook: begin daar nu al mee ...

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, zeker.

De heer **Huidekooper**:

... om inderdaad de waarde daarvan over te brengen aan de rest van de samenleving.

Mevrouw **Schreijer**:

Exact.

De heer **Huidekooper**:

Oké.

Mevrouw **Schreijer**:

Het is dus ook belangrijk om daarnaar te kijken op het moment dat de derde tranche van de Wet publieke gezondheid in de Kamer langskomt.

De heer **Huidekooper**:

Helder. Dank u wel. Dat zijn mijn vragen over het bron- en contactonderzoek.

Mevrouw **Schreijer**:

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Collega Lammers, heeft u op dit onderwerp nog aanvullingen?

Mevrouw **Lammers**:

Nee, op dit onderwerp niet.

De **voorzitter**:

Dan kunt u door naar het volgende onderwerp.

Mevrouw **Lammers**:

Dank u wel, voorzitter. Ook namens mij van harte welkom, mevrouw Schreijer. We willen blijven bij het begin van de pandemie. In de zomer van 2020, na de eerste coronagolf, lijkt het virus onder controle te zijn. Het kabinet wil dan weer, als het virus gaat oplaaien, dat er eerst regionaal wordt ingegrepen. Aan het einde van de zomer nemen die besmettingen weer toe. U ziet dat gebeuren vanuit uw functie bij GGD Amsterdam. Wanneer zag u aankomen dat het eigenlijk weer misging?

Mevrouw **Schreijer**:

Ehm ... Ik denk dat dat ergens in juli was. Volgens mij is er een foto van mij, ik geloof in Het Parool, waarop ik heel paniekerig in de camera kijk omdat het ons echt over de schoenen liep. Het was echt dweilen met de kraan open. We zagen op een gegeven moment in de zomer inderdaad de cijfers oplopen. We zagen dat er rondom bruiloften en begrafenissen veel besmettingen kwamen. U moet u zich dus voorstellen: we hadden bron- en contactonderzoek en allerlei teams die naar bepaalde clusters keken. Dat was dus elke ochtend vroeg beginnen. Alle teams zaten samen in een Teamscall en dan vertelden ze: we zien dit in de scholen, dit rondom de horeca, dit rondom begrafenissen en dit valt op. We noemden dat "opvallende clusters", een groep waar meerdere besmettingen waren. Die liepen ineens op in de zomer. Dat was voor ons wel een teken dat het "reservoir" aan besmettelijke mensen op een gegeven moment weer vol ging lopen. Op 4 augustus heeft de burgemeester samen met de Directeur Publieke Gezondheid een persbericht uitgebracht van: zo gaat het niet goed; probeer een beetje meer op de groeps grootte te letten en werk vooral mee aan het bron- en contactonderzoek. Ik denk dat dat een periode is geweest die voor iedereen heel ingewikkeld was, en volgens mij heeft nog niemand hier gezegd dat dat een briljant plan is geweest.

Mevrouw **Lammers**:

Ik hoor u net zeggen dat u samen met de Directeur Publieke Gezondheid een persbericht heeft opgesteld.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, en de burgemeester. Dat was een persbericht op 4 augustus. Pas later ... We hebben ook in de zomer wel ... U moet zich voorstellen: volgens artikel 17 en artikel 18 van de Wet publieke gezondheid vraagt de burgemeester de GGD om advies. De Directeur Publieke Gezondheid kijkt dan wie binnen de GGD's daar de aangewezen persoon voor is. In dit geval was ik dat, dus ik adviseerde de Directeur Publieke Gezondheid, die de adviezen meenam naar de burgemeester.

Mevrouw **Lammers**:

Heeft u ook nog andere waarschuwingen gedaan, geuit?

Mevrouw **Schreijer**:

Ehm ... Naar wie bedoelt u in dit geval?

Mevrouw **Lammers**:

Nou, bijvoorbeeld dat u zelf naar de burgmeester bent gegaan van: luister, dit is er aan de hand.

Mevrouw **Schreijer**:

Nou, we hadden in de aanloop best wel veel contact en goed contact. Dat was een hele goede samenwerking. Op een gegeven moment gingen die cijfers omhoog en je zag iets gebeuren in bepaalde horecagelegenheden. De vraag was wat je daarmee moest doen. Je had toen natuurlijk nog niet de wetgeving die we later kregen. Alles moest per casus heel goed bekeken worden. Er was dus een hele nauwe en intensieve samenwerking. Pas later, ik denk richting september ... We hadden op een gegeven moment dan maar een soort regionaal OMT gemaakt, want ja, je moest ook wat in de regio. Daar zat overigens ook een gedragswetenschapper in. We hebben adviezen gegeven over wat je zou kunnen doen om te voorkomen dat we de tweede golf in zouden gaan.

Mevrouw **Lammers**:

Wat vond u dat er nodig was op dat moment?

Mevrouw **Schreijer**:

In ieder geval dat de groepen weer kleiner werden, dat de horeca misschien wat eerder dicht kon en natuurlijk afstand houden. Eigenlijk hebben we gezegd: pak de maatregelen van voor 1 juni op, toen het R-getal nog onder de 1 was. Ik geloof dat we ook wat voorbeelden uit het buitenland hebben aangedragen. Dus, nou ja, dat.

Mevrouw **Lammers**:

Ik hoorde u net zeggen: je moest toch wat. Wat bedoelt u met "een regionaal OMT"?

Mevrouw **Schreijer**:

Goede vraag. We zaten natuurlijk best een beetje met de handen in het haar. We hadden landelijke regie met een OMT en een BAO, dat naar het kabinet gaat. Dat is landelijke regie. Maar ineens moesten we het in de regio gaan doen. Nu is dat voor één besmetting geen probleem. Daar zijn we in getraind. We hadden ook in 2019 al een heel goed overleg met de burgemeester en wethouders. We hadden ze geïnformeerd over wat er moest gebeuren op het moment dat er uitbraken zouden zijn in de regio. Het was natuurlijk een hele gekke situatie dat je van landelijke regie ineens in de

regio maatregelen moest gaan nemen en dus echt het risico liep op een waterbedeffect. Het was voor iedereen een ingewikkelde periode: voor mij wat betreft het adviseren en voor de bestuurders in de regio ... Ja, ik kan hier wel zeggen dat de groepen kleiner moeten, maar dan gaat iedereen in Groningen feestvieren, om maar iets te zeggen. Dus ik denk dat de belangrijkste conclusie is dat de regionale crisisbestrijding op dat moment gewoon niet werkte. Dat hebben we denk ik met z'n allen ook al wel een beetje geconcludeerd, maar de conclusies zijn uiteindelijk natuurlijk aan u. Het bracht iedereen in een ongemakkelijke positie.

Mevrouw **Lammers**:

Corrigeert u mij als het niet zo is, maar volgens mij zegt u dat u dat bij de burgemeester ook heeft aangegeven.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, wij gaven gewoon adviezen, hè. Die gingen via de Directeur Publieke Gezondheid naar de burgemeester.

Mevrouw **Lammers**:

Wat werd daar dan mee gedaan?

Mevrouw **Schreijer**:

Ik geloof dat zij ook echt moeite hadden met die adviezen. Het is precies wat ik net zei, maar dat moet ik hier in de regio ... Maar ja, dat kunt u het beste aan haar ... Nou ja, dat kan nou niet meer ... Maar goed, dat kunt u het beste aan de burgemeester zelf vragen. Maar de adviezen landden volgens mij niet zo goed, omdat het gewoon heel ingewikkeld was om regionale maatregelen te treffen. Dus die zijn niet direct allemaal ingevoerd.

Mevrouw **Lammers**:

Oké. Kon u bijvoorbeeld ook terecht bij het RIVM?

Mevrouw **Schreijer**:

Ja. Omdat iedereen natuurlijk op dat moment in zo'n positie zat: in Rotterdam en Utrecht, maar vooral in de grote steden. Amsterdam was zeker toch een beetje de kanarie in de kolenmijn. Je zag de cijfers daar natuurlijk veel sneller oplopen, omdat daar gewoon veel mensen samen zijn, er veel interactie is en er in de tijden dat dat kon, veel toerisme was. Het was dus helemaal niet gek dat we de cijfers daar het eerst omhoog zagen gaan. We hebben toen met een aantal collega-artsen infectieziektebestrijding, die

volgens diezelfde Wet publieke gezondheid hun burgemeesters moesten adviseren, een gelijkwaardig advies ... Gelijkwaardig? We hebben het advies afgestemd. Het RIVM en niet het OMT, maar het LCI, het centrum Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, waren daarbij betrokken. En toen hebben we dat advies opgesteld.

Mevrouw **Lammers**:

Oké. U refereerde net even aan het OMT. U zat ook in het OMT. Welke rol speelde het OMT in deze periode?

Mevrouw **Schreijer**:

Ik zat vanaf 20 april 2020 in het OMT als voorzitter van het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding. Daarvoor was ik één keer in maart aangeschoven vanuit mijn rol als hoofd algemene infectieziekten van de GGD Amsterdam. Het OMT werd toen niet om advies gevraagd, nee. Dus er was toen geen landelijke adviesvraag.

Mevrouw **Lammers**:

Had dat volgens u wel moeten?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou ja, toen het allemaal deze kant opging, heb ik zelf op een gegeven moment Jaap van Dissel gebeld en gezegd: "Volgens mij moeten we gewoon weer landelijk gaan adviseren. De landelijke crisisstructuur moet weer gaan werken, want dit werkt zo niet."

Mevrouw **Lammers**:

Kwam het OMT op dat moment ook bij elkaar?

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, volgens mij kwam het toen wel weer bij elkaar. Ja.

Mevrouw **Lammers**:

Ik zie dat ik door mijn vragen over dit onderwerp heen ben.

Mevrouw **Schreijer**:

Oké.

Mevrouw **Lammers**:

Dan heb ik verder geen vragen meer.

De **voorzitter**:

Collega Huidekooper, heeft u nog aanvullende vragen bij dit onderwerp?

De heer **Huidekooper**:

Nee, dank u, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dan kunt u direct door naar het volgende onderwerp.

De heer **Huidekooper**:

Helemaal goed.

Het volgende onderwerp gaat over maatschappelijke afwegingen en het OMT. Net werd door mijn collega Lammers al besproken dat u vanaf april 2020 OMT-lid was. We hebben in deze openbare verhoren verschillende OMT-leden bij ons gehad. Met hen hebben wij ook gesproken over de afweging van de maatschappelijke gevolgen van maatregelen. OMT-leden vonden dat niet primair de taak van het OMT. U heeft daar wellicht een interessant perspectief op als arts maatschappij en gezondheid. Ik zou willen beginnen met de vraag hoe u de discussies in het OMT beleefde wanneer er maatregelen besproken werden die grote maatschappelijke impact zouden hebben.

Mevrouw **Schreijer**:

Oef! Goede vraag. Kijk, het waren natuurlijk ... Er zijn eigenlijk twee verschillende dingen. Enerzijds was er natuurlijk aandacht voor vanuit de Gedragsunit. Daarvandaan kwam input over de compliance. Dat was allemaal heel belangrijke, relevante informatie over hoe mensen de maatregelen volhielden. Die was er in het begin nog niet, maar dat is denk ik een van de pareltjes die opgetuigd zijn tijdens de crisis om goed en snel een thermometer in de maatschappij te steken. Dat moet straks ook zeker gedaan worden. En dat moet men ook nu blijven doen. Hoe houden mensen de maatregelen vol? Laten ze zich testen? Wat is de testbereidheid? Dat zijn allemaal heel belangrijke parameters, die heel belangrijke input zijn voor het OMT.

Op het moment dat in een teststraat minder dan 5% van de testen positief is, dan weet je: we zijn goed bezig en we hebben redelijk zicht op het virus. Maar als 20% tot 40% positief is, dan weet je: volgens mij laat alleen maar een klein groepje zich nog testen; we zijn niet helemaal goed bezig met onze

teststrategie. Dan is het heel erg belangrijk om het gedrag van mensen te weten en om te weten waarom ze zich niet laten testen. Maar in OMT zijn natuurlijk geen gedragswetenschappers. De input was dus belangrijk om te zien of de maatregelen nog goed volgehouden werden en uiteindelijk ook om goed te kunnen voorspellen wat de impact van bepaalde maatregelen zou zijn. Maar het is wat anders dan het MIT nu gaat doen, hè. Ik ben blij dat zij nu inderdaad vanaf september een plek hebben gevonden bij het Sociaal en Cultuur Planbureau.

De heer **Huidekooper**:

Ja, dat is het Maatschappelijk Impact Team, dat op 1 september 2022 is ingesteld.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, klopt, bij het Sociaal Cultureel Planbureau met een Chief Preparedness Officer. Die kwamen natuurlijk eigenlijk pas aan het einde van de crisis aan zet. Die hebben we denk ik ook gemist tijdens de crisis, want het ontbrak eigenlijk aan een goed adviessysteem dat snel kon zeggen: een scholensluiting betekent misschien dit voor de verspreiding en voor de ziekenhuisopnames, maar het betekent dit voor de leerachterstanden en het betekent straks dit voor de mentale gezondheid van kinderen. Dus ja, volgens mij heeft de heer Putters hier al gezegd dat het sowieso een belangrijke opdracht is voor het Maatschappelijk Impact Team om te zorgen dat die data er straks zijn en ook snel geleverd kunnen worden.

De heer **Huidekooper**:

Om het nog even scherp te stellen, begrijp ik nou goed dat u vindt dat dat naast een OMT zou moeten worden georganiseerd?

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, dus ik denk niet dat ... Kijk, het zijn andere tempi. Het zijn andere tempo's of ... Nou ja, goed. De cyclus in het OMT is natuurlijk veel sneller, omdat een virus zich nou eenmaal veel sneller vermenigvuldigt. De besmettingscijfers stijgen natuurlijk snel en dan moet je dus echt kort op de bal zitten en echt wel elke week bij elkaar gaan zitten om naar de cijfers te kijken en te kijken of er bijgestuurd moet worden. Maar cijfers over mentale gezondheid of de vraag of mensen de maatregelen beu zijn: dat gaat natuurlijk wat langzamer. Dat hoeft je niet elke week te meten.

Zoals ik het voor me zie en zoals ik het nu eigenlijk ook zie in de simulatieoefeningen die we doen bij het PDPC in het UNITY-project ... Misschien komen we daar zo meteen nog op.

De heer **Huidekooper**:

Ja, daar komen we aan het einde van dit verhoor uitgebreid over te spreken.

Mevrouw **Schreijer**:

Oké. Daar zien we dus dat uitwisseling tussen die twee heel belangrijk is en dat soms bij zware thema's en zware vragen, zoals vragen over scholensluitingen of welke maatregelen er nog meer nodig zijn, de samenwerking tussen die twee, en misschien zelfs een integraal advies, nuttig kan zijn.

De heer **Huidekooper**:

Waar ligt wat u betreft de grens tussen het medische en het wetenschappelijke? Denk bijvoorbeeld aan de mentale gezondheid van jongeren of het sociaal isolement van ouderen. Zijn dat zaken die in een OMT moeten worden besproken, omdat ze ook raken aan de volksgezondheid, of zijn dat zaken die voortkomen uit de impact van maatregelen en in een Maatschappelijk Impact Team moeten worden besproken?

Mevrouw **Schreijer**:

Nu is de mentale gezondheid natuurlijk enerzijds medisch en anderzijds maatschappelijke impact. Maar ik denk dat het Outbreak Management Team gewoon ingericht en echt bedoeld is, als je kijkt naar de mensen die erin zitten, om te adviseren over hoe we besmettingscijfers naar beneden kunnen krijgen en hoe we het virus kunnen bestrijden. Er zitten dus epidemiologen, infectiologen, artsen maatschappij en gezondheid, medisch microbiologen, huisartsen, ic-artsen, mensen uit de ouderengeneeskunde en bedrijfsartsen in. Ik vergeet er vast nog een paar, maar het OMT doet het trouwens met zeer goede ondersteuning van het RIVM. Achter de schermen is steeds heel hard gewerkt om al die data en al die adviezen rond te krijgen. Dat goed doen is echt al een hele kluif, maar in de simulaties zie ik wel dat het belangrijk is om het te doen. Daarnaast is er het Maatschappelijk Impact Team, dat in ieder geval uitwisselt en af en toe adviseert.

Nu ben ik even uw vraag kwijt, sorry.

De heer **Huidekooper**:

Ik ben even met u op zoek naar waar de grens zou moeten liggen ...

Mevrouw **Schreijer**:

De grens! Ja, dat was 't.

De heer **Huidekooper**:

... tussen het medische en het wetenschappelijke. Misschien helpt het de gedachtevorming om het concreet te maken. Is het bijvoorbeeld denkbaar dat het OMT een maatregel die effectief is voor de virusbestrijding, niet adviseert vanwege te nadelige neveneffecten?

Mevrouw **Schreijer**:

Nee, dat zou niet moeten.

De heer **Huidekooper**:

Denk bijvoorbeeld aan het sociaal isolement van jongeren. U zegt nee?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou, het ligt iets genuanceerder. Ik denk dat je het gewoon heel goed uit moet leggen. Ik denk dat we dat ook een paar keer gedaan hebben, onder andere toen het over scholensluitingen ging. Dat zat echt wel onder in de gereedschapskist van het OMT. Ik heb zelf ook twee tienerdochters die het echt wel pittig hebben gehad in de coronatijd en die ook echt hulp nodig hebben gehad om daarvan te herstellen. Ik heb toestemming van ze om dat te zeggen. Dus die mentale impact hebben we zeker gezien, maar we hebben in de adviezen een paar keer duidelijk geschreven dat de afweging over de proportionaliteit van maatregelen elders gemaakt moet worden. We hebben wel al vrij vroeg een alert uitgegeven: "Hé, kijk, dit zijn de maatregelen om het virus te bestrijden. Maar ja, die hebben natuurlijk wel een andere impact op andere vlakken. Houd daar rekening mee." Ik denk dat het voor een volgende keer heel goed is dat het Maatschappelijk Impact Team er dan is, er staat en goede data heeft om dan ook te zeggen: "Oké, maar dan zijn dit de data die wij nu zien en die wij al uit onderzoeken kennen over scholensluitingen." Dan kan dat team dat ook meegeven in de adviezen.

De heer **Huidekooper**:

Wij zien een aantal voorbeelden in ons onderzoek. Ik pik er even eentje uit rond de derde scholensluiting. Toen leek het OMT de maatschappelijk

effecten wel te betrekken bij het advies, want er wordt bijvoorbeeld geadviseerd: "In het belang van de ontwikkeling van kinderen en jongeren wordt ontraden om nu aanvullende maatregelen te treffen in het primair, voortgezet, middelbaar en hoger onderwijs." Als ik uw redenering volg, zouden dat soort afwegingen de volgende keer eigenlijk buiten de scope van het OMT moeten liggen en overgelaten moeten worden aan het Maatschappelijk Impact Team.

Mevrouw **Schreijer**:

Nou, het zou in ieder geval gewoon heel erg helpen dat een ander team daarmee bezig is, want dan hoeft het OMT dat niet te benadrukken.

De heer **Huidekooper**:

Oké, dat is helder. Dan tot slot op dit punt. U gaf aan dat je de maatschappelijke impact eraan zou moeten organiseren in een apart team, omdat die andere snelheden kent. In verschillende verhoren is echter ook aangegeven dat het problematisch was dat er eigenlijk iedere week hele harde data kwamen uit het ziekenhuis over de besmettingen, maar dat er tegelijkertijd sprake was van zachtere cijfers op het gebied van eenzaamheid en mentaal welzijn. Die kwamen verder ook niet iedere week binnen. Uw voorstel is om dit soort maatschappelijke effecten in een apart team te bespreken, een team dat ook in een andere frequentie werkt. Hoe kunnen we dan omgaan met dat dilemma?

Mevrouw **Schreijer**:

Zorg dat die data ook hard zijn aan de kant van het Maatschappelijk Impact Team. Zorg dat je dan ook echte cijfers hebt uit wetenschappelijk onderzoek over scholensluitingen, horecasluitingen of iets anders, zodat je kunt zeggen: "Dit betekent gewoon zoveel procent depressies. Dit betekent dit voor de economie. Het bruto nationaal product gaat met zoveel omlaag. Het betekent dit voor de middenstand." Al dat soort dingen moet je goed op een rijtje zetten, naast elkaar, zodat die adviezen ook, precies zoals u zei, wat beter naast elkaar gelegd kunnen worden. Het is dan dus niet "zoveel doden, zoveel mensen op de ic, zoveel mensen in het ziekenhuis", want daarnaast zeg je dan ook echt "zoveel eenzaamheid, zoveel long covid". Over long covid gaan we het, denk ik, ook nog hebben.

De heer **Huidekooper**:

Absoluut.

Mevrouw **Schreijer**:

Over langere tijd zoveel mentale ...

De heer **Huidekooper**:

Uitgestelde zorg eventueel.

Mevrouw **Schreijer**:

Uitgestelde zorg. Dus neem die aspecten mee.

De heer **Huidekooper**:

Oké, helder. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Collega Lammers, heeft u nog aanvullingen op dit onderwerp?

Mevrouw **Lammers**:

Ik heb nog één aanvulling. U gaf net aan dat de scholensluiting onder in de gereedschapskist van het OMT zat. Had het OMT dan misschien ook bewust of onbewust een rangorde van maatregelen die wenselijk of minder wenselijk waren?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou, ik denk dat je dat natuurlijk nooit ... Andere OMT-leden hebben dat, denk ik, hier ook gezegd. Je bent natuurlijk ook een mens en je hebt kinderen, dus je hoeft niet een hele grote studie uitgevoerd te hebben om te bedenken dat scholensluitingen een grote impact hebben. Proportionaliteit van maatregelen is op zich natuurlijk wel een bekende term in de infectieziektebestrijding. Het zit wel ergens in je achterhoofd, maar het zou veel beter zijn dat je het hard kan maken met onderbouwde cijfers. De eerste keer hebben wij niet over de scholensluiting geadviseerd, maar later hebben we bijvoorbeeld inderdaad een verlengde kerstvakantie geadviseerd. Ik denk dat het goed is dat we daar wel signalen over afgegeven hebben.

Ik ben het met u eens dat dingen die onder in de gereedschapskist liggen, deels te maken hebben met proportionaliteit en subsidiariteit. Zijn er andere maatregelen die werken? Zolang dat zo is, gaan die altijd voor. Het zijn twee begrippen die in de infectieziektebestrijding bekend zijn en waar we dus ook wel mee werken en die we in ons achterhoofd hebben, maar dat echt hardmaken moet echt gebeuren door een Maatschappelijk Impact Team.

Mevrouw **Lammers**:

Oké. Dan zei u nog iets wat mijn interesse wekte. Excuses voor mijn stem.

Mevrouw **Schreijer**:

Ik heb een pepermuntje voor je!

Mevrouw **Lammers**:

U zei: "Als je een MIT hebt, dan hoeven we er in het OMT minder rekening mee te houden."

Mevrouw **Schreijer**:

Zoals het nu in het Landelijk Crisisplan Infectieziekten, dat enkele maanden geleden vastgesteld is, beschreven is, gaat er een adviesvraag naar het OMT en een adviesvraag naar het MIT. Daar komen dan adviezen uit voort en dat kan onder andere dit zijn. Ik hoop dus dat er dan duidelijke adviezen vanuit een Maatschappelijk Impact Team komen over de maatschappelijke impact, waaronder leerachterstanden, mentale gezondheid et cetera. Maar dan is er dus wel ergens uitwisseling nodig. Ik zei net al dat we in onze simulatieoefeningen zien dat je op het moment dat je elkaar heel goed meeneemt ... Nou, wij zijn begonnen met die simulatieoefeningen en de eerste simulaties waren echt best wel heel erg heftig, om het zo maar te zeggen. We hebben dus ...

Mevrouw **Lammers**:

Maar om even bij de vraag te blijven, is het dan zo ...

Mevrouw **Schreijer**:

Is proportionaliteit dus een soort ranking in de maatregelen die wel of niet in de infectieziektebestrijding zitten? Ja, die is er natuurlijk. Maar die is al heel oud, hè.

Mevrouw **Lammers**:

U zei: als er naast het OMT bijvoorbeeld een MIT had bestaan, dan hadden we daar in het OMT minder nadruk op hoeven te leggen. Maar is het dan zo dat het OMT nu het gat opgevuld heeft, omdat ...

Mevrouw **Schreijer**:

Ik begrijp uw vraag, ja.

Mevrouw **Lammers**:

... het er misschien onvoldoende was volgens het OMT?

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, ik denk dat we er op zich wel "last van hebben gehad" dat dat er niet was. Dan hoeven we daar de volgende keer geen signaal over af te geven, in de zin van: let ook hierop. Dat bedoelde ik te zeggen.

Mevrouw **Lammers**:

Oké, dan is dat duidelijk. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Aanvullend op dat laatste. U had het OMT-advies en de proportionaliteit en subsidiariteit van de mogelijk te nemen maatregelen. Maar hoe kijk je naar die twee zaken, proportionaliteit en subsidiariteit, vanuit een medisch-epidemiologisch uitgangspunt?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat betekent dat je dus enerzijds moet kijken of ... Daar is nu een heel mooi framework voor gemaakt, vanuit het RIVM trouwens, maar samen met alle GGD'en. Bij het bron- en contactonderzoek worden deze twee termen ook weer genoemd. Daarbij bekijk je het zo: dit zijn de besmettingscijfers en dit is dus de epidemiologie. Daar zijn dit soort maatregelen voor nodig en hopelijk kun je het dan bereiken met bron- en contactonderzoek, door te testen en te traceren. Maar elke keer ga je dus dieper in die gereedschapskist, want als het niet werkt – ik heb het nu dus weer over die Zwitsersekaasmethode – dan zul je toch steeds dieper in die gereedschapskist gaan zitten. En daar zitten toch de maatregelen waarvan je weet dat die zwaardere consequenties hebben.

De **voorzitter**:

Oké, dank voor die toelichting. Dan kunnen we naar het volgende onderwerp. Daarvoor geef ik graag collega Lammers het woord.

Mevrouw **Lammers**:

Dank u wel, voorzitter. Ik zou nu graag met u willen spreken over de naleving van de maatregelen. Voor de bestrijding van een pandemie is het gedrag van mensen bepalend. In interviews in Medisch Contact en de Volkskrant in de zomer van 2020 bent u kritisch op mensen die zich niet aan de coronaregels houden. U zei bijvoorbeeld in de Volkskrant van 8 augustus

2020 dat we er vertrouwen in hadden dat mensen zich wel aan de maatregelen zouden houden en dat dat misschien een verkeerde inschatting is geweest. Kunt u dat eens toelichten?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat was een beetje naïef, denk ik. Ik weet het niet helemaal zeker, maar volgens mij staat daar ook de foto bij die ik net bedoelde. Maar inderdaad, we zijn, denk ik, wat naïef geweest door te denken: "Mensen houden het wel vol. Ze houden het nog wel even vol." Bij de eerste golf was iedereen natuurlijk in shock. "Alle schouders eronder. We doen het samen." Later zie je natuurlijk dat de maatschappij bewegingsruimte nodig heeft. Dat bedoelde ik daarmee te zeggen. We hadden dat misschien beter moeten inschatten. Daar zijn juist die cijfers van zo'n Gedragsunit heel belangrijk voor.

Mevrouw **Lammers**:

Waar was dat vertrouwen dat het zou worden nageleefd dan eigenlijk op gebaseerd?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou ja, we zagen bijvoorbeeld dat mensen toch allemaal feestjes hielden, dat grotere groepen samenkwamen, dat ze niet meededen aan het bron- en contactonderzoek of zich niet wilden laten testen. Dus ja ...

Mevrouw **Lammers**:

Mijn vraag ziet eigenlijk op de situatie daarvoor. Er is schijnbaar het vertrouwen dat mensen zich aan de maatregelen zouden houden. Waar kwam dat vertrouwen vandaan?

Mevrouw **Schreijer**:

Voorheen?

Mevrouw **Lammers**:

Ja.

Mevrouw **Schreijer**:

Bij de mensen of bij ons?

Mevrouw **Lammers**:

Bij u.

Mevrouw **Schreijer**:

Nou ja, dat zagen we dus in die eerste golf. We hebben bijvoorbeeld met het OMT wel een paar keer geprobeerd hiernaar te kijken, bijvoorbeeld in Amsterdam. "Laten we af en toe eens even uitzoomen en kijken hoe het zich nu aan het ontwikkelen is. Hoe staat het met het vertrouwen in de maatregelen en de naleving van de maatregelen?" Maar er zijn natuurlijk ook allerlei andere scenario's waar je rekening mee moet houden. Er kwamen nieuwe varianten. Nou, dat hebben we allemaal gezien. Er komt ooit een vaccin, maar gaan mensen dat nemen? Hoe gaat dat werken en blijven mensen dan nog wel meedoen aan het testen en traceren? Dat waren allemaal dingen waarvan we wisten dat het een keer ging komen. Het schetsen van de meer langeretermijnscenario's, iets wat ik in een later artikel zeg, hebben we eigenlijk te weinig gedaan. Dat is een voorbeeld van iets waar we dat heel goed hadden kunnen doen.

Mevrouw **Lammers**:

Op de vraag of de conclusie is dat de overheid er onvoldoende in is geslaagd mensen te doordringen van de ernst van de situatie, zegt u: "Ik weet niet of dat een verwijt aan de overheid moet zijn." Kunt u dat eens toelichten?

Mevrouw **Schreijer**:

Misschien raakt het wel weer heel goed aan het stuk waar we mee begonnen, namelijk dat het heel belangrijk is om ook nu weer te investeren in een soort pandemische geletterdheid, want de volgende keer kan het weer zo zijn. We moeten goed werken aan begrip bij mensen over wat ze zelf kunnen doen en wat anderen kunnen doen. Het moet duidelijk zijn dat we echt iedereen nodig hebben en dat een keuze die je zelf maakt, consequenties heeft voor anderen. Mensen daar misschien al in het onderwijs van doordringen is heel belangrijk, want dat maakt het makkelijker om tijdens een pandemie met allerlei maatregelen te komen.

Dat is één ding. Het andere is dat je – dat hebben we ook gezien tijdens de vaccinatiecampagne en bij het bron- en contactonderzoek – enerzijds een groep wel bereikt met een algemene strategie, met de persconferenties en het nieuws, maar dat je andere groepen niet op de juiste manier kan bereiken. Dat is overigens iets wat we al langer wisten uit vaccinatiecampagnes. We noemen het internationaal weleens "underserved groups". Ik zoek nog altijd naar een goed Nederlands woord hiervoor. Soms heet het hier "moeilijk bereikbare groepen", maar ik denk dan: het ligt niet aan de groep; het ligt aan de manier waarop we ze proberen te bereiken.

Daar zijn dus best wel successen mee geboekt. In Amsterdam hebben we op een gegeven moment gekozen voor een veel meer wijkgerichte aanpak. We zijn daar heel erg de wijk in gegaan met bussen. Je zag dat daardoor de vaccinatiegraad in die wijken opeens met 26% steeg. Dus ... Sorry, ik wijk een beetje af van het onderwerp "hoe je vertrouwen in bereikt", maar het zijn wel allemaal kleine voorbeelden van hoe je dat zou kunnen doen.

Mevrouw **Lammers**:

Mag ik het zo samenvatten dat u zegt dat de overheid er eigenlijk gewoon vertrouwen in had dat mensen zich aan de maatregelen zouden houden? Later, toen het langer duurde, kwamen er eigenlijk zorgen over hoelang mensen zich nog aan de maatregelen zouden houden. "Worden ze het niet beu?" Zeg ik het zo goed?

Mevrouw **Schreijer**:

Volgens mij zeg ik dus ook dat ik me afvraag of het aan de overheid lag. Het is met elkaar, hè. De maatschappij an sich heeft die verantwoordelijkheid en iedereen heeft daarin zijn eigen rol: de overheid, maar ook de artsen in het OMT en de mensen zelf, de burgers.

Mevrouw **Lammers**:

Waren bij de inschatting dat de maatregelen nageleefd zouden worden, bijvoorbeeld gedragswetenschappers betrokken? Hoe kwam dat tot stand? Daar ben ik eigenlijk even naar op zoek.

Mevrouw **Schreijer**:

Ik begrijp wat u bedoelt. Zoals u het nu stelt, denk ik dat ik beter "we hadden gehoopt" had kunnen zeggen. We hadden gehoopt dat in zo'n crisis, in een pandemie, alle hens aan dek zouden zijn. Ja, door de dreiging van vollopende ziekenhuizen hadden we de hoop dat de maatregelen langer volgehouden zouden worden. Maar we weten al wel heel goed ...

Ik heb in het verleden zelf meegewerkt aan allerlei projecten voor onder andere de Wereldgezondheidsorganisatie. In die projecten werken gedragswetenschappers en mensen uit de infectieziektebestrijding samen om dat gedrag goed mee te nemen in de interventies die worden ontwikkeld. Bij bijvoorbeeld vaccinaties kijk je dan eerst kwantitatief: waar is de lage vaccinatiegraad? Vervolgens heb je gesprekken met mensen in wijken en doe je bij groepen met een lage vaccinatiegraad veel meer kwalitatief onderzoek, onder meer met gedragswetenschappers. Je hebt verder ook

focusgroepinterviews. Vervolgens bepaal je samen wat een goede interventie is.

Dat zijn die drie stappen, maar toen hadden we in het begin – later kwam veel meer dat fijnmazige van de grond – de one-size-fits-all-aanpak. Nou ja, in Amsterdam hebben we daar best wel veel succes mee geboekt. Andere GGD'en hadden vergelijkbaar succes door veel meer de wijken in te gaan. De Twijfeltelefoon in Rotterdam is, denk ik, een mooi voorbeeld, maar ook hoe ze in Rotterdam de markt op zijn gegaan. One-size-fits-all bestaat niet in de infectieziektebestrijding. Je zult het naast de algemene communicatiestrategie en interventie, dus ook fijnmaziger moeten doen. Maar dat is heel erg arbeidsintensief. Het kost geld en mensen. Daar moet je de volgende keer dus ook rekening mee houden.

Mevrouw **Lammers:**

Hoe werd er in het OMT over naleving van de maatregelen gesproken?

Mevrouw **Schreijer:**

Oef!

Mevrouw **Lammers:**

Werd er überhaupt over nagedacht?

Mevrouw **Schreijer:**

Dat weet ik me even niet meer te herinneren, maar dat is vast weleens ter sprake gekomen. Op een gegeven moment werden door de secretaris van het OMT de cijfers van de Gedragsunit ingebracht, toen die er eenmaal waren. Die werden dan wel besproken. Aan het eind is de Gedragsunit zelf aangeschoven, volgens mij. Maar dat was pas bij een van de laatste OMT's, geloof ik. Daar was ik zelf niet meer bij.

Mevrouw **Lammers:**

Heeft het OMT het kabinet geadviseerd over hoe die naleving verhoogd zou kunnen worden?

Mevrouw **Schreijer:**

Dat durf ik niet te zeggen, maar volgens mij niet.

Mevrouw **Lammers**:

U zei net al: in het regionale OMT zat een gedragswetenschapper. Zaten die ook in het normale OMT, om het zo maar even te zeggen?

Mevrouw **Schreijer**:

Nee. De Gedragsunit had allemaal cijfers over het gedrag van mensen en over of mensen de maatregelen beu waren. Die cijfers werden gebruikt als input en gepresenteerd door de secretaris van het OMT. Aan het eind is wel ... Ik weet niet of hij nou "de voorzitter" heette, maar toen is wel degene die de Gedragsunit leidde, het hoofd van de Gedragsunit, aangeschoven bij het OMT om die cijfers zelf toe te lichten. Maar dat was pas aan het eind, toen ik er zelf al niet meer in zat. Ik ben zelf namelijk in maart 2022 gestopt als OMT-lid. Dat gebeurde automatisch, omdat ik geen voorzitter meer was van het LOI.

Mevrouw **Lammers**:

Vond u dat voldoende?

Mevrouw **Schreijer**:

Ehm ... Nou, ik denk dus dat gedragswetenschappelijke kennis heel belangrijke input is voor het OMT om mee te nemen, ook in de modellering. Dat proberen we nu ook mee te nemen in het UNITY-project, want daarin zit een heel werkpakket over modellering. Daar komen we straks nog op terug, maar het UNITY-project is een project dat wordt gesubsidieerd door ZonMw. Ik trek dat project, maar we doen dat met heel veel mensen uit heel Nederland. We proberen te kijken naar integrale advisering en wat daarvoor nodig is. We hebben een werkpakket over de data die daarvoor nodig zijn uit alle domeinen, en dus ook over gedrag. Daar zit dus ook een werkpakket modellering in en daar proberen we juist te kijken naar de kennis die we daarover hebben.

Mevrouw **Lammers**:

Als een maatregel niet goed werkte of niet goed zou worden nageleefd, was dat dan voor het OMT een reden om de maatregel minder snel aan te bevelen?

Mevrouw **Schreijer**:

Ik kan me niet herinneren dat we dat op die manier zo besproken hebben, maar dat durf ik niet met honderd procent zekerheid te zeggen.

Mevrouw **Lammers**:

Maar zou het wel kunnen dat dat werd gedaan?

Mevrouw **Schreijer**:

Bij mijn weten is dat niet ... Ik weet dus niet zeker of dat gebeurd is. Ik kan daar eventjes ... Ik weet niet zo snel een voorbeeld, maar ik zie wel in de simulatieoefeningen die we doen, trouwens met echte OMT-leden en met mensen die echt in het MIT zaten, dat dat samen zo kan gebeuren. Je kijkt dus bij een integraal advies samen naar beide dingen.

Mevrouw **Lammers**:

Oké. U heeft er net misschien ook al aan geraakt met de andere antwoorden, maar welke rol zou de gedragswetenschapper eigenlijk moeten spelen in de advisering over de naleving van de maatregelen?

Mevrouw **Schreijer**:

Er zijn dus twee verschillende dingen. Je hebt de gedragswetenschapper an sich, maar de sociale wetenschap is natuurlijk veel breder, heb ik inmiddels geleerd. In het Maatschappelijk Impact Team zitten allerlei verschillende disciplines, waaronder gedragswetenschappers, die nu, denk ik, een belangrijke opdracht hebben. Volgens mij heeft de heer Putters dat hier ook gezegd. Die opdracht is om nu met goede data te komen om straks goede adviezen te kunnen geven. Dus eigenlijk moet er voor de sociale wetenschappen een soort handboek komen met daarin: hoe gaan we straks op de beste manier communiceren? Welke data uit de samenleving willen we hebben? Wat zijn nou de beste adviezen over flankerend beleid? Dat moest nu ook maar een beetje bedacht worden, niet alleen in Nederland, maar ook in de landen om ons heen.

Met "flankerend beleid" bedoel ik: hoe kun je de schadelijke effecten van sommige maatregelen, bijvoorbeeld een scholensluiting, zo veel mogelijk beperken? Ik noem steeds "een scholensluiting", maar het kan natuurlijk ook het niet-sporten zijn of ... Hoe kan je nou zorgen dat de neveneffecten zo klein mogelijk zijn? Verder moet je al die kennis vertalen naar goede adviezen. Daarbij moet je de besluitennemers meenemen in de impact van bepaalde maatregelen aan de sociaal-maatschappelijke kant. Dat wil niet zeggen dat er dan niks meer te kiezen is, hè. Dat heb ik hier iemand ook al horen zeggen. Het gaat erom dat ...

Integrale advisering betekent veel meer dat je als OMT en MIT op een gegeven moment bij zwaardere thema's naast elkaar gaat zitten en bij vergelijkbare adviezen zegt en uitlegt: iedereen moet thuisblijven, en dat betekent dit voor de economie, dat betekent dit voor eenzaamheid, dat betekent dit voor mentale gezondheid, maar het betekent ook dit voor de R en het aantal ziekenhuisopnames. Iedereen gewoon weer lekker aan het werk: dat betekent dit. Dan heb je dus wel wat te kiezen, maar als je het naast elkaar legt, is het ook veel duidelijker uit te leggen wat de impact is op al die verschillende vlakken. Ik denk dat het heel mooi zou zijn als we dat kunnen bereiken. Dat is niet makkelijk!

Mevrouw **Lammers**:

Oké, duidelijk. Ik heb geen vragen meer.

De **voorzitter**:

Collega Huidekooper, heeft u nog aanvullingen?

De heer **Huidekooper**:

Eén aanvulling, voorzitter.

U voerde net een gesprek over de constatering dat op een gegeven moment de naleving van maatregelen afneemt. Ik ben benieuwd wat de gedragswetenschappelijke adviezen waren die u kreeg om de naleving te verhogen.

Mevrouw **Schreijer**:

Volgens mij hebben we die niet ... Ik durf het niet met zekerheid te zeggen, maar volgens mij hebben we die niet zelf gekregen. Een Maatschappelijk Impact Team zou aan de overheid mee moeten geven: de naleving is zo en dit en dit zijn de interventies die u zou kunnen doen. Maar dan moet je dus eerst wel goed in kaart brengen wat de redenen zijn. Die zijn echt heel divers, weten we uit verschillende onderzoeken. Bij vaccinaties bijvoorbeeld is de reden om niet te vaccineren voor de een de afstand naar de vaccinatiestraat en voor de ander het geloof. Voor weer een ander is het het vertrouwen in de overheid of angst voor allerlei bijwerkingen. Daar heb je dus echt kennis uit de gedragswetenschappen over nodig. Vervolgens moet je die ook nog vertalen naar doelgerichte interventies. Dat is, denk ik, niet iets wat je even snel in een OMT van drie uur kunt doen.

De heer **Huidekooper**:

Maar u heeft daar niks over meegekregen? Onder andere de Corona Gedragsunit bij het RIVM houdt zich bezig met de naleving van maatregelen.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja.

De heer **Huidekooper**:

Zijn er in uw tijd in het OMT ook weleens discussies geweest over: hoe krijgen we de naleving van maatregelen juist weer omhoog?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat kan ik me niet zo direct herinneren. Het zou best kunnen, hoor, maar ik heb daar niet zo snel een voorbeeld van.

De heer **Huidekooper**:

Oké, dan laat ik het hierbij. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dan gaan we naar het laatste onderwerp voor de pauze. Daarvoor geef ik het woord aan collega Huidekooper.

De heer **Huidekooper**:

Dank. Dat onderwerp is de vaccinatiecampaagne. In het najaar van 2020 speelt de organisatie van de eerste vaccinatiecampaagne. Op 6 januari 2021 wordt de eerste prik gezet. De taak om de vaccinatie te organiseren ligt bij de GGD's, bijvoorbeeld bij de GGD Amsterdam, waar u op dat moment werkzaam bent. Net als bij het bron- en contactonderzoek staat de GGD voor een grote klus en moet er heel snel opgeschaald worden. Hoe was de GGD voorbereid op die taak?

Mevrouw **Schreijer**:

Ehm ... Nou ja, volgens mij hebben anderen hier ook al gezegd dat de aanloop een beetje rommelig was. Welke vaccins zijn het en wie gaat ze zetten? Wij zijn al wel vrij snel gaan nadenken over: als we ze gaan zetten, als wij het mogen doen, dan hebben we van alles nodig. We zijn dus op zoek gegaan naar locaties. Ik weet nog dat we met een aantal mensen ergens in een klein zaaltje stonden en dat iemand zei: we kunnen hier nou wel gaan kijken, maar we zitten straks gewoon in de RAI. Dat was uiteindelijk ook zo.

Nou ja, we hebben toch wel een beetje aan zitten hikken tegen het moment dat we dat mochten gaan doen.

Dat het eraan zat te komen, konden we natuurlijk bedenken. Het virus overvalt je. Het overviel ons allemaal, maar ik denk dat we in Amsterdam goede ondersteuning hadden. We hadden op een gegeven moment ook een heel goed team dat juist met die processen bezig was en probeerde om allerlei forecasts te maken over hoeveel mensen we in Amsterdam hadden en hoeveel mensen als eerste in aanmerking kwamen; wat is de leeftijdsopbouw in Amsterdam?

De heer **Huidekooper**:

Op welk moment in de pandemie trof u die voorbereidingen? Of dacht de GGD: dit balletje zou weleens onze kant op kunnen rollen dus laten wij alvast voorbereid zijn voor als die vraag komt?

Mevrouw **Schreijer**:

Volgens mij zijn die gedachteprocessen al heel snel begonnen. Ik schetste al dat we in Amsterdam echt een paar keer geprobeerd hebben om goed vooruit te kijken en om scenario's te maken. Dit was echt een van de dingen die op ons af zouden komen.

De heer **Huidekooper**:

Wat waren de grootste uitdagingen waar u toen tegenaan liep?

Mevrouw **Schreijer**:

Ehm ... Ik denk eigenlijk toch al die dingen die we net al even geschetst hebben, zoals het goed bereiken van groepen die we minder goed bereikten. Voor mij persoonlijk, maar ik denk voor de infectieziektebestrijding in het algemeen, is het bij vaccinaties zeker van belang dat mensen een goed geïnformeerde keuze maken. Ik heb meerdere mensen dat hier horen zeggen. Ik ben dus ook geen voorstander van een vaccinatieplicht, maar mensen moeten wel heel goed zelf een keuze kunnen maken en goed begrijpen wat de voor- en nadelen zijn. Dat goed uitleggen en laten landen: daar is niet voor iedereen dezelfde aanpak voor nodig. Je hebt dat fijnmazige dus heel erg nodig.

De heer **Huidekooper**:

Exact. Ik onderbrak u, maar u haalt een belangrijk punt aan. Ik was eigenlijk

zelf nog wat meer op zoek naar de logistiek. U begon zelf al over het bellen van locaties.

Mevrouw **Schreijer**:

O, sorry.

De heer **Huidekooper**:

Kunt u schetsten wat daar de uitdagingen waren?

Mevrouw **Schreijer**:

O ja, mensen trainen, mensen opleiden om die prikken te kunnen zetten. Dat dus. Volgens mij hebben we tijdens de piek in juni 2021, niet alleen Amsterdam maar alle GGD'en, 1,7 miljoen prikken gezet. Dus ja, we moesten daarvoor heel snel opschalen. Maar ik denk wel ... Nou ja, hier hadden we echt het gevoel van schouders eronder en let's go.

De heer **Huidekooper**:

Wat was de rol van de landelijke overheid hierbij?

Mevrouw **Schreijer**:

Die gaf aan welke groepen eerst moesten, welke volgorde er was en welke vaccins we kregen. Wij volgen daarin gewoon het landelijke proces, maar dus wel met een regionale vertaalslag naar kwetsbare groepen, risicogroepen en locaties. Op een gegeven moment hadden we ook, maar misschien waren die er ook al eerder, preventieteam als afdeling binnen de GGD. Die teams probeerden juist die groepen goed te bereiken. We zetten sleutelfiguren in, ook al waren die eigenlijk al een tijdje geleden, nog voor de crisis, wegbezuinigd. Dat was heel jammer, want dat waren zo'n beetje de eerste mensen die we tijdens de crisis gebeld hebben.

De heer **Huidekooper**:

Kunt u voor de mensen die meekijken, even schetsen wie dat zijn?

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, sorry. Ook nu werken collega's weer met sleutelfiguren. Het coronavirus kwam uit Wuhan. Aan het begin van de coronacrisis was er daardoor bijvoorbeeld best wat stigmatisering richting de Chinese gemeenschap. We hadden bij de GGD in het verleden goede contacten met bepaalde sleutelfiguren in de Chinese gemeenschap. Deze mensen konden we bellen om te vragen: "Waar hebben jullie behoefte aan? Welke voorlichting? Hoe

kunnen we jullie helpen? Hoe kunnen we jullie ondersteunen?" Later is dat bijvoorbeeld bij studenten ook gebeurd met voorlichting over vaccinaties en andere zaken. We zijn bijvoorbeeld ook naar moskeeën gegaan om uitleg te geven over de vaccinatie. Je hebt wel ingangen nodig bij verschillende groepen.

De heer **Huidekooper**:

En zo bereikte u dus in dit geval die specifieke groepen in Amsterdam?

Mevrouw **Schreijer**:

Ja.

De heer **Huidekooper**:

Zou zo'n aanpak ook landelijk kunnen?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat denk ik eigenlijk ... Nou, even nadenken ... Nee, want de ...

De heer **Huidekooper**:

Laat ik het anders formuleren: wat zouden we daar landelijk van kunnen leren?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat je naast het landelijke beleid en proces altijd een regionale vertaalslag nodig hebt, juist voor dat fijnmazige deel. Ik zit even na te denken over een voorbeeld, maar volgens mij is dat juist de mooie samenhang tussen die twee.

De heer **Huidekooper**:

Oké. Ik zou nog even van u willen weten wanneer u precies van de landelijke overheid hoorde dat de GGD moest gaan opschalen voor de vaccinatiecampaagne. Ik schat in dat dat van het ministerie van VWS kwam.

Mevrouw **Schreijer**:

Sorry, dat weet ik niet meer, maar ik kan het opzoeken.

De heer **Huidekooper**:

De GGD's hebben in Nederland ook een eigenstandige verantwoordelijkheid ten opzichte van bijvoorbeeld een ministerie. Hoe heeft u die samenwerking dan wel aansturing vanuit VWS ervaren?

Mevrouw **Schreijer**:

Op het gebied van vaccinaties?

De heer **Huidekooper**:

Exact.

Mevrouw **Schreijer**:

Goed. Volgens mij hebben mensen hier al gezegd dat ze wat betreft de vaccinatie op een goede manier de structuren hebben gevolgd door de Gezondheidsraad om een advies te vragen en de raad met een advies te laten komen over de volgorde en welke groepen eerst. Dat was, denk ik, de juiste aanpak wat betreft de groepen en welke groepen eerst zouden moeten. Dat was goed.

De heer **Huidekooper**:

Dat heeft u als positief ervaren?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat was positief, ja.

De heer **Huidekooper**:

We hebben in dit openbare verhoor de luxe dat we de balans op kunnen maken om te leren voor een volgende pandemie. We nemen uw ervaringen over het in korte tijd opschalen van die priklocaties dan ook graag mee. Wat moet er voor de volgende pandemie vooraf georganiseerd zijn, zodat die snelle opschaling soepel kan plaatsvinden?

Mevrouw **Schreijer**:

Er moet veel sneller geanticipeerd worden op welke vaccins we krijgen. Verder moeten we nu al in kaart hebben waar de lage vaccinatiegraad zit. Welke groepen zijn dat? Wat zijn de beweegredenen? Daar doe je ook je voordeel mee bij het Rijksvaccinatieprogramma. Ik snap dat u op de processen zit, maar die andere dingen zijn ook heel erg belangrijk. Je kunt alle processen wel inrichten, maar als er niemand komt, heb je een probleem. We hebben na covid gezien dat de vaccinatiegraad in verschillende wijken in Amsterdam, Den Haag en Rotterdam, maar ook op andere plekken, gedaald is. We moeten juist nu daarin investeren.

Maar ik denk nog steeds dat de GGD's hebben laten zien dat ze heel goed in staan zijn om heel snel op te schalen op dit thema. Ik denk dat het mooi is

dat we nu weten hoe we de volgende keer moeten anticiperen. Welke vaccins komen er? In welke badges komen die? Zijn dat grote of kleine badges? Hoe moeten die bewaard worden? Welk deel kunnen de huisartsen beter doen? Kunnen zij beter de kwetsbare groepen doen, omdat ze die heel goed kennen? En welk deel kan de GGD gewoon goed en snel oppakken?

De heer **Huidekooper**:

Kan de GGD bij een volgende pandemie de logistieke kant helemaal zelfstandig oppakken of is daar hulp bij nodig?

Mevrouw **Schreijer**:

Wij hebben wel hulp gehad. We hebben hulp van allerlei adviesbureaus gehad, maar ook van Defensie over het goed en snel inrichten van zo'n structuur. Het is zaak om die dingen goed te bewaren. Eigenlijk wil je toch ook daar ... Ik moet eerlijk zeggen dat ik niet weet hoe het op dit moment is, omdat ik natuurlijk al vijf jaar weg ben bij de GGD. Maar het is sowieso verstandig om die kennis ook enigszins in eigen huis te hebben.

De heer **Huidekooper**:

Oké, dank u wel. Dat waren mijn vragen hierover.

De **voorzitter**:

Collega Lammers, heeft u nog aanvullingen?

Mevrouw **Lammers**:

Ja, ik heb nog een aanvulling. U zei net al in het gesprek met mijn collega dat u de wijk in ging en dat u contact zocht met sleutelfiguren en studenten.

Mevrouw **Schreijer**:

Ik niet zelf, hè. Dat deden de preventieteams.

Mevrouw **Lammers**:

De preventieteams.

Mevrouw **Schreijer**:

Daar waren allemaal goede mensen voor.

Mevrouw **Lammers**:

Gebruikten zij daarvoor kennis uit de gedragswetenschappen? Waar was het op gebaseerd?

Mevrouw **Schreijer**:

Oef! Nou, we hadden een aantal mooie studies lopen in Amsterdam, waardoor we bepaalde groepen goed kenden. De HELIUS-studie is daarvan een mooi voorbeeld. Die kennis kwam verder ook uit de epidemiologische cijfers. Ik zit even te denken of we daar echt zelf gedragswetenschappers voor hadden of dat we bij die expertise gewoon samengewerkt hebben. We hebben op dit onderwerp in ieder geval samengewerkt met gedragswetenschappers van de UvA. Ik weet het niet honderd procent zeker, maar die zaten toen wel in het regionale Outbreak Management Team. Ik weet niet in hoeverre we ze hier uiteindelijk bij betrokken hebben, maar ik denk dat we ze wel betrokken hebben bij het uitrollen van meer de doelgerichte strategie.

Deels hebben we toen ook juist gebruikgemaakt van kennis uit de toolkit van de WHO, die ik net noemde. Die hebben we juist samen met gedragswetenschappers gemaakt. Dat zijn de drie stappen die ik net noemde: waar is de lage vaccinatiegraad, wat zijn de beweegredenen en wat zijn alle verschillende interventies? Daar waren we in Amsterdam eigenlijk al voor corona mee begonnen, omdat bij het Rijksvaccinatieprogramma de vaccinatiegraad ook zorgelijk was. We waren daar dus al een beetje mee begonnen.

Gedragswetenschappelijke kennis werd dus zeker gebruikt. Maar goed, volgens mij is er ... Ik weet nog uit de tijd dat ik bij het RIVM aan antibioticaresistentie werkte dat we ook geprobeerd hebben om gedragswetenschappelijke kennis toe te passen. De toolkit die ik net noemde, hebben we daarna vertaald naar antibioticaresistentie, want daarbij heb je natuurlijk ook met gedrag te maken. Het gaat dan over voorschrijfgedrag en hoe mensen het gebruiken. We zagen toen ook dat je niet zomaar ergens een blik gedragswetenschappers open kan trekken. Dat is overigens bij de infectiebestrijding ook zo. Het is volgens mij dus iets wat de laatste jaren meer gegroeid is. Het is een belangrijke groep en een belangrijke discipline, die nu steeds meer een belangrijke rol krijgt.

Mevrouw **Lammers**:

Tijdens ons onderzoek hebben we als parlementaire enquêtecommissie wekelijks meerdere brieven ontvangen van burgers die eigenlijk nog altijd last hebben van de gevolgen van de pandemie zelf. Een groot deel is het vertrouwen in de overheid verloren. Deze mensen maken zich met name

zorgen over de vaccinaties en ook over de druk die zij ervaren hebben om zich te laten vaccineren. Herkent u deze signalen?

Mevrouw **Schreijer**:

Jazeker, maar die kenden we ook al uit de onderzoeken die we in het verleden in Nederland gedaan hadden. Ik heb verder bijvoorbeeld ook zelf met de WHO onderzoeken gedaan in Zweden en Engeland. Het is dus niet specifiek iets voor Nederland. Dus ja, dat herken ik. Ik herken ook dat er allerlei verschillende redenen zijn, die allemaal om een eigen aanpak vragen. Maar als je kijkt naar de Europese WHO-regio, dan is het wel een feit dat er 1,6 miljoen levens zijn gered door die vaccinaties. In de afgelopen 50 jaar zijn er wereldwijd 154 miljoen mensenlevens gered door vaccinaties. Dat proberen uit te leggen, dus uitleggen dat dat de winst is, is het belangrijkste. De mensen die gered zijn ...

Mevrouw **Lammers**:

Maar begrijpt u die ervaring wel?

Mevrouw **Schreijer**:

O, zeker! Ja, ik herken het zeer goed. Het is dus des te belangrijker om goed uit te leggen hoe het zit, dat vaccinaties nou eenmaal heel veilig zijn en dat ze helpen en beschermen tegen bijvoorbeeld long covid of postcovid en ziekenhuisopnames. Het beschermt tegen ic-opnames. Dus ja ...

Mevrouw **Lammers**:

Denkt u dat ...

Mevrouw **Schreijer**:

Maar dat neemt natuurlijk niet weg dat ik begrijp dat mensen vragen hebben, net zoals je dat over andere medicijnen natuurlijk ook hebt.

Mevrouw **Lammers**:

Denkt u dat de overheid had kunnen voorkomen dat mensen druk voelden om zich te laten vaccineren?

Mevrouw **Schreijer**:

Ehm ... Of ik begrijp dat mensen ... Nou, rondom die 2G-discussie was het op een gegeven moment natuurlijk wel een actueel thema. Ik begreep wel dat sommige mensen op dat moment het gevoel hadden: nou, dan kan ik alleen nog maar iets doen als ik gevaccineerd ben.

Mevrouw **Lammers**:

Hoe had de overheid het anders kunnen doen?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat hebben we uiteindelijk dus ook niet gedaan. Ik denk dat dat een heel goed besluit is geweest. Ik denk dat er bij de communicatie door de overheid ook heel veel dingen goed zijn gegaan. Het is uitgelegd en er zijn voorbeelden gegeven. Hier is al geschetst op welke manieren dat gebeurd is. Ik denk dat het heel goed is om nu al goed in kaart te brengen op welke manier je daar wat aan kan doen. En dat is niet alleen maar communicatie, hè. Er zijn meerdere interventies denkbaar. Het gaat er niet om dat mensen zich daardoor allemaal per se gaan laten vaccineren. Nogmaals, het gaat erom dat ze een goed geïnformeerde keuze maken.

Mevrouw **Lammers**:

U zegt "goed informeren", maar vindt u ook dat er door de overheid druk is uitgeoefend op mensen om zich te laten vaccineren?

Mevrouw **Schreijer**:

Volgens mij niet.

Mevrouw **Lammers**:

Direct dan wel indirect?

Mevrouw **Schreijer**:

Nee, ik dacht het niet, maar dat kunt u misschien beter inschatten dan ik.

Mevrouw **Lammers**:

Dank u wel. Dat waren mijn vragen.

De **voorzitter**:

Ik had het al aangekondigd: we gaan pauzeren. Dat doen we vijftien minuten. Ik verzoek de bode om de getuige en haar bijstandsverlener naar buiten te leiden.

(Mevrouw Schreijer wordt naar buiten geleid door de bode.)

De **voorzitter**:

Ik schors de vergadering voor vijftien minuten.

De vergadering wordt van 11.18 uur tot 11.33 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 haar bijstandsverlener naar binnen te leiden.

(Mevrouw Schreijer wordt binnengeleid door de griffier.)

De voorzitter:

Beide welkom terug, mevrouw Schreijer in het bijzonder. We vervolgen het openbaar verhoor. Voor het volgende onderwerp geef ik graag het woord aan collega Huidekooper.

De heer Huidekooper:

Dank, voorzitter. Welkom terug na deze schorsing, mevrouw Schreijer. Ik wil het met u hebben over postcovid. Gedurende de pandemie wordt er steeds meer duidelijk over postcovid, dan nog "long covid" genoemd. Op 29 maart 2021 noemt het OMT de term voor het eerst en stelt het dat er onderzoek naar gedaan moet worden, "zodat ook deze effecten van COVID-19 mee kunnen worden genomen in de advisering". Op 22 mei en 11 augustus 2021 zien we soortgelijke formuleringen. Op welke wijze werd het risico op postcovid destijds ingeschat en hoe werkte dat concreet door in de afwegingen over de pandemische aanpak?

Mevrouw Schreijer:

Dank u wel voor uw vraag. Het is niet geheel mijn expertise, maar ik kan natuurlijk vertellen hoe het in het OMT ging. Long covid of postcovid – die termen worden beide gebruikt – kwam natuurlijk niet geheel onverwacht. We weten gewoon dat er bijvoorbeeld na Q-koorts, de ziekte van Lyme, de ziekte van Pfeiffer of een epstein-barrvirusinfectie uiteindelijk een bepaalde groep is die langdurige klachten houdt. Dat is één ding. Volgens mij is het zelfs al eens eerder genoemd in het OMT, in 2020 al een keer, toen er een discussie was over het wel of niet sluiten van scholen. Er is toen ook gezegd: we weten nu nog niet wat de langdurige impact is van het hebben van een infectie. We weten inmiddels dat vooral de mensen die in de eerste golf besmet zijn geraakt, achteraf gezien de meeste kans hadden op long covid. Gedurende het verstrijken van de tijd hebben we gezien dat uiteindelijk toch 400.000 volwassenen klachten hebben van long covid. Ik denk dat het dus ergens in het achterhoofd wel onze aandacht had. Ik denk dat iedereen in de

infectieziektebestrijding weet dat er langdurige effecten kunnen zijn in de voorbeelden die ik net al noemde, maar we waren op dat moment natuurlijk met name bezig met de virusbestrijding. Maar ja, in zekere zin voorkom je dan natuurlijk ook long covid. Maatregelen en uiteindelijk vaccinaties hebben dus geleid tot het voorkomen van ...

De heer **Huidekooper**:

Ja, want de formulering die ik net voorlas – ik citeerde 'm bewust – en die dus ook op 29 maart 2021 door het OMT wordt genoemd, is "zodat ook deze effecten kunnen worden meegenomen in de advisering". Dat is dan op 29 maart 2021, dus ruim een jaar na de start van de pandemie. Dat lijkt te impliceren dat die effecten daarvoor geen onderdeel zijn van de advisering. Is dat ook uw beeld?

Mevrouw **Schreijer**:

O ja, ik snap wat u bedoelt. Ik denk niet dat we het zo bedoeld hebben, maar dat we vooral – maar goed, dat is mijn interpretatie nu, achteraf – aandacht hebben willen vragen daarvoor, en dat er dus ook in de besluitvorming rekening mee moest worden gehouden. Maar dat is natuurlijk wel een hele lastige. Ik denk dat het hier al een paar keer goed gezegd is. Op een gegeven moment hebben we ons natuurlijk ... Ik heb zelf mensen in mijn omgeving met long covid, ook kinderen. Ik heb in mijn omgeving schrijnende gevallen van kinderen die echt een zware knik in hun levensloop hebben, die niet meer mee kunnen doen aan activiteiten. Het is dus een heel ernstig ziektebeeld in dat opzicht. Maar ik denk dat we, door te voorkomen dat we het uit de hand lieten lopen in die tijd en door het indammen van het virus, ook veel long covid voorkomen hebben.

De heer **Huidekooper**:

U gaf net aan: het speelde wel in ons achterhoofd. Kunt u ons dan schetsen hoe postcovid voor maart 2021 is besproken in het OMT?

Mevrouw **Schreijer**:

Voor maart 2021 ...

De heer **Huidekooper**:

2021, dus voordat deze brief, waar ik net ...

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, dus ik schetste net een voorbeeld ...

De heer **Huidekooper**:

... uit citeerde, werd gestuurd.

Mevrouw **Schreijer**:

Ik kan me herinneren dat het op een gegeven moment over scholen ging en dat er toen gezegd is: "Ja, oké, maar als we nu zeggen dat de kinderen niet ernstig ziek worden ... We weten nog niet wat de langetermijneffecten zijn." Volgens mij is zo iets een keer gezegd, maar dat weet ik niet zeker. Volgens mij is dat het enige. We zijn natuurlijk heel erg bezig geweest met de opdracht die we hadden, de drie doelen die hier eindeloos herhaald zijn en die iedereen scherp op het netvlies heeft, namelijk zicht houden op het virus, voorkomen van overbelasting van de zorg en kwetsbaren beschermen. Ja, indirect zat dit daar dus wel in.

De heer **Huidekooper**:

Het is dus een keer genoemd, maar woog het dan ook mee in de advisering?

Mevrouw **Schreijer**:

Ehm ... Nou, ik weet niet meer of dat zo was.

De heer **Huidekooper**:

We zien op 22 mei en 11 augustus 2021 soortgelijke formuleringen van het OMT met betrekking tot postcovid, dus dat er meer onderzoek nodig is om het goed te kunnen betrekken bij de advisering. Er was op het moment van het verschijnen van deze brief ook al een grote groep die inderdaad aan de bel trok, die zich niet gezien voelde, die te maken had met toch wel schrijnende gevolgen van postcovid.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja.

De heer **Huidekooper**:

Waarom heeft het zo lang geduurd voordat die gegevens beschikbaar kwamen?

Mevrouw **Schreijer**:

Niet om weer met Amsterdam te beginnen, maar we zijn in Amsterdam volgens mij al in april 2020 begonnen met het includeren van mensen die besmet en ook opgenomen waren in het ziekenhuis in een grote cohortstudie, het VIS-cohort, ook wel RECoVERED genoemd. We zijn daar

dus vrij snel begonnen met het maken een groot cohort van mensen om juist de langetermijneffecten goed op te volgen. Ik heb die cijfers geloof ik ook wel een keer genoemd in het OMT: we zagen dat 30% van de jongeren na zoveel maanden toch nog klachten had. Maar dat kan de volgende keer echt wel beter. Je wil eigenlijk het liefst nu al een groot panel of een groot cohort – laten we het "een pandemisch cohort" noemen – in kaart hebben. We hebben bijvoorbeeld Infectieradar. Die zou je daarvoor kunnen gebruiken. Dat is meer een panel, maar dat zou je dus kunnen uitbreiden tijdens een grote pandemie. Een groot voordeel is dat je dan basisgegevens hebt. Die hadden we eigenlijk niet. Dan is het achteraf heel lastig om te onderzoeken welke klachten nou door de infectie komen en welke klachten nou komen doordat het echt een heel zware tijd is, met de maatregelen en alles wat er op ons afkomt. Als je de basisgegevens hebt, mensen door de tijd kunt volgen en ook een betere vergelijking kunt maken met mensen die niet besmet raken – want die vergelijking ontbrak eigenlijk – dan kun je veel betere uitspraken doen. Ik denk dus dat het een volgende keer echt beter kan en ook beter moet.

De heer **Huidekooper**:

U noemde net in uw antwoord ook: we richtten ons op drie doelen. We zien dat later aan de kabinetsaanpak een vierde doel is toegevoegd, dat eigenlijk ingaat op het beperken van de maatschappelijke impact van de maatregelen. Had het verschil gemaakt als dat vierde doel, dus die maatschappelijke effecten voor de lange termijn, vanaf het begin onderdeel waren geweest van de pandemische aanpak?

Mevrouw **Schreijer**:

Voor long covid of postcovid of voor dat specifieke deel ...

De heer **Huidekooper**:

Nou, dat is een van de langetermijneffecten die inderdaad door middel van dat vierde doel natuurlijk beter in zicht komt.

Mevrouw **Schreijer**:

Dat weet ik niet, want ik denk dat het uiteindelijk nog best lastig was geweest. Stel nou je dat ook nog expliciet had gezegd: ook long covid gaan we maximaal voorkomen. Nou, dan hadden we nog veel langer aan allerlei maatregelen vastgezet, want je kon natuurlijk nog steeds besmet worden. Natuurlijk is het zo dat je met vaccinatie een groot deel voorkomt, maar je sluit een besmetting ook niet helemaal uit. Dan was het denk ik nog lastiger

geweest om uit die crisis te komen. Dat neemt niet weg dat je er rekening mee moet houden en dat je dus ook goede studies moet opzetten, zodat het goed gevolgd kan worden.

De heer **Huidekooper**:

Dat begrijp ik. Mijn vraag was ook gericht op het volgende. U gaf aan: wij richtten ons op drie doelen.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, of de advisering.

De heer **Huidekooper**:

In die drie doelen zaten nog niet de maatschappelijke effecten voor de lange termijn. Dat is een doel dat later is toegevoegd. Mijn vraag aan u zou zijn: had het verschil gemaakt als dit soort langetermijneffecten, waar postcovid echt een duidelijk voorbeeld van is, vanaf het begin onderdeel was geweest van de integrale crisisaanpak?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat durf ik niet te zeggen. Nee, dat zou ik nu niet kunnen zeggen.

De heer **Huidekooper**:

Oké. Was er binnen het OMT en de crisisadviesing voldoende expertise aanwezig over postinfectieuze aandoeningen zoals postcovid?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou, er zaten infectiologen ... In het OMT, bedoelt u? Dat zei u toch?

De heer **Huidekooper**:

Ja.

Mevrouw **Schreijer**:

Er zaten infectiologen in het OMT, microbiologen en artsen infectieziektebestrijding, dus dat zijn de mensen die ook veel verstand hebben van langdurige klachten. Dat neemt niet weg dat het dus – dat weten we ook van andere infectieziekten, als die langdurige klachten geven – een heel ingewikkeld ziektebeeld is, met allerlei verschillende klachtenpatronen.

De heer **Huidekooper**:

Er is ook al door meerdere mensen aangegeven dat er in het begin nog veel onduidelijk was over postcovid. Dat is, zeg ik er expliciet bij, het beeld van het begin, want dat beeld wordt natuurlijk scherper naarmate de pandemie vordert. Welke kennis, gegevens of uitvoeringskracht ontbraken er precies om tot betere besluitvorming over postcovid te kunnen komen?

Mevrouw **Schreijer**:

Ik denk dat het heel mooi zou zijn geweest als je mensen – we hebben nu bijvoorbeeld 400.000 volwassenen; dat is toch een beetje zelfregistratie – veel duidelijker en beter door de tijd kan volgen om te kijken: welk deel is postcovid en welk deel komt door de maatregelen? Dan kan je mensen ook beter helpen. Dat neemt niet weg dat de pathofysiologie, dus het mechanisme onder long covid en de genezing daarvan, nog steeds heel erg ingewikkeld is en dat er heel veel vragen zijn. Dat vind ik lastig in te schatten.

De heer **Huidekooper**:

Het zat dus in het zicht op hoe groot de groep was die daarmee te maken had?

Mevrouw **Schreijer**:

Ja.

De heer **Huidekooper**:

Het zat ook in hoe postcovid zich zou ontwikkelen en welke klachten zich voordeden. Waren er nog andere zaken die we nu zouden moeten onderzoeken en op orde zouden moeten brengen, zodat we de effecten van postcovid bij een volgende pandemie, een vergelijkbare postinfectieziekte, beter kunnen wegen?

Mevrouw **Schreijer**:

Als je nu zorgt dat je een goede data-infrastructuur hebt, waarin je goede gegevens hebt uit de ziekenhuizen, uit de langdurige zorg, maar ook uit de publieke gezondheid, en ook nog eens keer uit het dierenrijk of de veterinaire kant, dan kun je dit soort dingen ook meenemen door die data goed te delen met elkaar. Ik vergeet trouwens de huisartsen te noemen; die zijn heel erg belangrijk. Nivel maakt ook veel gebruik van die gegevens in hun onderzoeken. Bij het goed in kaart brengen hiervan helpt het delen van data. Daarbij helpt een goed surveillancesysteem. Daarbij helpt ook het

investeren in onderzoek heel erg. Ik heb zelf ook al mooie onderzoeken mogen doen met geld van onder andere ZonMw. Daar ben ik heel dankbaar voor. Dat neemt niet weg dat het vaak kortdurende projecten zijn. Eigenlijk wil je nu gewoon veel meer structureel investeren in onderzoek, ook op Europees niveau – dat werd gisteren al genoemd – en in Nederland, zodat je de volgende keer goede studies hebt lopen, waarin je veel sneller uitspraken kunt doen, en grote cohorten hebt lopen, dus niet alleen in de publieke gezondheid. In Engeland bijvoorbeeld hadden ze al een best goed cohort klaarstaan, met mooie protocollen, waarbij er een heel goed registratiesysteem was in de ziekenhuizen. De chief medical officer daar heeft ook iedereen gesommeerd om hetzelfde protocol te gebruiken. Daardoor hebben we in mei 2020 al een heel goed beeld gekregen van wat voor mensen er eigenlijk in de ziekenhuizen lagen. Dat is het voorbeeld ten aanzien van de ziekenhuisregistraties. In dit soort grote cohorten kun je dus ook heel goed postvirale klachten van infecties meenemen.

De heer **Huidekooper**:

Oké, en dan kan dat ook beter betrokken worden bij de afweging die in het OMT wordt gemaakt.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, exact. Dan zie je dus hoe dat zich ontwikkelt, want het kan een volgende keer ... We focussen heel erg op corona – dat is ook logisch, want daar is de parlementaire enquête voor – maar we moeten ook rekening houden met allerlei andersoortige virussen. Het kan best zijn dat het de volgende keer een virus is dat juist kinderen heel erg treft en een heel ander ziektepatroon geeft. Het kan dat er weer hele andere discussies zijn over scholensluitingen, maar ook over bijvoorbeeld long covid en de impact. Dan heb je het over de impact op de gezonde levensjaren.

De heer **Huidekooper**:

Als zich een nieuw virus zou voordoen, is het dan onvermijdelijk dat er onderzoek naar een postinfectieuze aandoening als gevolg van dat virus plaatsvindt ...

Mevrouw **Schreijer**:

Dat zou moeten.

De heer **Huidekooper**:

... of zijn er al onderzoeken die we nu zouden kunnen doen om beter voorbereid te zijn ...

Mevrouw **Schreijer**:

Allebei.

De heer **Huidekooper**:

... mocht de situatie zich voordoen?

Mevrouw **Schreijer**:

Dus eigenlijk allebei: enerzijds waar we het net over gehad hebben, anderzijds kun je nu al onderzoek doen naar de pathofysiologie, de biomedische kant van het verhaal. De fundamentele kant van het verhaal, bedoel ik.

De heer **Huidekooper**:

Ja, dat is duidelijk. U zei in uw antwoord net in een bijzin dat als we rekening houden met postcovid, je ook zwaardere maatregelen nodig zou hebben.

Mevrouw **Schreijer**:

Nou ja, langdurigere maatregelen.

De heer **Huidekooper**:

Ik vroeg me af: is het ook weleens zo expliciet besproken ...

Mevrouw **Schreijer**:

Niet dat ik me kan herinneren.

De heer **Huidekooper**:

... of is er vanuit de zorg voor potentiële postcovidpatiënten gedacht: we moeten misschien even aan de veilige kant gaan zitten of het zekere voor het onzekere nemen?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat durf ik niet met zekerheid te zeggen, maar ik dacht van niet.

De heer **Huidekooper**:

Dat durft u niet met zekerheid te zeggen.

Mevrouw **Schreijer**:

Nee.

De heer **Huidekooper**:

Oké. Dan zou ik nog willen weten hoe ... Deze groep postcovidpatiënten heeft heel hard moeten strijden voor herkenning en erkenning.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja.

De heer **Huidekooper**:

Er zijn schrijnende gevallen bekend waarbij ze van het kastje naar de muur zijn gestuurd en niet wisten waar ze terecht moesten in de zorg of soms eerst zijn teruggestuurd met de boodschap: zit het niet tussen je oren? Dat zijn natuurlijk hele schrijnende gevallen.

Mevrouw **Schreijer**:

Heel schrijnend, ja.

De heer **Huidekooper**:

In het kader van leren voor een volgende pandemie, zou mijn vraag zijn: hoe zouden we bij een volgende pandemie de overgang van de acute crisisbestrijding naar de langetermijnzorgeffecten, zoals covidpatiënten, beter kunnen organiseren, zodat die mensen niet meer hoeven te vechten voor erkenning?

Mevrouw **Schreijer**:

Het is natuurlijk heel schrijnend wat u schetst. Misschien val ik een beetje in herhaling, maar ik denk door goede onderzoeken te doen en goed te begrijpen waar het 'm in zit en hoe het mechanisme werkt. Dan pas kun je kijken hoe je mensen kunt helpen en genezen. Er zijn nu door het hele land allerlei poli's. Ik heb begrepen dat er best lange wachtlijsten voor zijn. Je kunt er eigenlijk nu al op anticiperen dat er een volgende keer komt. Dus het inrichten van dat soort poli's en daar richtlijnen voor maken ... Maar nog steeds is het de volgende keer een ander virus, met andere eigenschappen. Dan moet je toch snel schakelen.

De heer **Huidekooper**:

Dat punt heeft u inderdaad duidelijk gemaakt. Tot slot. Ik weet dat u aangaf: het is niet mijn eerste expertise.

Mevrouw **Schreijer**:

Nee.

De heer **Huidekooper**:

We hebben in dit gesprek de impact benoemd die speelt voor deze groep. Die bestaat uit tot 400.000 mensen die hier nog steeds mee te maken hebben. Wat kan dan wel moet er vanuit uw expertise nu nog voor deze groep gedaan worden?

Mevrouw **Schreijer**:

Ehm ... Nou ja, de erkenning daarvoor is heel erg belangrijk. Dat is dus een belangrijk onderdeel. Ik hoop dat we gewoon duidelijkere antwoorden krijgen. Dan moet er toch eerst een stap gemaakt worden in de goede onderzoeken. Ik zei al dat het niet mijn expertise is. Er worden wel stappen gemaakt, maar het is nog steeds heel complex hoe bijvoorbeeld het immuunsysteem daar een rol in speelt en welke medicijnen daarvoor zouden kunnen helpen. Dus het is toch investeren in onderzoek.

De heer **Huidekooper**:

Toch investeren in onderzoek.

Mevrouw **Schreijer**:

En genezing. Maar we weten van heel veel ziektes dat dat ook echt heel moeilijk kan zijn en het echt ... Nou ja, er is geen upside van infectieziekten, maar dat is een van de downsides als zo'n grote uitbraak je overkomt.

De heer **Huidekooper**:

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Collega Lammers, heeft u op dit onderwerp nog aanvullingen?

Mevrouw **Lammers**:

Nee, die heb ik niet.

De **voorzitter**:

Dan kunt u direct door naar het volgende onderwerp.

Mevrouw **Lammers**:

Dank u wel. Dan willen we nu graag met u spreken over de pandemische

paraatheid. U zei eerder al: een nieuwe pandemie gaat er komen; we weten alleen nog niet wanneer. U zei net ook al: die kan hele andere vormen aannemen. Kunt u schetsen hoe verschillend pandemieën kunnen zijn?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat is een mooie vraag. Kijk bijvoorbeeld naar de simulatieoefeningen in het UNITY-project, waar ik het net al over had. De afgelopen jaren hebben we dus eerst in een ander consortium, met daarin trouwens vooral gedragswetenschappers, simulatieoefeningen gedaan. We hadden op een gegeven moment een oefening waarin een groot vogelgriepvirus zo muteerde dat het uiteindelijk mensen ging besmetten, even simpel gezegd. Vrij in het begin ontstond in de discussies de situatie ... We zaten daar dus vlak na covid, met mensen uit de sociale wetenschappen die in het Maatschappelijk Impact Team zaten en mensen die in het OMT hadden gezeten. Er werd het plaatje geschetst dat we in een bepaalde situatie zaten. Het was overigens een pandemie die in Nederland ontstond. Dat was nog een interessant aspect. Je had geen enkele kennis uit het buitenland over dit virus of whatsoever. Er was de situatie waarbij er in een kinderklas – sorry, ik bedoel in een klas met kinderen – een aantal besmettingen hadden plaatsgevonden. Er was vastgesteld dat het een nieuw virus was. Nou, toen waren er allerlei rode vlaggen bij het Outbreak Management Team: een nieuw virus, geen immuniteit. Zo start een nieuwe griep пандemie. Je kunt nu handelen en anders is die kans voorbij. Die klas moet eigenlijk thuisblijven en misschien moet de school wel even dicht, om even een time-out te nemen en te kijken wat er gebeurt en hoe het zich gaat ontwikkelen.

Aan het Maatschappelijk Impact Team hadden we dezelfde vraag voorgelegd. Dit is trouwens een simulatie. Dit heeft dus niet echt plaatsgevonden. Tenminste, de oefening wel, maar dit was dus niet echt het geval in Nederland, zeg ik om de verwarring even voor te zijn. We zagen dat er een hele discussie kwam: "Scholen dicht? Dat nooit meer. We willen nooit meer kinderen niet naar school laten gaan." Die adviezen hadden we eerst apart voorgelegd. Daarna hebben we gekeken: wat als we nu samen tot een advies moeten komen? Dat gaf een hele interessant uitwisseling tussen de impact op de kinderen en de impact op het virus. Als je nu niks doet, dan hebben we in no time exponentiële groei. Dan hebben we een heel groot probleem en misschien nog veel meer schade. Dat is een van de voorbeelden die ik kan noemen over een volgende keer waarin we met een ander virus te maken hebben. Dat is niet ondenkbaar.

Mevrouw **Lammers**:

Ik ben toch even benieuwd. Misschien komen we er later ook nog op terug, maar wat kwam er uit de simulatie? U zei: we hebben ook geprobeerd om het samen ...

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, dat was de eerste simulatieoefening die we gedaan hebben. Daarna kwam er een veel meer gezamenlijk advies met een veel meer gezamenlijk beeld over de situatie. Dus het was niet ieder in zijn eigen silo, maar er was gezamenlijk een goed beeld geschetst van de situatie en ook van wat de counterfactual was, dus wat er gebeurt als je niks doet. We kijken nu natuurlijk naar de maatregelen. Dat is zeer terecht, maar we moeten ook kijken naar wat er gebeurt als je niks doet of niks gedaan had. Het hielp heel erg om elkaar goed mee te nemen in de beelden, daarin te zoeken naar gedeelde woorden, elkaar te helpen elkaars taal te begrijpen, elkaars kennis te delen, om uiteindelijk tot een gezamenlijk advies te komen over wat er moest gebeuren. Het ging over wat de impact kon zijn, maar ook over wat je eventueel kon doen aan flankerend beleid rondom kinderen. Uiteindelijk liep dat in de tweede fase heel erg uit de hand. We zijn allerlei fases van de pandemie doorgeakkerd. Op een gegeven moment hebben we het niet kunnen redden en gingen de scholen dus toch dicht. Daarbij was het advies wel: kijk wat we kunnen dan doen om te voorkomen dat kinderen vereenzamen en dat soort dingen. Dat is even een illustratief voorbeeld van hoe een OMT en een MIT op sommige onderwerpen en in sommige fases in een crisis samen zouden kunnen werken.

Mevrouw **Lammers**:

Zegt u dan dat er in dat geval al vooraf bekeken wordt hoe langetermijnschade kan worden voorkomen?

Mevrouw **Schreijer**:

Ehm ... Langetermijnschade in brede zin, ja. Je onderbouwt dat goed met harde cijfers, ook vanuit de sociaal-maatschappelijke kant. Dat helpt. Dat neemt niet weg – dat hebben we later ook gezien in andere simulatieoefeningen – dat het nog steeds best wel lastig is. Niet om steeds het OMT en het MIT tegenover elkaar te zetten, maar: het is met harde cijfers aan de OMT-kant natuurlijk al heel ingewikkeld, maar dat is het ook met cijfers aan de MIT-kant. Dat hebben we namelijk vervolgens in andere simulatieoefeningen gedaan. We hebben net gedaan alsof alle data er waren en alsof we direct, realtime, toegang hadden tot alle data die je uit de

maatschappij wil hebben, met allerlei thermometers overal. Maar dan nog is het heel lastig om te zeggen: dit zijn de data, dus dat betekent dit voor het advies in het besluit. Daar moet dus nog zeker heel veel op geoefend worden, apart, maar ook samen.

Mevrouw **Lammers**:

We horen u spreken over een mogelijk vogelgriepvirus – althans, daar is de simulatie mee gedaan – of dus een heel ander, onbekend virus. Maar hoeveel denkt u eigenlijk ...

Mevrouw **Schreijer**:

We hadden hanta eigenlijk ook nog als voorbeeld, maar dat hebben we niet gebruikt.

Mevrouw **Lammers**:

Ja. Maar hoeveel denkt u dat we als samenleving eigenlijk nog van het coronavirus te vrezen hebben, ook in de wat verdere toekomst?

Mevrouw **Schreijer**:

Oef. Dat vind ik toch wel een beetje in een glazen bol kijken. Kijk, de WHO heeft een lijst van 30 micro-organismen, waar corona nog steeds tussen staat, waarvan zij vinden dat ze een pandemisch potentieel hebben. Daar staan ook nipah en influenzavirussen tussen. Die lijst wordt elke keer geüpdatet. Corona staat daar gewoon tussen. Dus ja, er kan zomaar een keer ergens een mutatie ontstaan die ons toch weer gaat verrassen. Maar dat wil niet zeggen dat het dan dezelfde eigenschappen heeft als nu. In het begin van een crisis wil je bij infectieziektebestrijding heel snel de piramide in kaart brengen. Ik weet eigenlijk niet zo goed of iemand die al genoemd heeft; ik denk het wel. Daarin breng je de uitbraak in kaart. Vaak begint het met het zien van het topje van de ijsberg, de meest zieke mensen, die overlijden dan wel in het ziekenhuis zijn. Daaronder heb je de zieke mensen die naar de huisarts gaan. Daaronder heb je de mensen die ziek zijn, maar thuisblijven. Daaronder heb je ook nog een groep mensen die misschien helemaal geen klachten hebben. Die verhoudingen heel snel in kaart brengen is essentieel. Daarnaast moet je in kaart brengen wat de incubatietijd is, wat de besmettelijke periode is en of je al voordat je ziek wordt, mensen kunt besmetten. Dat was bij corona natuurlijk ook pas later duidelijk. Dat zijn essentiële onderdelen voor de infectieziektebestrijding. Het snel in kaart brengen van die piramide is voor een volgende keer weer heel erg belangrijk. Daar heb je goede surveillance voor nodig. We hebben nu in

Nederland bijvoorbeeld West Nile. We zien het topje van de ijsberg, maar we weten niet zo goed wat daaronder zit. Het blijft dus continu actueel.

Mevrouw **Lammers**:

Ja. Hoe kunnen we ons voorbereiden op een pandemie zonder dat we weten wat voor soort virus eraan komt?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou ja, je kan dus allerlei simulatieoefeningen doen, scenario's maken en heel goed naar de lijst kijken. Onder andere de WHO stelt die op, maar we zijn in Nederland best goed in staat om daar een goede lijst van te maken. Je kan daar samen op oefenen en trainen. Dat geldt voor de medische, de biomedische en de epidemiologische kant, maar ook voor de Maatschappelijk Impact Teamkant. Je moet, denk ik, de samenleving daar ook heel goed in meenemen. Dat hadden we tijdens corona misschien wat beter kunnen doen. Je kunt mensen veel meer meenemen in de scenario's. "We staan nu hier, maar dit kan gebeuren en dat kan gebeuren. Dit gebeurt er als we niks doen." Zo kunnen we dat eigenlijk ook nu al doen door verschillende scenario's te schetsen, met allerlei verschillende soorten virussen of bacteriën. Antibioticaresistentie wordt eigenlijk al jarenlang de "silent pandemic", de stille pandemie, genoemd. Ook dat speelt nog steeds. Het is niet zo dat er nu niks aan de hand is in de wereld, hè? Kijk naar Congo. Daar speelt nu nog steeds een grote ebola-uitbraak.

Mevrouw **Lammers**:

U had het eerder in het verhoor al over een handboek voor sociale wetenschappers of voor een adviserend team naast het OMT, zodat ze goed kunnen adviseren tijdens een pandemie of een andere crisis. Wat zijn zaken die je volgens u wel en niet kunt vastleggen in draaiboeken, gezien hoe verschillend de virussen zijn?

Mevrouw **Schreijer**:

De virussen zijn verschillend. De transmissieroutes kun je natuurlijk wel bijna op twee handen tellen. Dat is al één aspect. De maatregelen die je nu in de gereedschapskist hebt, kun je eigenlijk allemaal aan de muur spijkeren. Je kunt kijken wat de sociaal-maatschappelijke impact is van die maatregelen. Je kunt al die plakjes kaas waar we het steeds over hebben goed in kaart brengen. Je kunt de maatregelen dus goed in kaart brengen en bedenken wat daarvan de impact kan zijn, maar je kunt ook kijken hoe je die kan meten tijdens een crisis. "Hoe zorg ik dat ik die thermometers heb? Ik

kan nu wel iets bedenken, maar hoe kan ik nou zorgen dat ik tijdens de crisis de meest realtime data daarover heb?"

Mevrouw **Lammers**:

Oké, dat is duidelijk. Zijn er volgens u kwetsbaarheden in onze samenleving die we zouden kunnen verbeteren om beter voorbereid te zijn?

Mevrouw **Schreijer**:

Kwetsbaarheden in onze samenleving? Dus niet in de infectieziektebestrijding, maar in de samenleving?

Mevrouw **Lammers**:

Ja. Het kan ook in de infectieziektebestrijding zijn, maar het kan ook algemeen.

Mevrouw **Schreijer**:

Ik denk dat mis- en desinformatie een grote kwetsbaarheid is op dit moment. Die moeten we goed proberen in kaart te brengen. Dat proberen we bij het PDPC in een van onze onderzoeken ook deels te doen. Op andere plekken gebeurt dat ook. Het goed tegengaan van echt bewust foute informatie, kijken hoe het tot mensen komt en wat je ertegen kan doen ... Daar heb ik het antwoord niet op, maar anderen in hun onderzoeken hopelijk wel. Ik denk dat dat een hele belangrijke is. Het gaat om vertrouwen in de overheid, maar ook om vertrouwen in vaccins. Daar hebben we het, denk ik, al over gehad. Het gaat om goed uitleggen en begrijpen, ook nu al, hoe vaccins werken. Het gaat ook om goed in gesprek gaan met mensen over de zorgen daaromtrent. Dat zou nu al heel erg helpen. Ik noem ook de pandemische geletterdheid. Dat is aan de kant van de maatschappij.

Aan de andere kant denk ik – we hadden het er al over – aan de onderzoeksinfrastructuur en de surveillance-infrastructuur. Ik denk dat je de opschaling snel moet kunnen regelen bij de GGD'en en ziekenhuizen.

Mevrouw **Lammers**:

Wat bedoelt u met de surveillance-infrastructuur?

Mevrouw **Schreijer**:

Zoals gisteren al even werd genoemd, hebben we verschillende manieren van het signaleren van virussen of bacteriën. Je hebt bijvoorbeeld Infectieradar. Ik weet het exacte getal niet, maar even uit mijn hoofd

worden daarvoor een paar duizend mensen gevraagd of ze ziek zijn. Als ze ziek zijn, krijgen ze thuis een test opgestuurd. "Wat zijn de klachten?" Dan kun je goed in kaart brengen wat er speelt op dat moment. We hebben de Nivel Peilstations. Bij bepaalde huisartsen worden daarbij metingen gedaan om te zien welke virussen er zijn. We hebben de rioolwatersurveillance, gelukkig. Die moet echt blijven bestaan. We komen straks nog over pandemische paraatheid te spreken, denk ik, maar het goed optuigen van een goed surveillance- en signaleringssysteem is essentieel om goed in kaart te brengen hoe de piramide eruitziet, hoe het ervoor staat en wat de verspreiding van virussen is. Dat bedoel ik met "een surveillancesysteem". Dat helpt om goed zicht te houden op een virus of een bacterie.

Mevrouw **Lammers:**

Oké, dan is dat duidelijk. Zijn er volgens u ook ontwikkelingen in de samenleving waardoor we ons kwetsbaarder maken voor nieuwe ziektes?

Mevrouw **Schreijer:**

Het risico op grote uitbraken, maar ook op kleinere uitbraken, is eigenlijk alleen maar toegenomen. Kijk naar de risicofactoren wat betreft infectieziekten: klimaatverandering, oorlogen, ons reisgedrag en de interactie tussen mens en dier. Zoals ik al zei, zijn dat allemaal communicerende vaten. Een virus dat nu ergens in Jakarta is, kan morgen in New York zijn. Onze wereld is heel erg veranderd. De risicofactoren zijn alleen maar toegenomen. Dan hebben we nu ook nog te maken met een hele complexe tijd, waarin bijvoorbeeld de Verenigde Staten uit de Wereldgezondheidsorganisatie zijn gestapt. Daarmee is die een vijfde van haar budget kwijt, waarvan een groot deel voor infectieziektebestrijding en uitbraken was. Dat zijn grote zorgen in een instabiele wereld. Dus én de risicofactoren nemen toe én de wereld is wat dat betreft instabieler. Het ontbreekt in dat opzicht heel erg aan saamhorigheid. Je moet het samen doen. Infectieziekten houden zich niet aan grenzen. Ook op Europees niveau moet daar nog harder aan gewerkt worden, ook om in het gat te stappen dat de Verenigde Staten nu bijvoorbeeld achterlaten. We moeten gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen.

Mevrouw **Lammers:**

Mijn collega komt zo meteen nog terug op de WHO. Ik was nog even benieuwd. U zei: mens-diercontact. Kunt u dat eens toelichten?

Mevrouw **Schreijer**:

We weten dat 70% van de infectieziekten uit het dierenrijk komt. Ik noem vogelgriep, Q-koorts en salmonella. Ongeveer 70% van de infectieziekten zijn zoönosen. Dat zijn ziekten die over kunnen gaan van mens op dier en trouwens – daar word ik altijd netjes op gewezen door dierenartsen – ook van dier op mens.

Mevrouw **Lammers**:

Is dat tegenwoordig een groter risico? Zijn er meer contactmomenten?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat is dus iets waar je goed zicht op moet houden. Is het juist een plek waar bijvoorbeeld veel interactie is tussen wilde vogels en kippen? Dat is een aandachtspunt geweest. Een slachterij is ook een goed voorbeeld, denk ik. Ik noem ook de markt en de intensieve veehouderij, waar natuurlijk veel regels zijn voor goeie hygiëne. Daar moet je dus op blijven letten.

Mevrouw **Lammers**:

Oké. Dan heb ik voor nu geen vragen meer. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Collega Huidekooper, heeft u nog aanvullingen op dit onderwerp?

De heer **Huidekooper**:

Nee, die heb ik niet.

De **voorzitter**:

Dan kunt u door naar het volgende onderwerp.

De heer **Huidekooper**:

Dank, dan hou ik mijn microfoon aan. U sloeg al de perfecte brug, mevrouw Schreijer, want het volgende onderwerp gaat over internationale samenwerking op het gebied van pandemische paraatheid en in het bijzonder de rol van de Wereldgezondheidsorganisatie. Ik kom zo op de terugtrekking van de Verenigde Staten, waar u al over sprak. Allereerst zou ik u willen vragen ten aanzien van welke aspecten van pandemiebestrijding meer internationaal samengewerkt zou moeten worden.

Mevrouw **Schreijer**:

We hebben al sinds 1969 de International Health Regulations, de

Internationale Gezondheidsregeling. Die is in 2005 aangepast en na covid nog een keer, door er een extra laag aan toe te voegen. Dat gaat heel erg over de vraag wanneer iets een public-healthcrisis is. Nu is de ebola-uitbraak uitgeroepen tot Public Health Emergency of International Concern. Dat doet de WHO. Daarin zijn afspraken gemaakt over ... Het is eigenlijk het crisishandboek. Het gaat over het delen van gegevens. Er staat in dat je het echt moet melden. Als we hier in Nederland een uitbraak hebben, dan moeten we het melden bij de WHO en bij het ECDC. Dat signaleringssysteem bestaat eigenlijk al heel lang.

Daarnaast wordt er nu hard gewerkt, of eigenlijk is er door Nederland als voorloper gewerkt, aan een pandemic agreement. Dat is eigenlijk het pandemisch verdrag. Hopelijk wordt dat in mei 2027 door Nederland ondertekend. Daarin gaat het veel meer over de eerlijke verdeling van data, kennis en vaccins. Dat is de andere kant. Enerzijds heb je dus de International Health Regulations en anderzijds het Pandemic Agreement. Dat zijn twee aspecten die heel erg belangrijk zijn om gezamenlijk de schouders eronder te zetten.

De heer **Huidekooper**:

De lessen van de covidpandemie worden daar al bij betrokken.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja.

De heer **Huidekooper**:

U gaf aan: dit zijn ontwikkelingen die al lopen. Die lessen uit de covidpandemie worden dus geleerd.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja. Ik noem een voorbeeld. Wat is daar nou bijvoorbeeld een reden voor? Uitbraken ontstaan toch met enige regelmaat in laag- en middeninkomenlanden. Daar komen vaak de data vandaan, tenminste daar proberen we de data vandaan te krijgen. Zo kan je onderzoeken wat voor virus het is en wat voor vaccin of geneesmiddelen daarvoor mogelijk zijn. Maar vervolgens gaan de vaccins vaak in eerste instantie naar de rijke landen, die vooraan staan bij het inkopen van vaccins. Dat is nu het grote discussiepunt en een onderdeel van het Pandemic Agreement. Overigens gaat eind september bij de General Assembly van de United Nations in zekere zin gepraat worden over de samenwerking op dit thema. Daar is toch

een soort van ... Infectieziekten houden zich niet aan grenzen. Je moet het dus echt samen doen. Je kan niet in Nederland zeggen: ik regel het even goed voor mezelf en daarmee klaar. Nee, zo werkt het niet.

De heer **Huidekooper**:

Ziet u bij een volgende pandemie ook een rol weggelegd voor andere internationale organisaties?

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, voor de Europese Commissie. Ik ben nu zelf voorzitter van de – sorry, ik kom de hele tijd met Engelse termen – Advisory Committee on Public Health Emergencies. Dat is een nieuwe adviescommissie die na covid ontstaan is. Het is eigenlijk een gemixt OMT-MIT. Er zitten een aantal mensen in met een biomedische-epidemiologische achtergrond, maar ook mensen met een sociaal-maatschappelijke achtergrond. Wij proberen dus nu de Europese Commissie te adviseren over public health emergencies en wat voor maatregelen er nodig zijn. We hadden toevallig een paar maanden geleden nog een oefening, in Stockholm. Daarin hebben we ook geoefend: wat gebeurt er nou als er meerdere crises tegelijk spelen? Stel, je zit midden in een grote uitbraak, maar er is ook een cyberattack en er wordt bewust allerlei misinformatie verspreid. Het was toen al navigeren in de mist, maar dan sta je in de dichte mist.

De heer **Huidekooper**:

Tegen welke uitdagingen ... Kunt u dat schetsen? Ik heb een beeld, maar kunt u voor de mensen die meeluisteren schetsen wat dan de grote uitdagingen zijn?

Mevrouw **Schreijer**:

Heel goed dat u het vraagt. Dan heb je dus geen zicht op het virus. Je kunt dan bijvoorbeeld niet goed zien waar de uitbraken plaatsvinden, welke mensen er heel erg ziek worden, welke maatregelen er getroffen kunnen worden, hoe het zit met de verspreiding, of we al tegen een code zwart aan zitten of dat die dreigt te komen, dat soort zaken.

De heer **Huidekooper**:

Oké, dat is duidelijk. Hoe beoordeelt u eigenlijk de rol die de Wereldgezondheidsorganisatie heeft bij de coronapandemie waar we vandaag over spreken?

Mevrouw **Schreijer**:

Ik heb daar geen specifieke op- of aanmerkingen over, eerlijk gezegd. Ik denk ook dat ... Wat ik net schetste, om dat vooral nog even af te maken ... De Europese Commissie heeft nu dus haar eigen adviessysteem ontwikkeld. De WHO geeft een alarm af op het moment dat er een grote uitbraak is.

De heer **Huidekooper**:

Bedoelt u een earlywarningsystem?

Mevrouw **Schreijer**:

Je hebt een earlywarningsystem, maar ik bedoel eigenlijk ... Earlywarningsystems zijn er, maar je kunt nog steeds veel beter investeren, nog beter en sneller in kaart brengen ... Hoe korter op de bal, hoe eerder je ingrijpt, hoe beter, ook in Europees verband. De WHO heeft nu juist in Berlijn een pandemic hub opgezet. Daar heeft de Duitse overheid overigens ook goed in geïnvesteerd. Die hub gaat juist om earlywarning en surveillance, die ik net al noemde, en om het maken van goede dashboards over besmettingscijfers, maar ook over gedrag en maatregelen en de eigenschappen van het virus. Daar heeft de WHO nu samen met de lidstaten heel goed in geïnvesteerd. Daarnaast is er dus voor de Europese Commissie een nieuw adviesorgaan bij gekomen, waar ik samen met een Belgische collega de co-chair van ben.

De heer **Huidekooper**:

Ik begon mijn vraag met de Wereldgezondheidsorganisatie. We zijn nu samen bij de EU uitgekomen.

Mevrouw **Schreijer**:

U vroeg naar andere organisaties, toch? Ja.

De heer **Huidekooper**:

De reden was ook dat onder anderen de heer Van Dissel het volgende heeft aangegeven. Ik citeer even wat hij zei. "Ik denk dat je over de WHO-berichten achteraf gewoon moet zeggen ... Ik wil niet zeggen dat ze niet klopten, maar ze waren in ieder geval onvolledig." Even verderop zegt hij: "Waarschijnlijk kunnen we het allemaal indammen, want het lijkt op dat SARS-CoV-1. Dat bleek toch allemaal wat anders te liggen." Herkent u dit?

Mevrouw **Schreijer**:

Ik geloof direct dat hij dat zo zegt. Ik denk dat hij, omdat ik op dat moment

heel erg in de regionale infectieziektebestrijding zat, en hij veel dichterbij de interactie en uitwisseling bij de WHO, dat veel beter kan inschatten dan ik.

De heer **Huidekooper**:

Maar u deelt ... U had niet dezelfde zorgen dat de berichten die vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie kwamen, onvolledig waren?

Mevrouw **Schreijer**:

Daar zat ik zelf helemaal niet bovenop, omdat ik echt boven in het veld bezig was met de uitbraakbestrijding. Ik vertrouwde op de informatie van het RIVM.

De heer **Huidekooper**:

Oké.

Mevrouw **Schreijer**:

Maar dit is een goed voorbeeld van hoe je dat een volgende keer beter kan doen en hoe je sneller de juiste gegevens moet kunnen verzamelen.

De heer **Huidekooper**:

Laten we het dan bij u houden. Wat had u aan de Wereldgezondheidsorganisatie tijdens de coronapandemie?

Mevrouw **Schreijer**:

Ikzelf? Goede vraag. Ehm ... Wat ik er persoonlijk aan had ... Ik heb in het verleden veel samengewerkt met de WHO, onder andere aan de toolkit waar ik het over had. Die heette Tailoring Immunization Programmes, de TIP. Die kon ik gewoon gelijk in Amsterdam toepassen. Daar heb ik het over gehad. Die doelgerichte aanpak en dat die tool ontwikkeld was door de WHO, waar ik zelf aan heb mogen meewerken, was heel fijn. De WHO zelf ... Ik denk dat de communicatie en de berichtgeving heel belangrijk waren, maar ik denk eigenlijk dat ik op dat moment zo in de regionale en nationale infectieziektebestrijding zat dat ik maar een klein deel van mijn tijd een beetje meekreeg wat er op internationaal niveau gebeurde. Maar dat er afstemming moet zijn tussen het RIVM, het European Centre for Disease Prevention and Control en de WHO over de casusdefinitie, is natuurlijk essentieel. Die moet je een volgende keer heel goed met elkaar afstemmen. Ik heb nu zelf geen andere concrete voorbeelden over wat ik persoonlijk aan de WHO had. Ik vond wel – daar keek ik zelf trouwens ook regelmatig naar – dat ze hele goede informatiesessies gaven over hoe het er in de wereld voor

stond en wat de stand was van de infectieziektcijfers en de vaccinaties. Dat vond ik heel erg goed gedaan.

De heer **Huidekooper**:

U heeft vandaag vanuit uw huidige rol bij het Pandemic & Disaster Preparedness Center een aantal keer gewezen op het belang van goed onderzoek.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja.

De heer **Huidekooper**:

Welke rol zou de Wereldgezondheidsorganisatie kunnen spelen in het doen van onderzoek ten behoeve van de volgende pandemie?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou, ik weet niet of dat een taak is voor de Wereldgezondheidsorganisatie. Zij doen natuurlijk deels wel onderzoek, maar het is vooral een opdracht aan allerlei overheden om te investeren in onderzoek. Voor de Europese Commissie ligt er de opdracht om te zorgen dat er in haar funding genoeg voor beschikbaar is en ook voor de Nederlandse overheid is er de opdracht om daar structureel in te investeren, dus niet alleen in korte projecten. De WHO moet dus, voor zover ik het kan inschatten, echt roeien met de riemen die ze hebben. Er is gewoon een heel groot deel van het budget weg. Zij zetten zich nu met name in voor de uitbraak- en crisisbestrijding in de landen die het het hardst nodig hebben, nu de VS zich terugtrekken van het internationale podium.

De heer **Huidekooper**:

U gaf het inderdaad al aan.

Mevrouw **Schreijer**:

Dus onderzoek samen met de WHO, misschien. Misschien kunnen zij zorgen – dat proberen ze in het Pandemic Agreement te doen – dat het onderzoek eerlijk verdeeld is en dat er onderzoek gedaan wordt op de plekken waar het het hardst nodig is.

De heer **Huidekooper**:

Exact. We zitten hier vandaag natuurlijk ook voor een belangrijk deel om lessen te trekken. Dat doen we op nationaal niveau: wat kan de overheid,

het parlement, bij een volgende pandemie beter doen? Tegelijkertijd was het een wereldwijde pandemie. Er zijn dus zeker ook lessen te trekken op internationaal niveau. Zijn er een aantal terreinen waarvan u zegt: hieruit zouden we collectief, niet alleen als Nederland, maar ook wereldwijd, lessen moeten trekken?

Mevrouw **Schreijer**:

Een aantal van die lessen zijn als volgt. We moeten kennis over het virus zelf zo snel mogelijk delen. Dat is deels al belegd in de International Health Regulations, maar dat moet je dan ook echt doen. Ik noem ook het goed onderling afstemmen wat voor maatregelen je treft. Het is eigenlijk best heel gek dat je in België op een gegeven moment nog naar de cafés kon, maar in Nederland niet, en andersom. Hoeveel mensen je mag ... Het beter afstemmen van allerlei maatregelen. Het doen van gezamenlijk onderzoek. Het goed opzetten van de kennisinfrastructuur, maar ook de dataverzamelinginfrastructuur, die gelijk moeten zijn, zoals in het voorbeeld uit Engeland dat ik net al noemde. Het internationaal goed investeren in onderzoeken. Wat betreft Zuid-Afrika en Engeland: het is niet helemaal toevallig dat de Engelse variant en in eerste instantie de Zuid-Afrikavariant daarvandaan kwam, de omikronvariant. Dat zijn gewoon landen die heel goed onderzoek doen en die in de labs geïnvesteerd hebben. De internationale samenwerking op dat gebied is dus heel belangrijk.

De heer **Huidekooper**:

Maken we de juiste vorderingen? Liggen we op schema?

Mevrouw **Schreijer**:

Nee, nog niet. Je ziet nu ook weer met ebola dat er toch heel snel overal mensen en middelen vandaan moeten worden getrokken om snel die uitbraak daar te bestrijden. Daar is het nog complexer, omdat er een conflictsituatie is en er nog meer wantrouwen richting de overheid is. Misschien heeft u het kunnen zien op het nieuws, maar er is ook wantrouwen tegen hulpverleners daar, die proberen het goede te doen, dan wel met patiënten, dan wel met mensen die overleden zijn. We zijn nog lang niet goed genoeg op weg. Het tekenen van het Pandemic Agreement zou helpen. Nogmaals, ik hoop echt dat we dat gaan doen. We waren een van de trekkers. In het kabinet-Schoof is dat aan de kant geschoven. De desbetreffende minister heeft toen besloten om zich te onthouden van stemming. Ik hoop dus dat er in mei volgend jaar wel getekend wordt, sorry,

voorgestemd wordt, want zo kunnen we bijdragen aan eerlijke datadeling en snelle kennisdeling.

De heer **Huidekooper**:

Die oproep heeft u hier dan gedaan. Ik zou willen komen tot het vertrek van de Verenigde Staten uit de Wereldgezondheidsorganisatie. U gaf zelf ook al aan dat daarmee 20% van het budget van de Wereldgezondheidsorganisatie wegvalt. Wat betekent dit voor het functioneren van de Wereldgezondheidsorganisatie?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat zij hele dus moeilijke keuzes moet maken. Het is nog ingewikkelder, want de VS hebben zich ook nog teruggetrokken ... Het Center for Disease Control in Amerika was ook voor heel veel landen het eerste punt van waaruit de uitbraakbestrijding georganiseerd werd. De WHO investeerde dus, maar het CDC ook. Dat is ook allemaal gestopt. Het Amerikaanse RIVM probeert nog hier en daar te doen wat het kan, maar de mensen die ik kende die daar werken, zijn nu allemaal of werkeloos, of mogen niet meer praten over wat ze doen.

De heer **Huidekooper**:

Kunt u schetsen wat het concreet betekent dat dat centrum is weggefallen, dan wel niet meer in dezelfde staat is als tijdens de covidpandemie?

Mevrouw **Schreijer**:

Het gekke is dus dat ik het niet kan schetsen, omdat ik niet weet wat er achter de schermen gebeurt. Je ziet dat er mondjesmaat wel wat informatie gedeeld wordt, maar op de manier waarop we het delen van informatie eigenlijk gewend waren ... Waar zitten die uitbraken? Amerika heeft nu te maken met een grote mazelenuitbraak en een lage vaccinatiegraad. Het gaat ook om grote vogelgriepuitbraken, die zich ook ontwikkeld hebben tijdens de coronacrisis. Goed zicht houden daarop en het goed en open delen met elkaar is cruciaal. Als één zo'n grote partij niet meer meedoet en zich niet meer aan de spelregels houdt, dan ben je zo sterk als de zwakste schakel. Dit is dan wel een hele grote zwakke schakel.

De heer **Huidekooper**:

Als ik u goed begrijp, komt er minder informatie binnen vanuit de Verenigde Staten.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja.

De heer **Huidekooper**:

Wat merkt u daar nog meer van in uw dagelijks werk?

Mevrouw **Schreijer**:

Ehm ... Ikzelf in mijn dagelijks ... Wat we vooral zien, is dat de investeringen in bijvoorbeeld het bestrijden van hiv en aids in bepaalde landen helemaal teruggeschroefd zijn. We zien dus weer een toename. UNAIDS heeft zich teruggetrokken. USAID, de andere, ook. Die twee organisaties hebben een stuk minder geld gekregen, waardoor eigenlijk allerlei medicijnen, behandelingen, PEP, maar ook PrEP, dus pre-expositie profylaxe ... Dat laatste is geen vaccin. Nou ja, het is toch een soort van vaccin, maar dan net even anders. Je geeft een soort van medicijn tegen hiv en aids. Dat geef je een aantal keren. Door dat te geven, waren er eigenlijk hele goede resultaten behaald en leek het tij te kunnen keren. Nu heeft UNAIDS uitgerekend dat we rond 2030 iets van 20 miljoen, dacht ik, mensen aan de PrEP hadden moeten hebben, maar dat zijn er nog maar 2 miljoen. We lopen dus heel erg achter. Heb ik daar zelf nu in mijn dagelijks werk als medisch directeur van het PDPC last van? Nee. Heeft de infectieziektebestrijding internationaal, hebben mensen daar last van? Ja, heel erg, en de scenario's worden nog niet beter.

De heer **Huidekooper**:

Exact. Dat valt natuurlijk een beetje buiten onze onderzoeksopdracht, maar het geeft inderdaad een beeld van de gevolgen van het vertrek van de Verenigde Staten, dus dank daarvoor.

Mevrouw **Schreijer**:

Ja, en dat je daar dus niet zo afhankelijk van moet zijn. Daarom moet Europa nu zelf in het gat stappen en de conclusie trekken dat je eigenlijk niet moet willen dat je zo afhankelijk bent.

De heer **Huidekooper**:

Dat was eigenlijk mijn vervolgvraag: wat zou dat dan betekenen voor de Europese samenwerking op het gebied van pandemische paraatheid?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou ja, dat we dus goed moeten kijken welke gaten er nu te vullen zijn, dan

wel financieel, dan wel met middelen, dan wel met mensen. Er zijn best heel veel mooie structuren opgetuigd, nu ook op Europees niveau. In Nederland hebben we nu de LFI, de Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding. Die moet snel opschalen en vaccins kunnen kopen. Op Europees niveau hebben we DG HERA. Dat is echt de tegenhanger. We hebben DG SANTE en het ECDC. Er zijn dus allerlei organisaties die beleid kunnen maken, maar we hebben ook mensen nodig die het werk doen. Het gaat om het trainen van mensen, capaciteit om in die landen in te zetten, maar natuurlijk ook om het trainen van capaciteit op de plek zelf.

De heer **Huidekooper**:

Mag ik u vragen om daar een voorzet voor te geven? U gaf aan: we moeten goed kijken waar de gaten vallen en hoe we die gaan vullen. Heeft u al een beeld van een van die gaten? Waarvan zegt u: dat zou iets zijn waar Europa in zou moeten springen om voorbereid te zijn op een volgende pandemie?

Mevrouw **Schreijer**:

Dat is eigenlijk een gat waar Europa in zou moeten springen om heel de wereld beter voor te bereiden op een pandemie. Dat gaat dus toch om middelen en investeren in de Wereldgezondheidsorganisatie, in eerlijke verdeling van testen, in diagnostiek en in het doen van onderzoek, straks weer in vaccins, op alle plekken in de wereld, niet alleen in Europa. Ook in Europa moet je de krachten bundelen, maar je moet je, natuurlijk gezamenlijk met een aantal andere landen, daarbij ook opstellen als een soort van hoeder van de infectieziektebestrijding.

De heer **Huidekooper**:

U noemt nog: testen. Tot slot op dit onderwerp. De heer Kluytmans, die hier ook is verhoord, gaf aan: wij hebben destijds snel kunnen handelen doordat wij snel testen hebben kunnen ontwikkelen, maar op basis van huidige Europese wetgeving, of wetgeving die eraan komt, zou dat niet meer mogelijk zijn.

Mevrouw **Schreijer**:

Dan is het een hele belangrijke les om die wetgeving snel onder de loep te nemen, om te voorkomen dat dat het geval is. Dat is trouwens niet alleen in Nederland of in Europa zo. Voor allerlei Nederlandse wetgeving en Europese wetgeving geldt dat je moet voorkomen dat dat juist de drempels zijn die je straks nog moet nemen, of dat nou privacywetgeving is ... Het is dus een belangrijk punt.

De heer **Huidekooper**:

Dank. Dan helemaal tot slot. U zei namelijk iets wat ik interessant vond. U had het over het harmoniseren van maatregelen tussen buurlanden, bijvoorbeeld in grensregio's. U gaf aan: het is natuurlijk gek als je in België bepaalde zaken wel mag die vlak over de grens in Nederland niet mogen. Hoe zou dat eruit kunnen zien?

Mevrouw **Schreijer**:

In principe is het natuurlijk zo belegd dat alle landen dat zelf beslissen. Laat ik wat dat betreft geen valse verwachtingen wekken. Wat we nu proberen te doen met onze adviescommissie, is landen richtlijnen meegeven. We zeggen dus: iets is wel of niet een Public Health Emergency. Dan heb ik het weer over het Advisory Committee on Public Health Emergencies. Dit zijn maatregelen die je zou kunnen treffen, bijvoorbeeld dat je wat betreft vliegreizen en het sluiten van grenzen veel meer gezamenlijk optrekt en naar het hele plaatje kijkt en daarmee probeert te voorkomen dat het ene land de dupe is van het beleid van het andere land.

De heer **Huidekooper**:

Dus de gereedschapskist, waar u vandaag een aantal keren over sprak, heeft u dan eigenlijk ook op Europees niveau, zodat landen ...

Mevrouw **Schreijer**:

Zich daarop kunnen voorbereiden.

De heer **Huidekooper**:

... daar gelijk maatregelen uit kunnen halen.

Mevrouw **Schreijer**:

U zegt het eigenlijk beter dan ik. Ja, klopt. Maar het gaat er dus ook om dat je de maatregelen die je in de landen zelf treft, goed met elkaar probeert af te stemmen. Dat gebeurt deels al wel, hoor. Dat wordt dan gecoördineerd door het ECDC, samen met de WHO. Dat gaat dan over: wat zijn de quarantainetijd en de isolatietijd? Dat soort dingen. Ik denk dat dat in principe nog beter kan.

De heer **Huidekooper**:

Oké. Dat waren mijn vragen in het blokje internationaal. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank, collega Huidekooper. We gaan richting een afronding, maar voordat ik dat ga doen: collega Lammers, heeft u nog aanvullingen?

Mevrouw **Lammers**:

Ja, ik heb nog een allerlaatste vraag. Het ging hiervoor vooral over de internationale situatie, maar ik zou het ook nog graag even met u over de Nederlandse situatie willen hebben. Hoe staan we er in Nederland eigenlijk voor qua pandemische paraatheid?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou, gisteren is al goed geschetst door voormalig minister Kuipers dat er destijds 300 miljoen beschikbaar is gesteld. Daar is nu nog ... Nou ja, het was eerst helemaal van tafel en nu is er 177 miljoen terug, structureel, voor pandemische paraatheid. Het is natuurlijk echt fantastisch dat het weer terug is gekomen, maar er was eigenlijk wel 300 miljoen nodig om die dijken zo hoog mogelijk te maken. Ik heb in het verleden al vaker de vergelijking gemaakt met het Deltaplan. In 1953 was er een vreselijke ramp in Nederland met 1.800 doden, een watersnoodramp. Dat wilden we nooit weer, dus toen hebben we heel goed het Deltaplan gemaakt, waar internationaal met jaloezie naar gekeken wordt. Als er ergens een overstroming is, is het ook: bring in the Dutch. Voor pandemische paraatheid zou je eigenlijk verwachten: zo'n grote crisis, 50.000 overlijdens in Nederland, dus nu gaan we ook een deltaplan bouwen voor pandemische paraatheid. Maar je moet toch constateren dat we nu maar halfhoge dijken gaan bouwen. Dat is toch wel een probleem. Op die manier ben je dus niet voorbereid op een volgende crisis. Dingen gaan trager, langzamer.

Mevrouw **Lammers**:

Wat is dat dan concreet?

Mevrouw **Schreijer**:

Nou, de data ... Er gaat nu bijvoorbeeld ... Die gelden, de 300 miljoen, zijn in eerste instantie met name bedoeld is voor GGD'en en het RIVM om een goede data-infrastructuur op te zetten, om een goede rioolwatersurveillance neer te zetten, om een goed, innovatief systeem neer te zetten voor het bron- en contactonderzoek, zodat we de volgende keer niet iedereen hoeven te bellen en niet alles hoeven in te tikken en over te tikken. Ook voor de ziekenhuizen ... Dat gaat nu veel langzamer. Hopelijk gaat het snel genoeg voor een volgende pandemie, maar dat weten we dus niet zeker. Sommige

elementen staan ook op de tocht. Het ging gisteren bijvoorbeeld over modellering. Er waren hele mooie plannen om veel beter samen te werken op de modellering en al die modellen naast elkaar te leggen en integraal daarin samen te werken, ook met het buitenland. Daar is wel op bezuinigd. Dus ja ...

Mevrouw **Lammers**:

Oké. Dat waren mijn vragen.

De **voorzitter**:

Dank ook aan collega Lammers. Mevrouw Schreijer, dank voor het beantwoorden van de vragen van de parlementaire enquêtecommissie. Hiermee komt ook dit openbare verhoor tot een afronding. Ik verzoek de bode om de getuige en haar bijstandsverlener naar buiten te leiden.

Mevrouw **Schreijer**:

Dank u wel. En succes met het vertalen naar de conclusies.

De **voorzitter**:

Veel dank.

(Mevrouw Schreijer wordt naar buiten geleid door de bode.)

De **voorzitter**:

Dit was het 51ste en laatste verhoor van de parlementaire enquêtecommissie Corona. Daarmee komt ook deze fase tot een afronding. Dit was een belangrijke fase in het kader van waarheidsvinding, maar ook voor de reconstructie van coronabesluitvorming door zowel het kabinet als de Tweede Kamer. Voordat ik tot een afronding kom, wil ik ook namens de commissie mijn waardering en dank uitspreken voor de medewerkers van de staf, de mensen van de schoonmaak, de beveiliging, de politie, de Dienst Verslag en Redactie en natuurlijk ook onze Bodedienst. 51 openbare verhoren met 47 getuigen, 89 besloten voorgesprekken en ruim 1 miljoen documenten die we in het kader van dossieronderzoek bestudeerd hebben. Alles wat we gezien, gehoord en gelezen hebben, gaan we samenbrengen in een eindrapport. Dat zullen wij begin volgend jaar presenteren. De komende fase gaan wij weer "onderduiken" – zo noem ik het maar even – om tot conclusies en aanbevelingen te komen en om lessen te trekken voor de toekomst.

Dit was het laatste coronaverhoor. Ik sluit de vergadering.

Sluiting 12.37 uur.