

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Onderzoeksraad voor Veiligheid  
Aanpak Coronacrisis  
T.a.v. ir. J.R.V.A. Dijsselbloem  
Postbus 95404  
2509 CK Den Haag

**Overige diensten  
Kerndepartement**  
Overige diensten  
Kerndepartement  
Minister van WVS

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34

[www.rjksverheid.nl](http://www.rjksverheid.nl)

**Inlichtingen bij**

5.1.2e  
5.1.2e

Datum 10 december 2021  
Betreft Inzage conceptrapport 'Aanpak Coronacrisis, deel 1'

**Kenmerk**

**Uw brief**  
21.0006904

**Bijlage(n)**

Geachte heer Dijsselbloem,

Op 12 november jl. ontving ik het eerste deelrapport van uw onderzoek naar de aanpak van de coronacrisis door de Nederlandse overheid en andere betrokken partijen. Ik dank de Raad voor zijn onderzoek en analyse tot nu toe. In uw brief van 12 november verzocht u mij het conceptrapport te controleren op eventuele feitelijke onjuistheden of onduidelijkheden. Bijgevoegd vindt u daartoe de ingevulde reactietabel. Omdat een aantal correcties zich niet volledig laten vangen in tabelvorm, licht ik die graag in dit schrijven nader toe. Ik zal daarbij allereerst een aantal algemene opmerkingen maken bij het concept-rapport. Vervolgens ga ik in op de voorbereiding op de crisis, de crisisorganisatie, de besluitvorming, de aandacht voor de verpleeghuissector en de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen.

#### **Algemene reflecties**

Aan het eind van hoofdstuk 8 constateert u terecht dat de coronapandemie voor Nederlandse begrippen een crisis van ongekeerde omvang was - en is - waarbij de enorme inzet van velen niet heeft kunnen voorkomen dat de crisis eenieder heeft geraakt. Dat geldt niet alleen voor Nederland; de gehele wereld werd in de eerste maanden van 2020 overrompeld door het snel oprukkende virus. Net als andere landen had Nederland grote moeite zicht en grip te krijgen op de verspreiding van het virus en was het kabinet genoodzaakt onder een grote onzekerheid in korte tijd zeer ingrijpende maatregelen te nemen. Begon de crisis als een infectieziekten-crisis, het werd al spoedig een zorgcrisis en niet veel later ook een samenlevingscrisis. Veel partijen en mensen - ook op mijn departement - hebben buitengewone prestaties geleverd, er zijn zaken goed gegaan, er zijn fouten gemaakt, er zijn landen die het beter en minder goed hebben gedaan. Het hoofddoel van uw onderzoek, namelijk om van de coronacrisis te leren voor de toekomst, sluit aan bij deze constatering.

Gegeven de breedte en de diepte van de crisis en het crisisbeleid heeft de Raad er voor gekozen een aantal onderwerpen te selecteren. Dat is onvermijdelijk bij een onderzoek van de eerste fase van de crisis die zich kenmerkte door een ongekeerde interventiedichtheid over de volle breedte. Het gevolg van deze keuze is wel dat de samenhang tussen bepaalde onderwerpen uit het zicht raakt. Door

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

de keuze van de Raad te focussen op een onderdeel – zoals het beleid specifiek gericht op verpleeghuizen - raakt de wezenlijke verbinding tussen het bredere beleid en de specifieke maatregelen buiten beeld. Om drie voorbeelden te geven ten aanzien van de casus verpleeghuizen: de algemene, contactbeperkende maatregelen werden juist ook genomen om kwetsbare mensen, inclusief bewoners van verpleeghuizen, te beschermen; er zijn in zeer korte tijd tal van financiële regelingen getroffen om de continuïteit van de zorg in de crisistijd te borgen en er is steun geboden om de veerkracht van personeel te behouden, ook voor de zorg voor kwetsbare mensen in een instelling; er zijn talrijke sociale initiatieven gestart en ondersteund om de effecten van maatregelen voor kwetsbare mensen te mitigeren. Veel maatregelen met een meer generiek karakter hadden direct impact op de verpleeghuizen (en ook op bijvoorbeeld instellingen voor de gehandicaptenzorg). Dit werpt ook een ander licht op de conclusie dat de situatie in verpleeghuizen onvoldoende aandacht kreeg, nog afgezien van het feit dat juist vroeg in de crisis is besloten tot het bezoekverbod, één van de meest ingrijpende maatregelen tijdens de gehele coronacrisis. Dit verbod werd van kracht een dag voordat het plan werd gelanceerd om de patiëntenspreiding in de ziekenhuizen landelijk aan te sturen.

**Overige diensten**  
**Kerndepartement**  
 Overige diensten  
 Kerndepartement  
 Minister van VWS

Daarnaast heeft het feit dat de Raad, naast bronnenonderzoek, veel gebruik maakt van interviews die achteraf zijn afgenomen, met als gevolg dat het moeilijk is de samenhang tussen de context van destijds – de grote onzekerheid, de enorme schaarste, de hoge verwachtingen, de paniek en emotie, de tijdsdruk – en de destijds in zeer korte tijd gemaakte beleidskeuzes scherp te krijgen. Dat is echter wel nodig om – conform de tweede onderzoeksvraag - te kunnen begrijpen waarom het is gegaan zoals het is gegaan. Zo merk ik bijvoorbeeld op dat u op pagina 203 van uw rapport concludeert dat er binnen de context van schaarste aan materialen en capaciteit wel mogelijkheden waren om meer te kunnen testen, en dat deze mogelijkheden onbenut zijn gebleven. Een onderbouwing voor deze stelling lijkt in het rapport te ontbreken. Het is uiteraard onbetwist dat er sprake was van wereldwijde schaarste en dat dat een bepalende was. Anderzijds is in mijn beleving onderbelicht gebleven de complexiteit van het op grote schaal mogelijk maken van publieke testvoorzieningen bij het ontbreken van een bestaande landelijke testinfrastructuur.

Terugkijken op basis van interviews kan gepaard gaan met een invulling van (eenvoudige) verbanden die destijds minder scherp waren dan wel anders of genuanceerder lagen. Een voorbeeld is mijns inziens de observatie dat het bezoekverbod is genomen omdat er onvoldoende persoonlijke beschermingsmiddelen en testmogelijkheden waren. Hoewel deze vraagstukken zeker speelden, was het besluit primair gebaseerd op de sterk oplopende prevalentie en de ervaringen in Noord-Brabant en Limburg en lag het in het verlengde van de algemene, contactbeperkende maatregelen, waaronder het advies om niet op bezoek te gaan bij mensen van boven 70 jaar, zeker niet als je klachten hebt. Het was zaak het virus zo veel mogelijk buiten de verpleeghuizen te houden.<sup>1</sup> De actuele situatie, hoewel buiten scope van dit deelrapport, waarin ondanks voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen en testmogelijkheden er opnieuw hoge besmettingscijfers in verpleeghuizen zijn, met dankzij de vaccinatie gelukkig wel minder overlijdens, werpt bovendien ook een ander licht op de in het rapport opgenomen gevolgtrekkingen.

<sup>1</sup> Tweede Kamer, *Aanscherping bezoek verpleeghuizen ivm COVID-19*, 19 maart 2020.

Gelet op het bovenstaande kan het passend zijn om duidelijker onderscheid te maken tussen de precieze chronologie van gebeurtenissen – zoals ruim gedocumenteerd tijdens de crisis – en de aanvullingen op basis van interviews achteraf. Dit kan tevens behulpzaam zijn bij het preciezer beschrijven van de tijdstippen en periodes gedurende welke bepaalde situaties hebben bestaan in de eerste fase van de crisis. Het was overigens vaak niet “een lange tijd” zoals op verschillende plekken van het rapport genoemd, het was veeleer een kwestie van dagen en weken om (nieuwe) maatregelen te nemen, zeker in deze eerste fase.

**Overige diensten  
Kerndepartement**  
Overige diensten  
Kerndepartement  
Minister van VWS

### **Crisisvoorbereiding, crisisorganisatie en besluitvorming**

In drie hoofdstukken gaat u in op de crisisvoorbereiding, -organisatie en besluitvorming. U constateert terecht dat ons crisisstelsel voor infectieziekten nog niet eerder op deze manier getest is. U verwijst daarbij ook naar de voorbereiding die gebaseerd was op crises van een kleinere omvang. Crises als deze gingen ons voorstellingsvermogen te boven. De totstandkoming van de Nationale Veiligheidsstrategie (NVS) 2019 krijgt een heel prominente plaats in het rapport, terwijl op dat moment ernst en impact van infectieziekten crises op hun waarde werden ingeschat op basis van de toenmalige (wetenschappelijke) kennis.

Over de crisisorganisatie stelt u dat voortdurend sprake van verandering is geweest. Ik acht de veranderingen beperkter. In de zomer van 2020 is het IAO, ICCb en MCCb overgegaan naar het DOC-19, ICC en MCC en in de herfst van 2020 is daar nog een kleine aanpassing op gekomen. Binnen VWS is in maart het afstemmingsoverleg ingericht nadat de wens ontstond de afstemming tussen de DG's beter te organiseren, dat wil zeggen: op een hoger niveau samen met de ministers. Dit afstemmingsoverleg heeft bijgedragen aan het vergroten van het overzicht binnen het departement en aan een betere verdeling van taken, met name ook omdat de crisis zich had verbreed van een infectieziektecrisis naar een zorgcrisis, zoals u in uw rapport aangeeft.

In het hoofdstuk over de crisisorganisatie constateert u ook belemmeringen in de aansluiting tussen beleid en uitvoering. U stelt dat hierdoor besluiten niet, niet tijdig, of maar voor een deel uitgevoerd konden worden. Hierdoor moesten ministers terugkomen op beloftes en toezeggingen die zij eerder hebben gedaan. Hierdoor daalde het vertrouwen van burgers. Ik merk op dat noch dit hoofdstuk noch hoofdstuk 8 voorbeelden bevat van concrete besluiten, onderbouwingen of beloftes die het kabinet niet nagekomen is waardoor het moeilijk is deze concreet te weerleggen.

In uw analyse over de besluitvorming gaat u in op de aanvullingen op de bestaande crisisstructuren die niet altijd hebben bijgedragen aan de vereiste *checks and balances*. In uw analyse stelt u de rolvastheid van het OMT en de voorzitter aan de orde. Voor mij als minister van VWS is deze rol in de hele crisis steeds helder geweest. De voorzitter van het OMT opereert als onafhankelijk adviseur. Alleen in die rol nam hij deel aan de diverse overleggen. Hij nam geen deel aan de besluitvorming.

U geeft bij de besluitvorming aan dat we lang op harde cijfers hebben gestuurd, de focus hebben gehouden op de infectieziektebestrijding en niet direct gekeken hebben naar de bredere effecten. In uw analyse laat u evenwel zelf voorbeelden zien die juist de bredere blik onderbouwen. Een aantal mis ik daarbij en wil ik u in herinnering roepen. In mijn brieven van 6 mei en 20 mei 2020 ben ik uitgebreid ingegaan op de strategie van het kabinet binnen de aanpak van maximaal

controleren (uitbraakfase, overgangsfase, controlefase). In mijn brief van 6 mei 2020 reageer ik ook op het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving '(Samen)leven is meer dan overleven' en de oproep die de RVS hierin doet om burgers, professionals, bestuurders, ondernemers en onderzoekers ruimte en vertrouwen te geven om een afweging te maken tussen de verschillende waarden die voor hen belangrijk zijn en om daar ook naar te handelen. Daarnaast droegen de gedragsunit, de Denktank Coronacrisis (ingezet door de voorzitter van de SER) en de Tijdelijke Werkgroep Sociale Impact (ingezet door de burgemeester van Amsterdam) bij aan een breder beeld. Op deze wijze kregen we in voorjaar 2020 ook meer inzicht vanuit de sociaal-maatschappelijke en economische perspectieven, naast de bestaande zorgperspectieven. Dat was ook nodig om sturing te geven aan de crisis die begonnen was als een infectieziekten crisis, spoedig een zorgcrisis was geworden en in het voorjaar – zoals u in uw rapport aangeeft – omsloeg naar een samenlevingscrisis.

**Overige diensten  
Kerndepartement**  
Overige diensten  
Kerndepartement  
Minister van VWS

### **Aandacht voor verpleeghuizen**

Op verschillende plekken in het rapport wordt aangegeven dat de issues die speelden in de verpleeghuissector onderbelicht zijn gebleven en de sector pas later werd betrokken in de crisisbesluitvorming (zie bijvoorbeeld blz. 167 en 203).

Hierbij wil ik graag een aantal feitelijke observaties plaatsen. Er werd namelijk vanaf het begin van de crisis intensief overleg gevoerd met veldpartijen; de vragen en signalen zijn zo goed mogelijk opgepakt. En natuurlijk waren hier ook teleurstellingen, ook bij VWS, als er niet meteen een goede oplossing mogelijk was, gegeven de veelheid van uitdagingen, de grote druk en (mondiale) schaarste.

De aandacht voor verpleeghuizen stond niet op zichzelf, maar vormde een belangrijk onderdeel binnen de bredere strategie om kwetsbare personen te beschermen. Deze strategie kende vier uitgangspunten: (i) Beperken fysieke en sociale contacten ter bescherming van kwetsbare mensen; (ii) Zorgcontinuïteit en voldoende opvang van kwetsbare mensen; (iii) Maatregelen voor personeel en kwetsbare mensen; (iv) Sociale initiatieven stimuleren (omzien naar elkaar).

In de eerste vier weken na de persconferentie op 6 maart is langs verschillende wegen vormgegeven aan de informatievoorziening vanuit de langdurige zorg en de betrokkenheid van de sector bij de advisering en besluitvorming. Deze basis is in deze eerste weken gelegd en naderhand verder uitgebouwd. Op deze wijze kon VWS zich van meet af aan een beeld vormen van de enorme impact van corona in de langdurige zorg. Een greep uit de interactie met partijen in de langdurige zorg:

- Er is er contact geweest naar aanleiding van *specifieke acute situaties*. Te denken valt hierbij aan contact over de gevolgen voor de verpleeghuizen van de afgekondigde maatregelen voor de provincie Noord-Brabant op 6 maart, het contact over de eerste overleden bewoner in een verpleeghuis op 8 maart of de voorbereiding op de besluitvorming over de bezoeksregeling (20 maart en daarna).
- Er zijn er verscheidene *belrondes* geweest om van individuele bestuurders – in de verpleeghuiszorg en de gehandicaptenzorg – te horen welke impact corona had op hun instellingen in de langdurige zorg. Dat gebeurde vanuit VWS en de IGJ. In het verlengde hiervan hebben in april ook gezamenlijke (brainstorm)sessies plaatsgevonden met een grote groep van bestuurders en deskundigen over de situatie in verpleeghuizen.

- Er is een *hoogfrequent koepeloverleg* in het leven geroepen. Op 13 maart is de sector hiertoe uitgenodigd en het overleg is gestart in de daaropvolgende week. Aan dit koepeloverleg namen standaard Actiz, ZorgthuisNL, Verenso, VGN, NVAVG en V&VN deel. Dit overleg vond vrijwel dagelijks plaats, zeker in de eerste weken van de crisisperiode. Ook met bonden is gesproken over de situatie in de langdurige zorg.
- Er is vanuit Verenso een stroom *kwantitatieve informatie* op gang gekomen<sup>2</sup>. Het geleidelijk beschikbaar komen van gegevens uit de registraties van de specialisten ouderengeneeskunde was buitengewoon nuttig voor het verkrijgen van een kwantitatief beeld over het beloop van de besmettingen en de sterfte in verpleeghuizen.
- De Academische Werkplaatsen Ouderenzorg hebben VWS vanaf 6 april geïnformeerd over de situatie in de verpleeghuizen op basis van *rapportages over de crisisdagboeken*. De allereerste rapportage op 6 april kende een bereik van zes zorginstellingen met gezamenlijk 62 locaties en ongeveer 5.800 cliënten intramuraal. Hiervan hadden vier instellingen op dat moment te maken met een uitbraak.
- Actiz, VGN en ZorgthuisNL hebben vanaf 9 maart deelgenomen aan de *formele crisisstructuur* via het BAO<sup>3</sup>, terwijl vanaf 17 maart een specialist ouderengeneeskunde deelnam aan het OMT. Ook deskundigen op het terrein van ouderenzorg zijn daarbij met regelmaat aangeschoven en hebben onderzoek gedaan.<sup>4</sup>

**Overige diensten  
Kerndepartement**  
Overige diensten  
Kerndepartement  
Minister van VWS

De signalen die langs deze wegen werden verzameld zijn benut in de diverse gremia binnen de crisisstructuur waarin de directie Langdurige Zorg was vertegenwoordigd, zowel binnen VWS (o.a. het CCT-LZ en het BTCb) als daarbuiten (onder andere het IAO en MCCb). Daarnaast zijn er directe contacten geweest met het RIVM en met directies/eenheden die verantwoordelijk waren voor de (verdeling van) beschermingsmiddelen en het testbeleid. Ook in die contacten zijn de signalen vanuit het veld doorgezet. Vanzelfsprekend zijn in de hectiek van de grote crisis en de druk van alle kanten ook zaken minder goed gegaan en waren reparaties gaandeweg nodig.

#### **Persoonlijke beschermingsmiddelen en verpleeghuizen**

Op verschillende plekken in het rapport – vaak ook in relatie met bovenstaande punt – wordt aangegeven dat de verpleeghuissector lang werd achtergesteld bij de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen. Ik wil graag een aantal opmerkingen maken bij de acties die destijds in korte tijd zijn doorgezet:

- Het coronavirus sloeg in eerste instantie toe in de (acute zorg) van ziekenhuizen, waarnaar toen de meeste aandacht uitging. Toen het virus oversloeg naar de verpleeghuizen – eerste meldingen bij VWS op 9 maart – kwam er meer aandacht voor die situatie en is de organisatie en het beleid daarop vervolgens aangepast.
- De wereldwijd optredende schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen was ook in Nederland en in de verpleeghuizen voelbaar. Dit heeft geleid tot

<sup>2</sup> De eerste informatie kwam op 24 maart beschikbaar.

<sup>3</sup> Het eerste BAO waarbij de partijen uit de langdurige zorg aanwezig waren was op 9 maart 2020. Partijen waren ook aanwezig bij de BAO's gehouden op 18 maart, 30 maart, 6 april, 14 april, 20 april, 4 mei en 18 mei. Na 18 mei is het BAO weer beperkt tot de reguliere partners (Veiligheidsberaad, VNG, GGD-GHOR, IGJ, vertegenwoordigers betrokken departementen en RIVM).

<sup>4</sup> De verwijzingen naar het (eerste) onderzoek van de professoren Buurman en Hertogh in het concept-rapport sluiten niet aan bij de bevindingen van de onderzoekers zoals die op schrift zijn gesteld.

een meer centrale verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen. Op 21 maart sprak VWS met de GGD-GHOR NL af dat de ROAZ'en voortaan, als eerste stap en als correctie op de bestaande verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen, een deel van de middelen dienden te reserveren voor de langdurige zorg. Ook kon de langdurige zorg een beroep doen op de noodvoorraad. VWS heeft daarbij geholpen.

- In de overgang van maart naar april ging grofweg al de helft van de mondkapjes die vanuit de ROAZ-regio's werden geleverd naar de langdurige zorg (zie LCH-rapportages). Met ingang van 13 april werd een objectief verdeelmodel van kracht waarbij de schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen zorgbreed werden verdeeld op basis van risico's en volume van specifieke handelingen.
- Op 23 maart werd het Landelijke Consortium Hulpmiddelen (LCH) opgericht, dat in de weken daarna persoonlijke beschermingsmiddelen leverde aan die partijen in de zorg – zowel cure als care – die deze niet meer via eigen kanalen konden bemachtigen.
- Tenslotte nog een opmerking over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in de langdurige zorg. Het feit dat er – wereldwijd – sprake was van een schaarste aan beschermingsmiddelen, noopte tot gepast gebruik. Dat is wezenlijk iets anders dan te stellen dat de uitgangspunten voor het gebruik gebaseerd waren op schaarste. Het gebruik was gebaseerd op de meest actuele kennis van het virus en de verspreiding ervan en de risico's in een specifieke zorgsetting.<sup>5</sup> Op basis van toenemend inzicht en onderzoek, en gevoed door de contacten met de sector, heeft het RIVM een aantal keer aanpassingen doorgevoerd. Dit is ook in kamerbrieven toegelicht.<sup>6</sup>

**Overige diensten**  
**Kerndepartement**  
 Overige diensten  
 Kerndepartement  
 Minister van VWS

Graag ben ik bereid om deze brief in een gesprek nader toe te lichten.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
 Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

<sup>5</sup> Ik merk hierbij specifiek op dat het OMT-advies van 14 april 2020 op verschillende punten (besmettingsrisico's en beschermingsmiddelen) verkeerd geciteerd wordt in het concept-rapport. Daarnaast sluiten verwijzingen naar het (eerste) onderzoek van de professoren Buurman en Hertogh aan bij de bevindingen van de onderzoekers zoals die op schrift zijn gesteld.

<sup>6</sup> Tweede Kamer, *Betreft Commissiebrief Tweede Kamer inzake verzoek om reactie op bericht mondkapjesrichtlijn RIVM voor ouderenzorg toch gebaseerd op schaarste*, 22 september 2020.